

ARTRITE REUMATÓIDE QUÍSTICA –
A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Ana Filipa Mourão,* Fernando Pimentel dos Santos,* Sandra Falcão,*
Teresa Laura Pinto,* Rita Barros,* António Alves de Matos,* Jaime Cunha Branco*

Resumo

Entre as alterações radiológicas caracteristicamente observadas na Artrite Reumatóide (AR), as erosões subcondrais e formação de pequenos quistos (também denominados pseudoquistos ou geodos) são comuns. Os quistos gigantes, também documentados, são contudo raros e a sua presença pode colocar sérias dificuldades no diagnóstico e na abordagem terapêutica. Apresentamos o caso clínico de uma doente de 55 anos com AR seronegativa que desenvolveu um quisto gigante no fémur com acentuada destruição articular.

Palavras-chave: Artrite reumatóide; Quisto; Geodo.

Abstract

Among the many radiological findings seen in Rheumatoid Arthritis (RA), small subchondral geodes and erosions are typical. Large geodes are far less common abnormalities and their presence may indicate diagnostic and therapeutic difficulties. We present a case report of a 55-year old woman with seronegative RA that developed a large geode in the knee with extensive joint destruction.

Keywords: Rheumatoid Arthritis; Cyst; Geode.

Introdução

A artrite reumatóide (AR) é uma doença inflamatória crónica que causa deformidade e destruição em múltiplas articulações. Entre as alterações radiológicas caracteristicamente observadas na AR,¹ as erosões subcondrais e a formação de pequenos

quistos (também denominados pseudoquistos ou geodos) são comuns,² particularmente nas mãos e punhos.³ Os quistos gigantes também documentados na AR são contudo raros,⁴ originando-se habitualmente em articulações sujeitas a maior tensão mecânica, como o joelho e a anca.¹

Alguns estudos consideram a presença de quistos sem erosões, um marcador favorável de prognóstico,^{5,6} enquanto outros os associam a destruição articular extensa.^{7,8,9} Os quistos, ao contrário das erosões, são identificados nas radiografias como um defeito que não interrompe o contorno cortical do osso,^{3,10} sendo a ressonância magnética (RM) o exame de eleição para o diagnóstico diferencial.^{11,12} Acredita-se que possa existir uma comunicação entre a cavidade articular e o geodo,¹³ embora muitas vezes esta não seja visualizável.¹⁴

Assim sendo, se a existência de quistos adjacentes às articulações envolvidas na AR é bem conhecida, a sua ocorrência, em particular os de grandes dimensões, é rara e pode levantar dificuldades no diagnóstico.¹⁵

Apresentamos de seguida o caso clínico de uma doente de 55 anos com AR que desenvolveu um quisto gigante no fémur com acentuada destruição articular.

Caso clínico

Doente do sexo feminino, 55 anos de idade, com história conhecida de hipertensão arterial essencial, Diabetes mellitus tipo 2 e síndrome depressivo, seguida em consulta de Reumatologia por artrite reumatóide seronegativa com 15 anos de evolução. Medicada com prednisona (7,5 mg/dia) e metotrexato (15 mg/semana) desde 1996, altura em que foi lhe feito o diagnóstico, estando a doença controlada. Foi seguida regularmente até 1999, altura em que decidiu abandonar o seguimento em consulta por motivos familiares, cumprindo, des-

*Serviço de Reumatologia, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE, Hospital Egas Moniz, Lisboa.

de então, terapêutica com prednisona de forma esporádica.

Em Março de 2006 recorreu à consulta de Reumatologia por apresentar quadro de poliartrite simétrica com um mês de evolução e envolvimento dos ombros, cotovelos, punhos, pequenas articulações das mãos (metacarpofalângicas e interfalângicas proximais), joelhos e tibio-társicas. Referia gonalgia intensa, com artrite franca e limitação das amplitudes articulares, que determinava incapacidade total para a marcha. Foi proposto internamento para esclarecimento da situação clínica e optimização da terapêutica.

Ao exame objectivo a doente apresentava-se apirética, normotensa, pálida, com poliartrite dos ombros, cotovelos, punhos, joelhos e tibio-társicas. O *Disease Activity Score* (DAS 28 de 4 variáveis) era de 7,07. A restante observação, nomeadamente cardíaca, pulmonar e abdominal, não revelava alterações significativas.

Laboratorialmente apresentava anemia normocítica normocrômica (Hb=9,8 mg/dl, VGM=84,8 fl, CHGM=33,2%), trombocitose ($515.000 \times 10^9/l$), velocidade de sedimentação (VS) discretamente aumentada (33 mm 1ª hora) e proteína C reactiva (PCR) elevada (61,6 mg/l; N<3). As provas de função hepática, renal e coagulação estavam normais. A pesquisa de anticorpos anti-CCP foi positiva (1/1.250 U/ml).

As radiografias das mãos revelaram alterações compatíveis com artrite erosiva dos punhos e carpos, com diminuição do espaço interarticular das articulações metacarpo-falângicas, interfalângicas proximais e interfalângicas distais (Figura 1). As radiografias dos cotovelos demonstraram diminuição da entrelinha articular com esclerose subcondral e pequeno quisto no cotovelo direito (Figura 2). As radiografias da bacia revelaram destruição articular bilateral das articulações coxo-femorais, com diminuição da entrelinha articular, erosões ósseas e esclerose subcondral. As radiografias dos joelhos demonstraram marcada redução da entrelinha articular no joelho direito (Figura 3) com imagem quística medindo cerca de 8 cm de maior diâmetro na epífise distal do fémur, com erosões ósseas nesta região.

A tomografia axial computadorizada (TAC) do joelho direito (Figura 4) revelou imagens quísticas de limites bem definidos (a maior meta epifisária femoral com maior diâmetro de 10 cm) e múltiplos quistos de natureza semelhante tibio-peroneais subcondrais de menores dimensões, não ultrapassando os 4 cm. Mostrava ainda alterações degenerativas femoro-tibiais, com marcada redução da

entrelinha articular femoro-tibial e irregularidade das superfícies articulares. Realizou RM do joelho direito que confirmou quisto na região metafiso-epifisária em localização central no fémur e pequenos quistos subcondrais. Foi ponderada reali-



Figura 1. Radiografia AP das mãos



Figura 2. Radiografia AP do cotovelo direito.



Figura 3. Radiografia AP do joelho direito.



Figura 4. TAC do joelho direito.

zação de biópsia de sinovial do joelho direito, que a doente recusou, para melhor caracterização da lesão e exclusão de patologia maligna.

Realizou ainda TAC da bacia que revelou alterações destrutivas de ambas as articulações coxofemorais compatíveis com o diagnóstico de AR de longa evolução e RM da bacia que excluiu evidência de lesões de osteonecrose.

No 1º dia de internamento optou-se pela realização de pulso de metilprednisolona endovenoso (500 mg) com franca melhoria do quadro articular, seguida de terapêutica com prednisolona (10 mg/dia) e metotrexato (aumento gradual da dose semanal até 20 mg).

Durante o internamento a doente foi observada em consulta de Ortopedia, sendo proposta artroplastia bilateral da anca e implantação de prótese do joelho direito. Iniciou programa de reabilitação física, verificando-se melhoria acentuada da incapacidade para a marcha, tendo iniciado marcha com ortótese (andarilho). Paralelamente, assistimos a descida dos parâmetros inflamatórios, com PCR de 11,5 mg/l e VS de 17 mm/h, à data da alta.

Actualmente, 5 meses após a alta, mantém incapacidade para a marcha sem ortótese e encontra-se sob redução progressiva das doses de prednisona e metotrexato, estando actualmente com 7,5 mg/dia de prednisona e 12,5 mg/semana de metotrexato, com a doença controlada (apresenta apenas artrite do joelho direito).

Discussão

A fisiopatologia das grandes lesões quísticas pode

distinguir-se das erosões e pequenos geodos que tipicamente são observados na artrite reumatóide.¹⁶ Quando comparadas com as articulações não afectadas, as articulações envolvidas na artrite reumatóide são caracterizadas por pressão intra-articular elevada com acentuada variação durante a actividade física. Este aspecto é agravado pela hipertrofia sinovial, derrame articular e perda de elasticidade dos tecidos capsulares e pericapsulares. A fragilidade do osso e da cartilagem, em conjunto com o aumento de pressão, resultam na penetração do líquido articular na cartilagem lesada e no osso subjacente, levando a formação de geodos.^{5,17,18} O desenvolvimento de geodos pode assim, compensar as alterações na pressão intra-articular protegendo, deste modo, a articulação. Este é também o mecanismo sugerido para a formação dos quistos poplíteus,^{19,20,21} patologia frequente na prática clínica diária.

No entanto, os quistos gigantes são raros e podem confundir-se radiologicamente com tumores de células gigantes.¹³ Estes tumores são relativamente comuns e localmente agressivos, constituídos por tecido conjuntivo, células do estroma e células gigantes.²² O diagnóstico é feito habitualmente na 3ª ou 4ª década de vida, sendo as mulheres mais afectadas. Tal como na AR, a dor é o sintoma mais frequente, seguida de edema local e limitação dos movimentos na articulação adjacente. Em 10% dos casos uma fractura patológica é o sinal de apresentação da doença. Os tumores de células gigantes predominam nas epífises dos ossos longos (fémur: 30%, tíbia: 25%, rádio: 10% e úmero: 6%) estando os ossos do joelho afectados em 50 a 65% dos doentes. Quase invariavelmente o tumor estende-se para a cartilagem articular. O diagnóstico diferencial é feito com as patologias que podem levar à formação de quistos subcondrais, nomeadamente a AR, em que habitualmente os quistos são múltiplos e associados a outras deformações articulares. Radiologicamente, no osso longo, a radiografia revela uma lesão osteolítica, excêntrica, estendendo-se para o osso subcondral produzindo um estreitamento da cortical. As margens da lesão podem estar bem ou mal definidas, sendo típico o envolvimento de uma porção da metáfise. A RM define a extensão da lesão intra-óssea, intra-articular e de tecidos moles.²²

Na AR quística, a duração da doença aquando do diagnóstico das lesões quísticas é habitualmente de 15 anos, o que curiosamente se verificou nesta doente, e a idade média dos doentes de 42 anos.²³

Homens e mulheres são igualmente afectados,²³ ao contrário da AR clássica, em que existe evidente predomínio do sexo feminino.

A ocorrência inconstante de geodos em articulações de carga como os joelhos pode dever-se a diferentes factores. A actividade física parece ser um factor importante no desenvolvimento de quistos subarticulares na mão reumatóide,²⁴ o que nos leva a extrapolar que também possa ser determinante no joelho. Contudo, o facto de a nossa doente ter reduzida actividade física e ter desenvolvido um grande geodo no joelho, indicia que outros mecanismos possam ser responsáveis pelo desenvolvimento e dimensão dos geodos, particularmente factores locais. O papel preponderante das citocinas na inflamação crónica e a destruição articular progressiva na AR está bem estabelecido, o que suporta a hipótese de que os doentes com grandes geodos possam ser bons candidatos para terapêutica biológica anti-citocinas.¹ Esta doente, além da destruição articular do joelho direito, apresentava ainda extensa destruição de ambas as articulações coxofemorais, não atribuível a necrose asséptica, excluída por RM. Não é de surpreender que os geodos de grandes dimensões, possam ser um factor importante de incapacidade nos doentes activos,² por poderem ser sede de dor e fractura. A abordagem cirúrgica destas lesões deve ser equacionada caso a caso.

Em conclusão, a presença de quistos de grandes dimensões num doente com AR não é comum, e pode levantar sérias dificuldades no diagnóstico e na abordagem terapêutica. Apesar de alguns trabalhos indicarem um curso benigno para as formas quísticas de AR,^{5,6} nesta doente verificou-se extensa destruição articular não só na articulação do joelho mas também nas articulações coxofemorais.

Correspondência para:

Ana Filipa Mourão
Serviço de Reumatologia
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE,
Hospital Egas Moniz
Rua da Junqueira, 126. 1349-019 Lisboa
E-mail: filipamourao@yahoo.com

Referências

1. Rabar D, Crozes P, Lernoud M, Meignan F. Large geodes in rheumatoid arthritis without joint destruction. *Joint Bone Spine* 2002; 69: 617-621.
2. Shih HN, Hsu KY, Tan CF, Hsueh S, Hsu RW. Total knee arthroplasty in a rheumatoid arthritic knee with large geode: a case report. *Chang Gung Med J*. 1997; 20: 241-245.
3. Cruickshank B, Macleod JG, Shearer WS. Subarticular pseudocysts in rheumatoid arthritis. *Journ Fac Rad* 1954; 5: 218-226.
4. Schapira D. Large subarticular cysts (geodes): an unusual finding. *IMAJ* 2000; 2:562.
5. Gubler F, Maas M, Dijkstra P, Jongh H. Cystic rheumatoid arthritis: description of a nonerosive form. *Radiol* 1990; 177:829-834.
6. Alexandre M, Reis P, Malcata A, Porto A. Artrite reumatóide quística: um subtipo de evolução clínica mais favorável? *Acta Reum Port* 2002; 27: 49-52.
7. Colton CL, Darby AJ. Giant granulomatous lesions of the femoral head and neck in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1970; 29: 626-633.
8. Magyar E, Talerman A, Feher M, Wouters HW. Giant bone cysts in rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg (Br)* 1974; 56:121-129.
9. Rennell C, Mainzer F, Multz CV, Genant HK. Subchondral pseudocysts in rheumatoid arthritis. *AJR* 1977; 129:1069-1072.
10. Henrard JC, Schoen E, Verret JM. Evaluation des critères radiologiques de l'arthrite rhumatoïde. *Rev Rhum* 1977; 44:105-114.
11. Tavernier C, Hirschom P, Pascaud F, Strauss J. Formes ostéolytiques de la polyarthrite rhumatoïde. *Rev Rhum* 1991; 58:81-88.
12. Maher MM, Kennedy J, Hynes D, Murray JG, O'Connell D. Giant distal humeral geode. *Skelet Radiol* 2000; 29: 156-167.
13. Carter AR, Liyanage SP. Large subarticular cysts (geodes) adjacent to the knee-joint in rheumatoid arthritis. *Clin Radiol* 1975; 26:535-538.
14. Nikpoor N, Aliabadi P, Poss R, Nusrat A, Weissman B. Case report. *Skeletal Radiol* 1998; 17:515-517.
15. Carter AR, Liyanage SP. Large subarticular cysts (geodes) adjacent to the knee-joint in rheumatoid arthritis. *Clin Radiol* 1975; 26: 535-538.
16. Orsel P. Mécanismes de la réabsorption osseuse au cours de la polyarthrite rhumatoïde, In: De Seze S, et al, editors. *L'Actualité Rhumatologique* 1991, vol 1. Paris: Expansion Scientifique Française; 1991. P.268-279.
17. Jayson MI, Rubenstein D, Dixon AS. Intraarticular pressure and rheumatoid geodes (bone cysts). *Ann Rheum Dis* 1970;29:396-502.
18. Wendling D, Raguin JM, Guidet M. Kyste Synovial de la hanche. À propos d'un cas. *Rev Rhum* 1987;54:69-71.
19. Bullough PG, Bansal M. The differential diagnosis of geodes. *Radiol Clin North Am* 1998; 26:1165-84.
20. Manganelli P, Salaffi F, Nervetti A, Chierici P, Forraciolo GF, Ambanelli U. Relationship between areas of popliteal cysts and radiological damage in rheumatoid arthritis and in osteoarthritis. *Clin Exp Rheumatol* 1987; 5:41-45.
21. Lowthiam PJ, Calin A. Geode development and multiple fractures in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1985;44:130-133.
22. Resnick. Bone and joint imaging. Second edition, Saunders. Philadelphia, 1996, 1031-1036.
23. Lohse A, Carbillet JP, Onimus M, Stevenel F, Toussiot E, Wendling D. Giant intraosseous cyst-like lesions in rheumatoid arthritis report of a case. *Joint Bone Spine* (2003) 70 67-70.
24. Castillo BA, El Sallab RA, Scott JT. Physical activity, cystic erosions and osteoporosis in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 1965; 24:522-527.