



# Um quisto de Baker complicado

Hema Hasmuklal,\* Carla Gouveia\*\*

## RESUMO

**Introdução:** As autoras, com a apresentação deste caso clínico, pretendem alertar para uma situação de difícil diagnóstico por mimetização de diferentes patologias.

**Descrição do Caso:** O caso clínico que se relata ocorreu numa mulher de 67 anos com quisto de Baker (também denominado quisto popliteu) de características atípicas e com uma complicação rara. Trata-se de um quisto de Baker muito volumoso com extensão para a perna, simulando uma trombose venosa profunda, que surgiu dois anos após artroplastia de correcção de gonartrose e que teve, como complicação, uma infecção.

**Comentário:** As autoras descrevem as dificuldades de diagnóstico que esta apresentação rara suscitou na abordagem da doente, e as implicações na reavaliação da funcionalidade da artroplastia.

**Palavras-Chave:** Quisto Popliteu; Infecção; Artroplastia; Gonartrose.

## INTRODUÇÃO

O quisto de Baker é um quisto sinovial, originando-se na articulação do joelho.<sup>1</sup> Geralmente é assintomático.<sup>1,2</sup> Quistos complicados, com extensão ou ruptura para a perna, podem simular trombose venosa profunda, uma flebite ou celulite, dificultando o diagnóstico ou tratamento.<sup>2-4</sup> A sua infecção também é rara.<sup>4</sup> O quisto de Baker é um achado raro após uma artroplastia total do joelho, mas quando presente pode indicar má função da artroplastia.<sup>5</sup>

O objectivo da apresentação deste caso clínico é alertar para uma situação de difícil diagnóstico mimetizando diferentes patologias, com necessidade de tratamento atempado, com indicação de reavaliação da funcionalidade da artroplastia, factos para as quais o médico de família tem de estar atento para uma referência correcta.

## DESCRIÇÃO DO CASO

C.F.P.S, sexo feminino, 67 anos, caucasiana, casada, habilitada com o 4.º ano de escolaridade, reformada de costureira, natural de Granja (Alentejo) e residente em Loures, pertencendo a uma família nuclear, na fase VIII

do ciclo familiar de Duvall e na classe IV da classificação de Graffar. O genograma da família encontra-se representado na Figura 1.

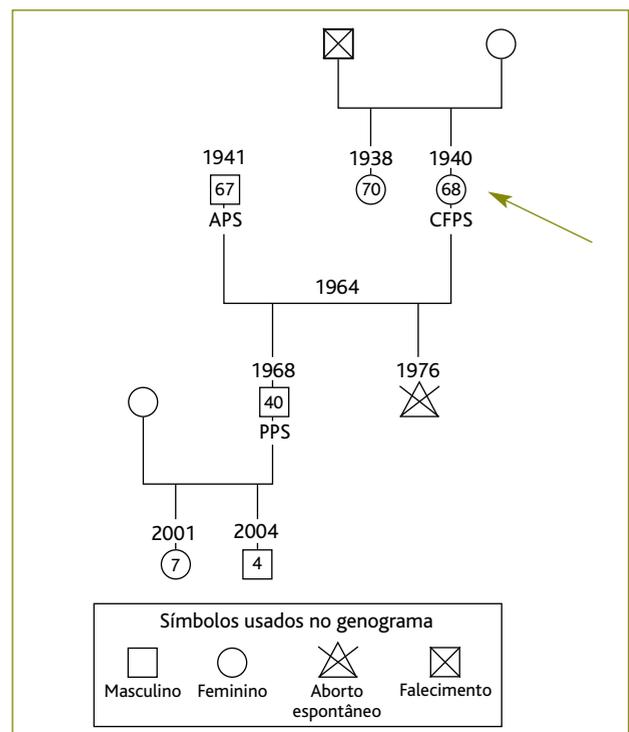


Figura 1. Genograma familiar

\*Médica de Família Centro de Saúde de Loures

\*\*Médica de Família Centro de Saúde de Loures



A doente tinha antecedentes de fractura exposta da tibia direita aos 30 anos, com conseqüente deformação e encurtamento do membro inferior direito em 19 mm. Aos 54 anos foi-lhe diagnosticada gonartrose direita, tendo sido submetida a artroplastia deste joelho aos 65 anos. Sete meses depois foi reoperada por ruptura do tendão quadrícipede crural, e no pós-operatório fez gonartrite séptica, tendo-se mantido, desde então, com gonalgia persistente. Há ainda a referir gonartrose à esquerda, e osteopénia trabecular e cortical, encontrando-se a realizar raloxifeno, sulfato de glucosamina e dieta rica em cálcio. Os restantes antecedentes pessoais, hábitos e medicação, história ginecológica e obstétrica não são relevantes para a compreensão da história da doença actual. Sem história de insuficiência venosa dos membros inferiores.

Recorreu ao centro de atendimento de urgências do centro de saúde de Loures no dia 17/05/2007 por apresentar, há cerca de uma semana, tumefacção da região gemelar e maleolar direitas associada a dor exacerbada pela marcha. Por coincidência, foi observada pelo seu médico de família que identificou uma tumefacção da região referida, associada a rubor, calor e dor à palpação local. O sinal de Homans foi negativo, os pulsos eram palpáveis e não existiam alterações tróficas da pele. Foi feito o diagnóstico presumptivo de flebite superficial e a doente foi medicada com diclofenac 50 mg 8/8h, bioflavonóides 1000 mg 12/12h e piroxicam tópico 8/8h. Por não ter havido melhoria significativa, visitou o seu médico de família novamente no dia 23/05/2007, tendo este verificado que a observação se mantinha inalterada. Foi então colocada a hipótese de flebotrombose, embora o sinal de Homans fosse ainda negativo, pelo que a doente foi referenciada ao serviço de urgência do hospital de Santa Maria para realização de ecodoppler venoso.

No serviço de urgência a doente foi encaminhada para a especialidade de cirurgia vascular tendo sido observada e realizado ecodoppler venoso do membro in-

ferior direito que não detectou alterações do fluxo sanguíneo. Teve alta com indicação para manter a medicação em curso.

No dia 02/06/2007, por manutenção das queixas, a doente recorreu novamente ao serviço de urgência hospitalar, tendo-se observado edema e rubor da região gemelar direita com sinal de Godet positivo e tumefacção supra-patelar. Foram colocadas as hipóteses de diagnóstico de tromboflebite *versus* celulite. Analiticamente, apresentava hemoglobina 11,6 g/dl, volume globular médio 73,7 fl, PCR de 7,1, provas de função renal hepática dentro dos valores de referência (Quadro I). O ecodoppler venoso foi novamente negativo e radiografia do joelho direito revelou prótese total do joelho direito sem alterações, com sinais de artrose da rótula (ver Figura 2). A observação pormenorizada excluiu pa-

#### QUADRO I. Resultados de exames analíticos realizados no serviço de urgência do hospital de Santa Maria

Parâmetro laboratorial	Valor	Parâmetro laboratorial	Valor
Eritrócitos	4,78 x 10 <sup>12</sup> /L	Glicémia	142 mg/dL
Hemoglobina	11,6 g/dL	Ureia	45 mg/dL
Volume globular médio	73,7 fL	Creatinina	0,8 mg/dL
Hemoglobina globular média	24,2 pg	Sódio	138 mEq/L
Leucócitos	9,86 x 10 <sup>9</sup> /L	Potássio	4,2 mEq/L
Neutrófilos	62,4%	Alanina transferase	20 UI/L
Linfócitos	28,1%	Aspartato transferase	19 UI/L
Plaquetas	462 x 10 <sup>3</sup> /L	Lactato desidrogenase	435 UI/L
Proteína C reactiva	7,1 mg/dL	Bilirrubina total	0,6 mg/dL
Creatina cinase	174 UI/L	Gama-glutamyltransferase	19 UI/L
Urina tipo II	500 leuc		

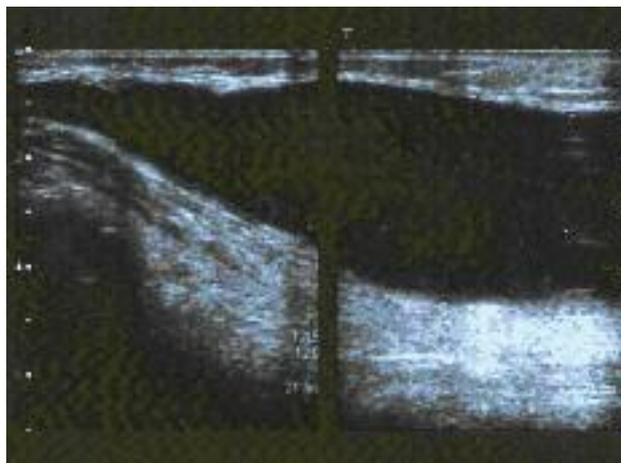


Figura 2. Radiografia simples do joelho direito (2 planos) realizada no serviço de urgência



tologia dermatológica. Foi internada num serviço de Medicina Interna para estudo.

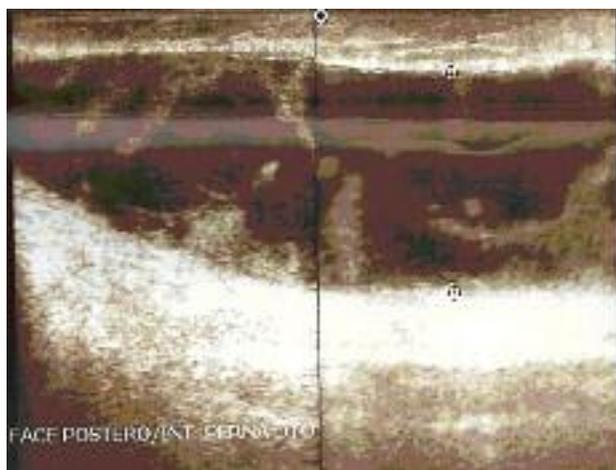
Em internamento, a doente realizou ecografia das partes moles do joelho direito que revelou derrame articular, espessamento da sinovial e volumosa colecção de parede espessada de  $27 \times 6 \times 3,6$  cm na face posterior do joelho, estendendo-se até à região maleolar correspondendo a volumoso quisto entre os planos musculares (Figuras 3 e 4). Uma reavaliação ecográfica (Figuras 5 e 6) revelou ainda a presença de conteúdo não puro. Foi observada em ortopedia que, embora sem tentativa de isolamento de agente, colocou o diagnóstico de quisto de Baker infectado e iniciou terapêutica com ciprofloxacina 750 mg 12/12h, aceclofenac 100 mg 12/12h e paracetamol 1000 mg em SOS, se dor irruptiva. Teve alta e efectuou a medicação em ambulatório,



**Figura 3 e 4.** Ecografia de partes moles do escavado popliteu e perna direita realizada no internamento no hospital de Santa Maria



**Figura 5 e 6.** Ecografia de partes moles do escavado popliteu e perna direita realizada no serviço de urgência do hospital de Curry Cabral

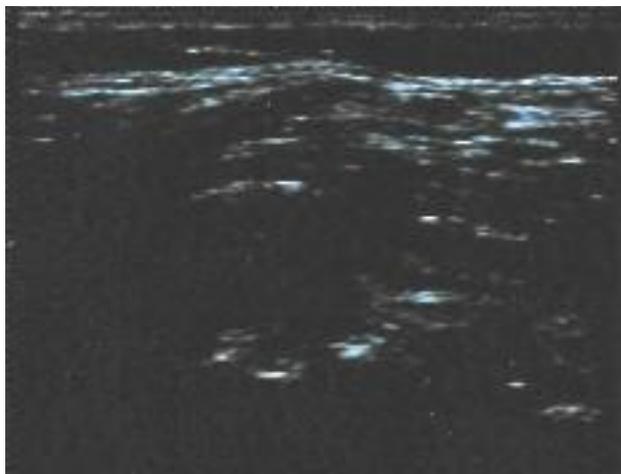


observando-se melhoria clínica significativa.

A doente foi reobservada pelo médico de família quatro meses depois, com melhoria clínica evidente: sem tumefacção visível, sem claudicação da marcha, apresentando apenas ligeiro edema da articulação do joelho. No dia 01/10/2007, realizou nova ecografia de partes moles do joelho direito que revelou imagem de pequeno quisto de Baker com diâmetro máximo de 2,5 cm e contorno inferior irregular, podendo traduzir sequelas de anterior ruptura e ainda sinais de moderado derrame articular, mais evidente na bolsa supra-patelar sub-quadricipital (Figura 7).

#### COMENTÁRIO

Trata-se de um caso invulgar pelas dimensões do quisto<sup>2</sup> e pela complicação rara de infecção,<sup>4</sup> numa doente



**Figura 7.** Ecografia de partes moles do escavado popliteu direito realizada em ambulatório após o tratamento

com sintomas inespecíficos. Assim se explicam as dificuldades de diagnóstico.

Quando a abordagem inicial do médico de família não resolve o problema de saúde do doente, como aconteceu neste caso, é necessário recorrer a cuidados de saúde mais diferenciados e com o apoio de meios complementares de diagnóstico.

A apresentação de quisto de Baker que se estende ou sofre rotura para a perna pode simular uma flebite, uma trombose venosa profunda ou uma celulite, e estas podem coexistir em alguns casos.<sup>2-4</sup> O diagnóstico é complicado. Nesta paciente foram necessárias várias idas à urgência antes de se poder chegar ao diagnóstico de quisto de Baker, o que apenas foi possível após realização de ecografia das partes moles do joelho, sendo este um exame de eleição.<sup>2</sup>

A dimensão aumentada do quisto de Baker nesta doente poderá ter sido uma consequência da infecção e ruptura do mesmo, uma vez que se verificou diminuição do seu tamanho após tratamento.

A confirmação da infecção do quisto é feita geralmente através de punção do mesmo e análise laboratorial.<sup>4</sup> Neste caso, foi baseado em critérios imageológicos e clínicos, e pela boa resposta à terapêutica anti-biótica, sem tentativa de isolamento de microorganismo.

O quisto de Baker nos adultos é quase sempre secundário a alterações patológicas na articulação do joelho

que causam um derrame.<sup>2,6</sup> É um achado raro após uma artroplastia total do joelho.<sup>5</sup> Quando presente, pode indicar má função da artroplastia relacionada com geração de partículas de revestimento ou devido a lassidão da artroplastia.<sup>5,7,8</sup> Um quisto popliteu associado a falência da artroplastia do joelho deve ser excisado porque contém partículas de polietileno que constituem um factor de indução para a lassidão da prótese.<sup>5</sup> Neste caso, além do quisto, a paciente apresenta ligeiro edema do joelho e ecograficamente sinais de moderado derrame articular, pelo que deverá ser avaliada periodicamente e se necessário ponderar a possibilidade de re-intervenção cirúrgica.

#### 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 Jul-Aug; 13 (4):244-7.
2. Handy JR. Popliteal cysts in adults: a review. *Semin Arthritis Rheum* 2001 Oct; 31 (2): 108-18.
3. 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.
4. Drees C, Lewis T, Mossad S. Baker's cyst infection: case report and review. *Clin Infect Dis* 1999 Aug; 29 (2): 276-8.
5. Moretti B, Patella V, Mouhsine E, Pesce V, Spinarelli A, Garofalo R. Multilobulated popliteal cyst after a failed total knee arthroplasty. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2007 Feb; 15 (2): 212-6.
6. Fritschy D, Fasel J, Imbert JC, Bianchi S, Verdonk R, Wirth CJ. The popliteal cyst. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2006 Jul; 14 (7): 623-8.
7. Ghanem G, Ghanem I, Dagher F. Popliteal cyst in a patient with total knee arthroplasty: a case report and review of the literature. *J Med Liban* 2001 Nov-Dec; 49 (6): 347-50.
8. Niki Y, Matsumoto H, Otani T, Yoshimine F, Inokuchi W, Morisue H. Giant popliteal synovial cyst caused by wear particles after total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 2003 Dec; 18 (8): 1071-5.

#### AGRADECIMENTOS

Ao nosso orientador de internato Dr. Paulo Estrela pelo incentivo e apoio prestado na elaboração do presente artigo, nomeadamente na revisão do texto final.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Carla Gouveia  
E-mail: carla@clix.pt

Recebido em 29/10/2008

Aceite para publicação em 12/02/2010



## ABSTRACT

### A COMPLICATED BAKER'S CYST

**Introduction:** The authors with the presentation of this case study intended to draw attention to a situation of difficult diagnosis by mimicking different pathologies.

**Case Description:** The clinical case reports that occurred in a sixty-seven year old women with a Baker's cyst (also known as popliteal cyst) of atypical characteristics and with an unusual complication. It was a very voluminous Baker's cyst appearing with extension for leg, simulating one deep venous thrombosis, two years after a total knee arthroplasty for knee osteoarthritis treatment and had an infection as a complication.

**Comment:** The authors describe the difficulties in diagnosis that this rare presentation brought up in the patient's assessment, and the implications in the reevaluation of the functionality of the arthroplasty.

**Keywords:** Popliteal Cyst; Infection; Arthroplasty; Knee Osteoarthritis.

capa

### PANTOJA ROJÃO

António Manuel Pantoja Rojão nasceu em Évora, em 1943. Em 1969, licenciou-se em Medicina na Universidade de Coimbra. Actualmente, exerce Medicina em Lisboa. Foi sócio da Sociedade Nacional de Belas Artes e membro da Direcção da SOPEAM (1994-1998).

#### EXPOSIÇÕES INDIVIDUAIS (1989-2008)

Casa do Alentejo; Galeria de Arte do Hotel Meridien; Sociedade Nacional de Belas Artes; Pousada da Rainha Santa Isabel, Estremoz; Galeria Municipal da Câmara Municipal de Sesimbra; Palácio D. Manuel, Évora; Museu Regional de Sintra; Museu da Água da EPAL; Museu Alberto de Monsaraz; Sede da Ordem dos Médicos; Auto-Clube Médico Português; Galeria Municipal de Mourão; Fundação Alentejo Terra-Mãe; Edifício Central da Câmara Municipal de Lisboa; Casa Municipal da Cultura de Coimbra.

#### EXPOSIÇÕES COLECTIVAS (1989-2008)

Participou em mais de 100 exposições colectivas no país e no estrangeiro, das quais se destacam: VII e VIII Congresso Nacional de Medicina, na Fundação Calouste Gulbenkian; Jogos Médicos Nacionais «O Médico na Arte», Tróia; «Salão do Pequeno Formato», Casino do Estoril; Galeria Marabello, Barcelona; Caixa Geral de Depósitos; «Semana do Castelo», Mourão; Bienais do Alentejo; Criativarte, Reguengos de Monsaraz; Recife – Brasil.

#### REPRESENTAÇÕES

Encontra-se representado em várias colecções particulares e de entidades públicas e privadas, nomeadamente: Museus de Évora, Sintra, Portimão, Ovar, Guimarães e Museu da Cidade de Lisboa; Câmara Municipal de Évora e Sesimbra; Hotel Meridien; Enatur; Hospital dos Capuchos; Ordem dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos.

Editou várias serigrafias no Centro Português de Serigrafia e na Galeria Aparte.



#### Saudade

Pantoja Rojão  
2003, guache sobre papel

#### DISTINÇÕES

1994 – Menção Honrosa do Prémio Mário Botas  
1998 – Menção Honrosa do Prémio Mário Botas  
1999 – Prémio Mário Botas da SOPEAM

#### BIBLIOGRAFIA

Das várias referências feitas à sua obra, destacam-se:

- «Artes Plásticas Portugal, O Artista Seu Mercado», 1993, Narciso Martins, Adrian Publishers.
- «Pantoja Rojão Pintura», 1993 – Europeia Seguros – Grupo Wintertur
- «Aspectos das Artes Plásticas em Portugal», 1995, Fernando Infante do Carmo

- «O Mundo Fascinante da Medicina», 1997, do Prof. Armando Moreno
- «Pantoja Rojão», Livro de Artista, 1995 – Edição Pandora
- «Dez Anos de Arte», Retrospectiva da Colecção EPAL, 1998
- «50 Anos de Pintura e Escultura em Portugal», Universitária Editora, 1999
- «Directório de Arte Linhares», 2005/2006
- «Impressões Partilhadas», Centro Português de Serigrafia – 20 Anos a Partilhar a Arte, 2006
- «O Figurativo nas Artes Plásticas em Portugal do Século XXI», 2007, de Afonso Almeida Brandão.
- «Filmografia» – Um filme realizado por Álvaro Queiroz – consta do arquivo da Cinemateca Portuguesa, 2008.

Entre outros escreveram sobre a sua obra, Artur Nobre de Gusmão, Juvenal Esteves, José Luis Porfirio, Margarida Botelho, Edgar do Xavier, Almeida Brandão, Borges Fernandes, João Pinharanda, Rodrigues Vaz, Maria João Fernandes e José de Sousa Machado.