UMA GONALGIA ATÍPICA

AN ATYPICAL KNEE PAIN

Autores:
Catarina Isidoro Lopes[1], Tiago Costa Freitas[1], Felicidade Malheiro[2]

RESUMO

Introdução: Os quistos de *Baker* manifestam-se maioritariamente como uma tumefação na fossa poplítea, sendo geralmente assintomáticos. Os autores pretendem alertar para uma patologia cujo diagnóstico pode ser desafiante, por mimetização de diferentes patologias.
Descrição do caso: Homem, 66 anos, raça caucasiana, antecedentes de gonartrose direita. Sem hábitos de consumo nocivos. Recorre a consulta aberta (CA) a 18/04/2020 por gonalgia direita, exacerbada pela marcha, e ligeira tumefação poplítea com uma semana de evolução. Fez-se o diagnóstico de gonartrose agudizada e medicou-se com anti-inflamatório. Por persistência de sintomas, a 23/04/2020 veio a CA, apresentando edema unilateral do membro inferior direito e sinal de *Homans* duvidoso. Colocou-se a hipótese de trombose venosa profunda (TVP) tendo sido referenciado ao serviço de urgência (SU), onde foi excluída TVP. A 08/05/2020, por manutenção das queixas, recorreu a CA. Reforçou-se terapêutica analgésica e pediu-se novo estudo *doppler* do sector venoso e radiografia do joelho direito. A 13/05/2020 recorre ao médico de família (MF) para mostrar resultados, diagnosticando-se um quisto de *Baker* com conteúdo hemático, infiltrativo e dissecante. Referenciou-se ao SU de Ortopedia onde foi pedido estudo analítico, radiografia e ecografia do joelho direito. A ecografia mostrou quisto de *Baker* de 3,1 x 1 x 4,2 cm, de conteúdo hemático. Estudo analítico sem alterações de relevo. Foram assumidas alterações no contexto de rotura quisto de *Baker* com infiltração de tecidos, sem sinais de síndrome do compartimento, tendo sido dada alta com orientação para consulta de Ortopedia.
Comentário: O quisto de *Baker*, habitualmente não é complicado, mas deve ser tido em consideração nos diagnósticos diferenciais de gonalgias resistentes ao tratamento médico, TVP, flebite ou celulite. O MF é usualmente o primeiro ponto de contacto com os cuidados de saúde (CS). A sua acuidade diagnóstica pode evitar múltiplas deslocações aos CS, atenuar o sofrimento aos doentes e diminuir significativamente os gastos em saúde.

Palavras-chave: dor; joelho; edema; trombose venosa profunda; quisto *Baker*

ABSTRACT

Introduction: Baker's cysts commonly present as swelling in the popliteal fossa and are generally asymptomatic. The authors intend to warn of a pathology that is difficult to diagnose by mimicking others.
Case description: Male, 66 years old, Caucasian, history of right gonarthrosis. No harmful consumption habits. The patient presented to an urgent medical appointment on 04/18/2020 with right knee pain, exacerbated by walking, and a small popliteal swelling with one week of duration. Acute knee osteoarthritis was diagnosed, patient was medicated with a non-steroidal anti-inflammatory. Due to persistence of symptoms, on 04/23/2020, he returned to an urgent medical appointment presenting unilateral edema of the right lower limb and a doubtful Homan's sign. Deep vein thrombosis (DVT) was suspected and referred to the emergency department (ED), where DVT was excluded. On 05/08/2020 maintaining complaints, he appealed to his general practitioner (GP). Analgesic therapy was reinforced and a venous ultrasound and right knee radiography requested. On 05/13/2020 he presented to his GP with the results, a Baker's cyst with hematic, infiltrative and dissecting content throughout the leg was diagnosed. He was referred to orthopedics in the ED and there a blood panel, radiography and ultrasound of the right knee were performed. The ultrasound showed a 3.1 x 1 x 4.2 cm Baker's cyst, with hematic content. The blood panel was unremarkable. The findings were attributed to a ruptured Baker's cyst with tissue infiltration without signs of compartment syndrome and the patient was discharged to follow-up in orthopedics consultation.
Comment: Baker's cysts are usually uncomplicated, but it must be taken into account in the differential diagnosis of knee pain resistant to treatment, DVT, phlebitis or cellulitis. The GP is usually the first point of contact with the health care system (HCS). Its diagnostic accuracy can prevent multiple visits to HCS, mitigate the suffering of patients and significantly reduce costs.

Keywords: pain; knee; edema; deep vein thrombosis; Baker's cyst

---

1. Médico(a) Interno(a) de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Arca d'Água, ACeS Grande Porto VI – Porto Oriental
2. Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar, USF Arca d'Água, ACeS Grande Porto VI – Porto Oriental

INTRODUÇÃO

O quisto de *Baker*, frequente em idade adulta e pediátrica (5-40% dos doentes com patologia do joelho), trata-se de um quisto sinovial que surge devido ao aumento da bursa gastrocnémio-semimembranosa, localizada entre o músculo gastrocnémio e o músculo/tendão semimembranoso, na fossa poplítea.[1] Estes quistos, no adulto, são usualmente secundários a doença articular degenerativa ou inflamatória.[1] A maioria dos casos são assintomáticos e detetados acidentalmente no decurso de exames imagiológicos. Usualmente tendem a surgir na faixa etária dos 35 aos 70 anos.[2]

Os quistos complicados, com extensão ou rutura para a perna, podem simular uma trombose venosa profunda (TVP)/flebite/celulite, dificultando o diagnóstico e tratamento.[3]

O objetivo da apresentação deste caso clínico é alertar para uma patologia muito comum, possível de diagnóstico clínico e considerando os antecedentes pessoais de patologia articular do joelho, que mimetiza diferentes entidades, para a qual o médico de família deve estar atento, por forma a fazer uma referenciação atempada.

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente do sexo masculino, 66 anos, raça caucasiana, casado, habilitado com o 4.º ano de escolaridade, reformado (litógrafo), natural e residente no Porto, pertencendo a uma família nuclear, na fase VIII do ciclo familiar de *Duvall* e na classe IV da classificação de *Graffar*.

Antecedentes pessoais de diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia, excesso de peso e gonartrose direita. Sem história de insuficiência venosa dos membros inferiores. Antecedentes cirúrgicos de amigdalectomia e apendicectomia na infância e cirurgia urológica em 2006 por doença de *Peyronie*. Medicado habitualmente com os seguintes fármacos: atorvastatina 10 mg (1 + 0 + 0); metformina 1000 mg (0 + 0 + 1); metformina + vildagliptina 1000 mg + 50 mg (1 + 0 + 0); enalapril + lercanidipina 10 mg + 10 mg (1 + 0 + 0); etoricoxib 60 mg (1 + 0 + 0); indapamida 1,5 mg (0 + 1 + 0).

Recorreu a consulta aberta (CA) na unidade de saúde da área de residência no dia 18/04/2020 por apresentar gonalgia direita, exacerbada pela marcha, e ligeira tumefação poplítea com uma semana de evolução. Ao exame objetivo apresentava dor à mobilização ativa e passiva do joelho, sem rubor, dor ou calor à palpação local. Não se palpavam nódulos na fossa poplítea. Os pulsos tibial posterior e pedioso eram palpáveis e não existiam alterações tróficas da pele. Foi feito o diagnóstico presuntivo de gonartrose agudizada e o utente foi medicado com naproxeno 500 mg 12/12 horas e tramadol + paracetamol 37,5 + 325 mg, 8/8 horas em SOS.

Por persistência de sintomas, a 23/04/2020 recorreu novamente a CA. Concomitantemente referia gonalgia esquerda ligeira e dor no *hállux* esquerdo. Ao exame objetivo apresentava edema unilateral do membro inferior direito e sinal de *Homans* duvidoso. Colocou-se a hipótese de TVP pelo que o doente foi referenciado ao serviço de urgência (SU) do hospital de referência para realização de *ecodoppler* venoso.

No SU foi observado por Cirurgia Vascular. Ao exame objetivo apresentava: edema da perna direita, assimétrico face ao membro contralateral, *Godet* positivo; rarefação pilosa sobretudo na face externa de ambas as pernas; dor à palpação da região gemelar direita e sinal de *Homans* positivo à direita; dor à palpação da fossa poplítea bilateralmente, com algum edema visível à direita; pulsos poplíteos e pediosos palpáveis e simétricos bilateralmente. Foi colhido estudo analítico, que não revelou elevação dos parâmetros inflamatórios, excluindo-se a hipótese de artrite séptica. O resultado do *ecodoppler* também excluiu a hipótese de TVP. Foi dada alta assumindo-se provável quadro de gonalgia associada a patologia osteoarticular, tendo sido medicado com analgésicos e sugerida reavaliação pelo MF por forma a estudar eventual patologia osteoarticular dos membros inferiores.

A 08/05/2020, por manutenção das queixas, o doente recorreu novamente a CA da sua unidade de saúde. Ao exame objetivo apresentava: edema da perna direita, assimétrico face ao membro inferior esquerdo, Godet positivo; dor à palpação da região gemelar direita, bem como sinal de *Homans* positivo; dor à palpação da fossa poplítea bilateralmente, com algum edema visível do joelho direito; pulsos poplíteos e pediosos palpáveis e simétricos bilateralmente (ver Figura 1). Reforçou-se medicação anti-inflamatória (etodolac 300 mg, 8/8 horas), foi aconselhada a aplicação de venotrópico (escina + salicilato de dietilamina, 10 mg/g + 50 mg/g) e pediu-se novo estudo *doppler* do sector venoso acompanhado de radiografia do joelho direito.

A 13/05/2020, entrega resultados dos exames solicitados ao MF, em consulta não presencial, devido a pandemia COVID-19. A radiografia do joelho evidencia osteoporose peri-articular e moderada redução das interlinhas femorotibiais e femoropatelar, traduzindo moderada artrose (grau III de acordo com a escala

Figura 1. Edema assimétrico do membro inferior direito.

de *Kellgren-Lawrence*), predominando no compartimento femorotibial interno; calcificações meniscais e dos tendões regionais traduzindo artropatia por deposição de cristais de cálcio. O *ecodoppler* do sector venoso do membro inferior direito evidenciou competência valvular de todos os eixos venosos superficiais e profundos principais à direita. Sem qualquer fenómeno trombótico recente ou antigo, quer do sistema venoso superficial ou profundo. Volumoso quisto de *Baker* com conteúdo heterogéneo, potencialmente hemático, infiltrativo e dissecante pela interface fáscia/músculo, medialmente por praticamente toda a perna. Edema infiltrativo subcutâneo circunferencial difuso importante, infragenicular à direita. Todos estes achados são compatíveis com complicação de quisto de *Baker*, potencialmente com um conteúdo hemático.

Estabeleceu-se contacto telefónico e apurou-se que o utente mantinha edema visível do joelho e perna direita, bem como algias intensas que dificultavam a marcha. Referenciou-se ao SU de Ortopedia do hospital de referência.

No SU foi observado por Ortopedia, tendo sido pedido estudo analítico, radiografia e ecografia do joelho direito. A ecografia mostrou distensão do recesso supra-patelar por líquido heterogéneo, de aspeto reticulado - sugestivo de traduzir material hemático, principalmente insinuado na vertente lateral, onde apresenta uma espessura de 1,3 cm e uma extensão longitudinal de 4,8 cm. Identifica-se quisto de *Baker* de 3,1 x 1 x 4,2 cm (T x AP x L), de conteúdo semelhante ao descrito relativamente ao do recesso supra-patelar, de acordo com os antecedentes de rotura de quisto de *Baker* prévia. Após terem sido discutidas alterações clínicas e analíticas com colega de Medicina Interna e Cirurgia Vascular, foram assumidas alterações no contexto de rotura quisto de *Baker* com infiltração de tecidos. Foi dada alta, atendendo a que tinha edema sem sinais de compartimento, com analgesia e orientação para consulta externa de Ortopedia para reavaliação.

COMENTÁRIO

Trata-se de um caso pouco comum de quisto de *Baker* pela complicação (rotura e infiltração de tecidos) num doente com sintomas inespecíficos. Quando a abordagem inicial do MF não resolve o problema de saúde do doente, como aconteceu neste caso, é necessário referenciar o paciente para estudo. A apresentação de quisto de *Baker* que se estende ou sofre rotura, infiltrando os tecidos da perna, pode simular uma TVP, uma flebite ou uma celulite, sendo que estas patologias podem coexistir em alguns casos.[3,4] O diagnóstico é complicado pela sua mimetização com estas patologias, o que torna importante a exclusão de diagnósticos diferenciais. A rotura de um quisto de *Baker* é frequentemente referida na literatura como uma pseudotromboflebite, sendo que o diagnóstico favorece a rotura quando existe presença de dor articular e edema do joelho com ausência de cordão vascular ou sensibilidade à palpação.[5] Neste utente foram necessárias várias idas à unidade de saúde e ao SU antes de se chegar ao diagnóstico correto. A repetição do *ecodoppler* e a realização de ecografia das partes moles do joelho possibilitaram chegar ao diagnóstico, sendo estes exames de eleição.[3] A dimensão aumentada do quisto de *Baker* neste doente poderá ter sido uma consequência da rutura do mesmo. Nos adultos, o quisto de *Baker* é quase sempre secundário a alterações patológicas na articulação do joelho que causam derrame. O diagnóstico é na maioria das vezes clínico, baseado no exame objetivo, e não há necessidade de tratamento em grande parte dos casos.[3,6] No caso deste paciente havia uma gonartrose conhecida. A abordagem mais adequada de uma rutura de quisto de *Baker* passa por repouso, elevação, analgesia, artrocentese e infiltração intra-articular de corticoesteróide. A maioria dos quistos responde ao tratamento quando corrigida a doença articular de base.[3,5,6] A partilha deste caso clínico pretende alertar a classe médica, em especial os médicos de

família, para a possibilidade de um quisto de *Baker* complicado poder mimetizar uma TVP, flebite ou celulite. Atendendo a que o MF é usualmente o primeiro ponto de contacto com os cuidados de saúde (CS), a melhoria da sua acuidade diagnóstica pode evitar múltiplas deslocações aos CS, atenuar o sofrimento aos doentes e diminuir significativamente os gastos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
1- Zhang WW, Lukan JK, Dryjski ML. Nonoperative management of lower extremity claudication caused by a Baker 's cyst: case report and review of the literature. *Vascular.* 2005;13(4):244-7.
2- Cristina AG, Wilson PD. Popliteal cysts in adults and children. A review of 90 cases. *Arch Surg.* 1964;88:357.
3- Handy JR. Popliteal cystsin adults: a review. *Semin Arthritis Rheum.* 2001;31 (2):108-18.
4- Langsfeld M, Matteson B, Johnson W, Wascher D, Goodnough J,Weinstein E. Baker 's cysts mimicking the symptoms of deep vein thrombosis: diagnosis with venous duplex scanning. *J Vasc Surg.* 1997;25(4):658-62.
5- Katz RS, Zizic TM, Arnold WP, Stevens MB. The pseudothrombophlebitis syndrome. *Medicine* (*Baltimore*). 1977;56(2):151.
6- Fritschy D, Fasel J, Imbert JC, Bianchi S, Verdonk R, Wirth CJ. The popliteal cyst. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2006;14(7):623-8.

CONFLITOS DE INTERESSE:
Os autores deste trabalho negam conflitos de interesses.

CORRESPONDÊNCIA:
Catarina Isabel Isidoro Lopes
catarinalopes.1791@gmail.com

RECEBIDO: 28 de agosto de 2020 | ACEITE: 12 de janeiro de 2021