

Cisto de Baker e trombose venosa profunda: um diagnóstico diferencial. relato de caso

Baker's cyst and deep vein thrombosis: a differential diagnosis.case report

DOI:10.34117/bjdv7n8-643

Recebimento dos originais: 09/07/2021

Aceitação para publicação: 29/08/2021

Rafael Lazzari De Marco

Superior completo

Instituição de atuação atual: Santa Casa de Misericórdia, São José do Rio Preto- SP
Endereço completo: Av. Presidente Juscelino Kubitscheck De Oliveira, 1890, Jardim
Tarraf II, CEP: 15.092-415, São José do Rio Preto- SP
E-mail: rafaeldemarco2@gmail.com

Maria Beatriz Nanni Daniel

Superior completo

Instituição de atuação atual: ?

Endereço completo: Avenida Londrina, 1534 , zona 08, CEP: 87050-730, Maringá-PR
E-mail: mariabeatriz.n@outlook.com

Eduardo Nanni Calvo

Superior incompleto

Instituição de atuação atual: Universidade Estadual de Maringá (UEM)
Endereço completo: Av. XV de Novembro, 351, Zona 1, CEP: 87.013-230, Maringá-PR
E-mail: edu.nanni10@gmail.com

Bruna Lazzari Araldi

Superior incompleto

Instituição de atuação atual: Universidade Cesumar (Unicesumar)
Endereço completo: Av. Guedner, 1571, Zona 08, CEP: 87.050-390, Maringá-PR
E-mail: bruna7lazzari@gmail.com

RESUMO

O Cisto de Baker, ou cisto poplíteo, apresenta-se como um aumento de volume na região posterior do joelho e se localiza entre a cabeça medial do músculo gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso. Em adultos, há associação destes cistos com lesões intra-articulares, como as lesões meniscais, osteoartrite, artrite reumatóide e gota. As muitas semelhanças entre os sinais e sintomas do cisto de Baker e da Trombose Venosa Profunda (TVP) fizeram com que a primeira hipótese diagnóstica do caso fosse a TVP, uma doença cardiovascular relativamente frequente, cuja queixa clássica do paciente é a presença de edema e dor no membro inferior que, dependendo do local e extensão do trombo pode envolver a perna ou todo o membro. O objetivo deste estudo é abordar as características

clínicas do Cisto de Baker e exames de imagem, demonstrando a evolução do paciente e o diagnóstico diferencial com Trombose Venosa Profunda.

Palavras-Chaves: Cisto de Baker, Trombose Venosa Profunda, sintomas, diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Baker's cyst, or popliteal cyst, presents as an increase in volume in the posterior region of the knee and is located between the medial head of the gastrocnemius muscle and the tendon of the semimembranosus muscle. In adults, these cysts are associated with intra-articular lesions, such as meniscal lesions, osteoarthritis, rheumatoid arthritis and gout. The many similarities between the signs and symptoms of Baker's cyst and Deep Venous Thrombosis (DVT) made the first diagnostic hypothesis of the case to be DVT, a relatively frequent cardiovascular disease, which the classic patient complaint is the presence of edema and pain in the lower limb that, depending on the location and extent of the thrombus, may involve the leg or the entire limb. The aim of this study is to address the clinical characteristics of Baker's Cyst and imaging exams, demonstrating the patient's evolution and differential diagnosis with Deep Venous Thrombosis.

keywords: Baker's cyst, Deep Vein Thrombosis, symptoms, differential diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

O cisto de Baker apresenta distribuição epidemiológica bimodal, com picos na infância (diagnóstico é raro e geralmente descoberto ao acaso, normalmente sem antecedentes traumáticos) e na idade adulta. A principal manifestação clínica é a presença de massa ou tumoração na região posterior do joelho que podem causar sensação de pressão. Os sintomas são mais intensos ao estender a articulação ou durante a prática de atividades físicas.

Quando ocorre rotura do cisto de Baker, o quadro clínico consiste em dor abrupta e intensa na região posterior do joelho e da panturrilha, muitas vezes podendo ser confundido com o diagnóstico de trombose venosa profunda. Em ambas as situações clínicas pode ocorrer aumento de volume e empastamento da panturrilha.

2 RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 46 anos, residente em Maringá - PR, dá entrada à um serviço clínico reumatológico, com queixa de dor e edema em tornozelo e joelho esquerdo há dois meses.

Ao exame físico de membros inferiores, apresenta artrite em joelho esquerdo com derrame volumoso, artrite em tornozelo esquerdo e edema de pé esquerdo. Sinal de Homans positivo e ausência de empastamento.

Diante do quadro, é levantada a hipótese diagnóstica de trombose venosa profunda e iniciada investigação do quadro. Procede-se à punção do joelho com drenagem de 80 ml de líquido sinovial com aspecto inflamatório turvo, e solicitação de exames laboratoriais e de imagem.

Paciente retorna para nova consulta com resultado de exames laboratoriais e de imagem. Exames laboratoriais: hemoglobina: 13,2 g/dL; VSH: 69mm; PCR 113 mg/L; TGP 65 U/L; leucócitos: 9.770/mm³; linfócitos: 2540/mm³; plaquetas: 231.000/mm³; HLAB27 positivo; Acido úrico: 4,7mg/dL. Ressonância nuclear magnética de articulação sacroilíaca: sinais de processo inflamatório das articulações sacroilíacas, caracterizado por edema e realce de suas extremidades ósseas. Doppler colorido venoso de membro inferior esquerdo: imagem cística com conteúdo espesso e limites imprecisos insinuando-se a partir da interlinha articular média do joelho entre os músculos sóleo, gastrocnêmio, podendo apresentar cisto de baker roto.

Após a confirmação do diagnóstico de cisto de Baker roto, é iniciado tratamento com Meloxicam 15 mg – injetável, 1 vez ao dia durante 10 dias.

3 DISCUSSÃO

O cisto de Baker, ou cisto poplíteo, apresenta-se como um aumento de volume na região posterior do joelho, localizado anatomicamente entre a cabeça medial do músculo gastrocnêmio e o tendão do semi-membranoso. A formação desse cisto é explicada pela presença de uma conexão entre a articulação do joelho e uma bursa localizada entre o músculo gastrocnêmio e o tendão do semimembranoso. Há um efeito valvar entre esses elementos, o que permite o fluxo de líquido da articulação para o cisto durante a flexão do joelho, porém a tensão dos músculos envolvidos durante a extensão acaba fechando a abertura e interrompe o fluxo, sendo assim o movimento reverso do líquido não ocorre. Ainda, essa válvula unidirecional gera uma pressão intra-articular negativa durante a flexão do joelho e uma pressão positiva durante a extensão. Esses fatores, então, contribuem para a formação do cisto.

Os cistos de Baker ocorrem mais comumente em adultos de 35 a 70 anos. Alguns casos são assintomáticos e descobertos acidentalmente, porém quando sintomáticos, geralmente as queixas clínicas, como rigidez, desconforto ou dor na região poplíteia, não se relacionam ao cisto em si, sendo direcionadas a outros fatores associados à essa condição. Nesse sentido, é comum a relação entre os cistos e certas doenças degenerativas do joelho, além da formação dos mesmos estarem muitas vezes ligadas a um histórico de traumas na articulação. Por isso queixas relacionadas à osteoartrite, artrite reumatoide ou à lesão meniscal, por exemplo, estão frequentemente presentes em casos sintomáticos de cistos de Baker.

Ao exame físico, palpa-se uma massa arredondada, móvel, com sensação de conteúdo líquido e de bordas bem delimitadas. Deve-se analisar o Sinal de Foucher, em que o cisto tende a diminuir e se apresentar macio durante a flexão de 45° do joelho, enquanto se aparenta firme durante a extensão do mesmo. Este teste é útil para distinguir os cistos de Baker de outras massas sólidas e fixas que não mudam de posição na região poplíteia.

Como o cisto não possui cápsula fibrosa, há uma maior tendência a ruptura levando ao extravasamento de líquido sinovial inflamatório nos tecidos da panturrilha, iniciando um quadro de dor abrupta, edema e calor no local. A ultrassonografia permite delimitar o tamanho, localização e o conteúdo do tumor, sendo que o cisto se apresenta anecoico na imagem, indicando a presença de fluido. Nos casos do cisto de baker roto, o mesmo apresenta-se com perda de suas definições caudais da parede cística, a qual passa a ter aspecto afunilado, com líquido dissecando os planos musculares do sóleo e gastrocnêmio.

O ultrassom possui algumas vantagens para ser utilizado na confirmação do diagnóstico, como o baixo custo, uso não invasivo e a ausência de radiação. Porém esse método, mesmo com capacidade próxima de 100% na detecção de cistos de Baker, não consegue diferenciar especificamente essa condição de outras massas poplíteas, como cistos meniscais ou tumores mixoides. Além disso, a ultrassonografia muitas vezes não é capaz de visualizar outras condições frequentemente associadas aos cistos, como as lágrimas meniscais.

Já a ressonância magnética é considerada o padrão ouro para o diagnóstico de cistos de Baker, sendo capaz de diferenciá-los de outras condições e de avaliar doenças

relacionadas, como lacerações meniscais, defeitos condrais, sinovite, osteoartrite e lesões nos ligamentos. Entretanto, sua principal desvantagem é o alto custo em relação aos outros exames de imagem. Na ressonância magnética, os cistos se apresentam cheios de fluido com sinais de baixa intensidade em T1 e de alta intensidade em T2.

A ruptura do cisto ou síndrome pseudo-tromboflebítica é um quadro agudo indistinguível clinicamente da trombose venosa superficial ou profunda, devido ao quadro clínico semelhante das duas patologias. Dessa forma, faz-se necessário exames complementares como ultrassonografia, para confirmação diagnóstica.

A TVP corresponde a um problema clínico comum e potencialmente fatal nas extremidades inferiores, mediante a associação significativa com a embolia pulmonar. Os fatores de risco identificados são aqueles que alteram a tríade de Virchow, que compreende estase venosa, lesão endotelial e estados de hipercoagulabilidade sanguínea. Tais fatores são notadamente encontrados em pacientes acamados e submetidos a cirurgias pélvico-ortopédicas. A maior parte das TVPs dos membros inferiores inicia-se em veias da panturrilha com quadro de dor local, podendo se propagar para a veia poplítea e, mais proximalmente, para as veias femorais, associando-se a edema e rubor importantes do membro. Quando o processo atinge as veias femorais, o risco para embolia pulmonar aumenta consideravelmente.

A ultra-sonografia dinâmica permite a avaliação de trombos mediante as manobras de compressão com boa precisão. A associação com Doppler colorido auxilia na diferenciação entre trombose completa e incompleta do leito venoso vascular e na avaliação dos territórios tíbio-fibulares distais.

Durante a obtenção de imagens em tempo real, o critério principal de diagnóstico é a falha em comprimir as paredes da veia enquanto se aplica pressão sobre a pele. Esta abordagem tem uma sensibilidade muito alta (93%) e uma alta especificidade

A sintomatologia clínica da TVP pode ser atípica sem sinais evidentes, porém algumas vezes o paciente se queixa de dores intensas na região comprometida, que pioram com a deambulação, com edema difuso (aumento ≥ 2 cm da circunferência em relação ao membro contra-lateral), cianose local e impotência funcional, dilatação das veias superficiais (não varicosa). Na maioria das vezes os sintomas podem ser provocados por testes clínicos indicativos, como ao Sinal da “bandeira”, em que há empastamento da panturrilha; Sinal de Bancroft, que compreende dor à compressão da musculatura da

panturrilha; ou Sinal de Homans, o qual indica dor à flexão dorsal do pé (apresentado pelo paciente deste relato, o que acabou colaborando para o diagnóstico inicial de TVP).

No relato apresentado, apesar das características clínicas indicarem diagnóstico possível de TVP, os exames complementares confirmaram o diagnóstico de cisto de Baker roto. Assim, procede-se ao tratamento com Meloxicam, um anti-inflamatório não esteroidal que atua inibindo seletivamente a ciclooxigenase-2 (COX-2).

4 CONCLUSÃO

Embora o diagnóstico TVP seja o mais comum em pacientes com queixa de dor, edema e empastamento em membro inferior, a investigação clínica e laboratorial é fundamental para estabelecer o diagnóstico diferencial com outras patologias que cursam com o mesmo quadro clínico, como o Cisto de Baker.

O paciente em questão relatou sintomas clássicos de TVP. Com o Sinal de Homans positivo, o diagnóstico se torna ainda mais evidente, porém o médico deve se atentar a outras causas que possam gerar dor e edema em membro inferior. Exames de imagem, como relatado, podem ajudar no diagnóstico correto.

Somado a isso, ao desconfiar de cisto de Baker, o Sinal de Foucher deve ser analisado para confirmação do diagnóstico. Assim, o médico deve aprimorar seu olhar clínico para um diagnóstico mais rápido e conclusivo de tais patologias.

REFERÊNCIAS

- 1- Presti, C., et al. Trombose Venosa Profunda: Diagnóstico e Tratamento. Projeto Diretrizes SBACV. Brasil. 2012.
- 2-
- 3- Sarmiento, J. F. et al. Artrite da gota tofácea crônica mimetizando artrite reumatoide. Revista Brasileira de Reumatologia, v.49, n.6. São Paulo. 2009.
- 4-
- 3- Herman, A. M, Marzo, J. M. Popliteal Cysts: A Current Review. Orthopedics, v.37, n.8, e678-e684. Nova Iorque. 2014
- 5- Demange, M. K. Cisto de Baker. Revista Brasileira de Ortopedia, v.46, n.6, p.630-633. São Paulo. 2011.
- 6-
- 5- Perri, J. A., Rodnan, G. P., Mankin H. J. Giant synovial cysts of the calf in patients with rheumatoid arthritis. The Journal of Bone & Joint Surgery, v.50, n.4, p.709-719. 1968
- 7- Botter, L. A., et al. Diagnóstico ultra-sonográfico diferencial entre as causas de dor na panturrilha. Einstein, v. 6, n.2, p.229-233. São Paulo. 2008.
- 8-
- 7- Frush T. J., Noyes F. R. Baker's Cyst: Diagnostic and Surgical Considerations. Sports Health, v.7, n.4, p.359-365. 2014.
- 9- Khalil N. Y., Aldosari K. F. Meloxicam. Profiles Drug Substances, Excipients and Related Methodology, v.45, p. 159-197. Arábia Saudita. 2019.
- 10-
- 9- Leib, A. D., et al. Baker's Cyst. StatPearls Publishing LLC. Flórida. 2020.