

QUISTO SINOVIAL REUMATÓIDE GIGANTE DO OMBRO

Eduardo Santos Ribeiro,* Anabela Barcelos**

Os quistos sinoviais (QS) constituem colecções líquidas para-articulares limitadas por membrana sinovial que podem ou não comunicar com a articulação adjacente.^{1,3} Podem ser articulares ou extra-articulares. Quando são articulares, resultam da herniação da membrana sinovial ou da distensão de uma bursa previamente comunicante com o espaço articular. Quando são extra-articulares resultam de distensão das bursas ou bainhas tendíneas.¹

Os QS articulares podem ser causados por processos inflamatórios, degenerativos ou traumáticos,^{1,2} encontrando-se mais frequentemente associados à Osteoartrose e à Artrite Reumatóide.^{1,3,4} Existem várias localizações descritas na literatura, embora as mais frequentes sejam o escavado poplíteo (quisto de Baker),^{1,4} ombros,¹ punhos,^{1,2} dedos das mãos e pés.¹

Os QS extra-articulares estão associados a traumatismos, exercício físico excessivo, Artrite Reumatóide, Gota e infecções piogénicas. Localizam-se frequentemente nos punhos, dedos das mãos e nas bursas isquiatíca, olecraneana e pré-patelar.¹

O quadro clínico mais frequente é de dor, tumefacção local e limitação funcional,^{2,3} podendo ocorrer dissecação ou rotura do quisto.³ Podem ocorrer complicações vasculares (edema, eritema, claudicação intermitente) ou nervosas (parestésias, perda de sensibilidade, fraqueza muscular),^{1,3,4} infecção³ ou ainda a formação de fistula cutânea.¹

Têm sido usados vários exames auxiliares de diagnóstico na avaliação dos QS (artrografia, ecografia, Tomografia Computorizada),^{1,3} no entanto a ressonância magnética (RM) é considerada o melhor método para avaliar a extensão do quisto e o compromisso de estruturas adjacentes.³

A maioria dos QS não requerem tratamento específico pois são assintomáticos e desaparecem espontaneamente ou com o tratamento da causa subjacente.² O tratamento dos QS sintomáticos in-

cluem geralmente, repouso, aspiração ou injeção local.² Contudo, QS de grandes dimensões, sintomáticos e associados a limitação da amplitude de movimentos têm indicação cirúrgica.² Após a cirurgia pode ocorrer recidiva do QS.¹

Os autores apresentam o caso de um quisto sinovial gigante no ombro de uma doente com Artrite Reumatóide (AR):

– R. R. B., sexo feminino, de 61 anos, com Artrite Reumatóide com factor reumatóide IgM positivo, erosiva e deformante, com 25 anos de evolução, medicada com metilprednisolona e metotrexato enviada à consulta de reumatologia por artrite das tíbio-társicas e pés.

Objectivamente, apresentava múltiplas sequelas da AR, nomeadamente a nível dos punhos (em «dorso de camelo») e dos dedos das mãos (em «colo de cisne»); artrite das tíbio-társicas e volumosa massa duro-elástica na região anterior do ombro esquerdo, condicionando limitação da amplitude de movimentos (Figura 1).

A ecografia revelou formação hipocogénica, he-



Figura 1. Massa volumosa na face anterior do ombro esquerdo.

*Interno de Medicina Interna

**Reumatologista

Serviço de Reumatologia – Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. – Aveiro



Figura 2. RM do ombro esquerdo: Massa saciforme com 11,5x6,29cm de diâmetro (plano axial).



Figura 4. RM do ombro esquerdo: Massa volumosa comprimindo o músculo deltóide (plano coronal).



Figura 3. RM do ombro esquerdo: Massa volumosa saciforme ao longo do úmero (plano coronal).

terogénea, com mais de 5 cm de diâmetro, sugerindo etiologia sinovial e a RM demonstrou volumosa massa, de configuração saciforme, partindo da região subacromial e invadindo os músculos deltóide, sub-escapular e peitoral, insinuando-se para o úmero, sem invasão da cápsula articular, admitindo tratar-se de formação de conteúdo lipomatoso (Figuras 2 a 4).

Foi realizada biopsia aspirativa que revelou material eosinófilo, amorfo e acelular, sugestivo de processo inflamatório exsudativo e posteriormen-

te foi efectuada exérese cirúrgica cujo resultado histológico revelou tratar-se de quisto sinovial com reacção inflamatória crónica exuberante.

Ao contrário do descrito na literatura, ao fim de 4 anos de seguimento em consulta não houve recidiva do QS.

Correspondência para

Eduardo Santos Ribeiro
Serviço de Medicina 2
Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. – Aveiro
Av. Artur Ravara
3814-501 Aveiro
E-mail: eduardo.ribeiro@hdaveiro.min-saude.pt

Referências

1. Burt TB, MacCarter DK, Gelman MI et al. Clinical Manifestations of Synovial Cysts. West J Med 1980; 133: 99-104.
2. Pardini Jr. AG, Freitas AD, Gusmão Filho NS. História Natural do Quisto Sinovial do Dorso do Punho. Rev Bras Ortop 1998; 33: 199-202.
3. Patkar D, Shah J, Prasad S, Patankar T, Gokhale S, Krishnan A, Limdi J. Giant rheumatoid synovial cyst of the hip joint: diagnosed by MRI. J Postgrad Med 1999; 45: 118-119.
4. Dudkiewicz I, Chechik A, Blankstein A, Salai M. Synovial Cyst of the Pes Anserinus in a Patient with Rheumatoid Arthritis Presenting as Intermittent Claudication. IMAJ 2000; 2: 778-779.