

Compressão extrínseca de veia ilíaca externa e edema de membro inferior por cisto sinovial coxofemoral

Extrinsic compression of the external iliac vein and lower limb edema caused by hip joint synovial cyst

Fabio Henrique Rossi¹, Raíssa Araújo², Evaristo Marcondes César³

Resumo

A trombose venosa profunda (TVP) é uma freqüente causa de edema unilateral de membros inferiores. O cisto sinovial da articulação coxofemoral pode ser uma causa rara desse sintoma e deve ser considerado no diagnóstico diferencial. Apresentamos um caso clínico em que o eco-Doppler colorido revelou a presença de compressão extrínseca da veia ilíaca externa. A ressonância magnética demonstrou tratar-se de cisto sinovial como fator etiológico, confirmado pela ressecção cirúrgica.

Palavras-chave: Cisto sinovial, trombose venosa profunda.

Introdução

A trombose venosa profunda (TVP) é uma freqüente causa de edema unilateral de membros inferiores. O cisto sinovial da articulação coxofemoral pode ser uma causa rara desse sintoma. Apresentamos um caso clínico em que o eco-Doppler colorido revelou a presença de compressão extrínseca da veia ilíaca externa. A ressonância magnética demonstrou tratar-se de cisto sinovial como fator etiológico confirmado pela ressecção cirúrgica.

Relato de caso

Uma paciente de 66 anos de idade apresentava história de edema súbito de membro inferior esquerdo com 2 meses de evolução clínica. Negava episódio recente de imobilização ou perda de peso. Não apresentava histórico pessoal ou familiar de doença varicosa e de TVP. A paciente fazia uso regular de reposição hormonal por hipotireoidismo. No exame físico vascular, apresentou aumento do volume do membro inferior esquerdo com

Abstract

Deep venous thrombosis frequently results in unilateral lower limb edema. A synovial cyst in the hip joint may be a rare cause of this symptom and should be considered in the differential diagnosis. We report on a case in which color-flow Doppler ultrasonography showed presence of extrinsic compression of the external iliac vein. Magnetic resonance imaging showed a synovial cyst as etiologic factor, confirmed by surgical excision.

Keywords: Synovial cyst, deep venous thrombosis.

diâmetro de coxa e perna 8 e 4,5 cm respectivamente maiores que no membro contra-lateral, além de leve cianose desse membro. Todos os pulsos estavam normais e não havia presença de sopros ou massas palpáveis. Havia realizado dois exames de eco-Doppler venosos de membros inferiores prévios e apenas no segundo foi observada a presença de massa cística com aproximadamente 2,5 cm de diâmetro em topografia pósteromedial de cápsula articular coxofemoral esquerda (Figura 1). Não havia sinais de trombose venosa e observava-se um intenso ingurgitamento de veias proximais à zona de compressão, e o exame radiográfico pélvico não revelou imagens sugestivas de degeneração articulares.

A angiorressonância identificou a presença da massa cística que se comunicava com a cápsula articular (Figuras 2 e 3).

Foi realizada incisão femoral esquerda longitudinal, com prolongamento proximal acima da prega inguinal, e abertura das fibras do ligamento para abordagem da

1. Responsável, Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular, Hospital São Caetano, São Caetano, SP.
2. Cirurgiã assistente, Serviço de Cirurgia Vascular e Endovascular, Hospital São Caetano, São Caetano, SP.
3. Responsável, Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Hospital São Caetano, São Caetano, SP.

Artigo submetido em 16.01.07, aceito em 03.08.07.

J Vasc Bras. 2007;6(4):388-390.

Copyright © 2007 by Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

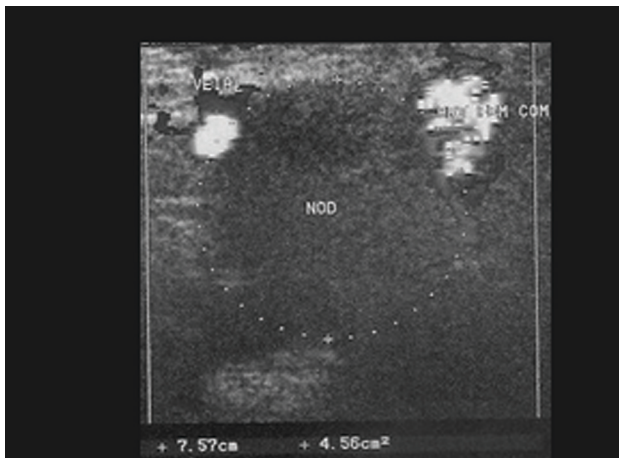


Figura 1 - Eco-Doppler venoso colorido demonstrando massa cística em corte transversal, em topografia inguinal esquerda, demonstrando compressão de veia femoral comum

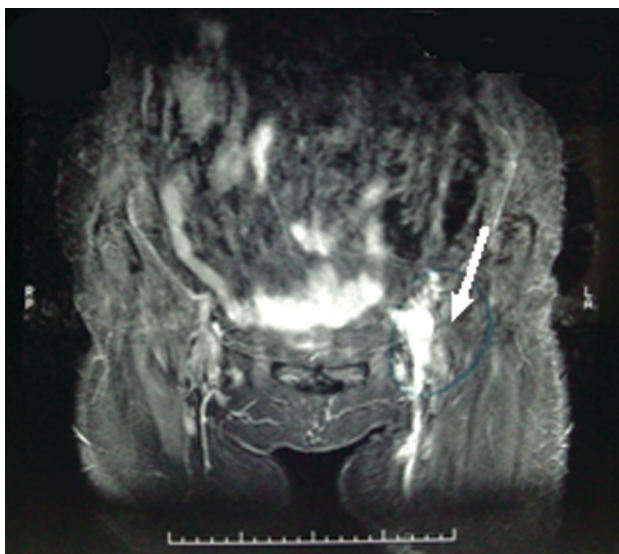


Figura 2 - Angiorressonância magnética abdominopélvica em corte coronal, demonstrando a compressão extrínseca de veia femoral comum esquerda (seta)

porção distal da veia ilíaca externa. Observou-se a presença de cisto translúcido e endurecido que claramente causava estenose severa da luz venosa. Durante a dissecação cirúrgica do cisto, houve rompimento do mesmo com exteriorização de substância mucinosa. Após a ressecção total da cápsula do cisto, foi observada imediata diminuição do ingurgitamento das veias a montante da zona de compressão. O exame anatomopatológico revelou massa cística repleta de material mucinoso e cápsula rica em fibras colágenas, sem presença de células

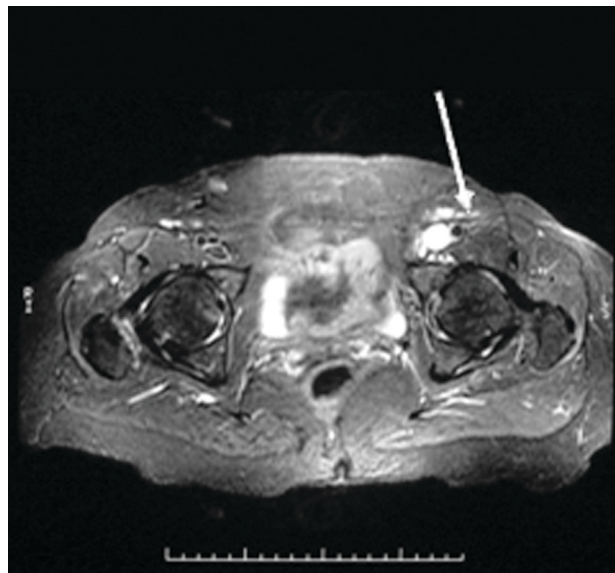


Figura 3 - Angiorressonância magnética abdominopélvica em corte transversal, demonstrando a compressão extrínseca de veia femoral comum esquerda (seta)

mesoteliais ou epiteliais. No primeiro dia de pós-operatório, foi observada uma nítida diminuição do diâmetro do membro acometido e uma diminuição da sensação de desconforto e peso presente no mesmo membro. A paciente obteve alta no dia seguinte e apresenta-se assintomática e com exame ultra-sonográfico normal após 6 meses de acompanhamento clínico.

Discussão

O cisto sinovial ocorre mais frequentemente no punho, tornozelo e joelho, mas pode comprometer outras articulações. A sua ocorrência é bem conhecida pelo cirurgião vascular, que verifica no cisto de Baker um diagnóstico diferencial possível na suspeita de TVP dos membros inferiores. A etiologia do cisto sinovial relaciona-se a: 1) formação de saco herniário no tecido adjacente à cápsula articular; 2) defeitos embrionários na formação da cápsula articular; 3) degeneração da cápsula articular por doença inflamatória ou traumática¹. Sua presença na articulação coxofemoral é rara e geralmente relaciona-se a artrite reumatóide, osteoartrite ou trauma. Sua manifestação clínica mais comum é a associação de massa e dor na região inguinal ou em região anterior da coxa – compressão do nervo femoral. Entretanto, pode apresentar como primeira manifestação clínica o edema do membro inferior acometido. A

radiografia simples de pelve pode avaliar a presença de artropatias degenerativas, presentes em 2/3 dos casos de cisto sinovial da articulação coxofemoral². Em nosso caso, a ausência de queixa dolorosa e a presença de edema unilateral motivaram a realização do eco-Doppler venoso por suspeita diagnóstica de TVP. O método, apesar de descartar corretamente a presença de trombose, falhou a princípio na identificação da compressão extrínseca venosa. Apenas após a observação dessa compressão pela angiorressonância, um exame ultra-sonográfico mais cuidadoso pôde identificar a obstrução parcial da luz venosa e o ingurgitamento a montante. Alguns autores consideram a flebografia o método diagnóstico mais sensível na identificação da compressão extrínseca venosa³⁻⁵. No entanto, devemos considerar que se trata de método invasivo e que o exame ultra-sonográfico cuidadoso pode, além de fazer o diagnóstico do cisto e da significância hemodinâmica da compressão, auxiliar-nos na punção percutânea do mesmo⁵⁻¹⁰. Esse método pode ajudar-nos a diagnosticar a presença ou ausência da comunicação do cisto com a cápsula articular e, dessa forma, definir a melhor conduta terapêutica. Sabemos que a comunicação do cisto com a cápsula articular relaciona-se à ocorrência de recidiva, sobretudo quando o tratamento é realizado através do esvaziamento percutâneo^{11,12}. Talvez nesses casos a ressecção cirúrgica possa ser mais bem indicada. Em nosso caso, optamos por essa forma de tratamento, pois consideramos que ela está relacionada com menores índices de recidiva. Além disso, consideramos que raras causas malignas podem ser responsáveis pela compressão extrínseca do fluxo venoso (tumores, metástase) e que a ressecção cirúrgica seguida de exame anatomopatológico é a única forma de estabelecer o diagnóstico definitivo¹³.

Referências

1. Dale WA. [The swollen leg](#). *Curr Probl Surg*. 1973;1-66.
2. Sugiura M, Komiyama T, Akagi D, Miyata T, Shigematsu H. [Compression of the iliac vein by a synovial cyst](#). *Ann Vasc Surg*. 2004;18:369-71.
3. Melamed A, Bauer CA, Johnson JH. [Iliopsoas bursal extension of arthritic disease of the hip](#). *Radiology*. 1967;89:54-8.
4. Ford MJ, Martynoga AG, Nuki G. [Iliopsoas bursitis in rheumatoid arthritis: an unusual cause of leg oedema](#). *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1981;282:947-8.
5. Janus C, Hermann G. [Enlargement of the iliopsoas bursa: unusual cause of cystic mass on pelvic sonogram](#). *J Clin Ultrasound*. 1982; 10:133-5.
6. Gale SS, Fine M, Dosick SM, Whalen RC. [Deep vein obstruction and leg swelling caused by femoral ganglion](#). *J Vasc Surg*. 1990;12:594-5.
7. Bolhuis HW, Van der Werf TS, Tjabbes T, Ponsen RJ, Van de Loo RA. [Giant synovial cyst of the hip joint presenting with femoral vein compression](#). *Neth J Surg*. 1990;42:88-91.
8. Endo M, Sato H, Murakami S, Kidani M, Noto T. [A case of pseudothrombophlebitis due to inguinal synovial cyst](#). *Am Surg*. 1990;56:533-4.
9. Savarese RP, Kaplan SM, Calligaro KD, DeLaurentis DA. [Iliopsoas bursitis: an unusual cause of iliofemoral vein compression](#). *J Vasc Surg*. 1991;13:725-7.
10. Vohra HA, Jones B. Femoral vein obstruction with an arthritic hip. *J R Soc Med*. 2000;93:594-5.
11. Armstrong P, Saxton H. [Ilio-psoas bursa](#). *Br J Radiol*. 1972;45:493-5.
12. Tebib JG, Dumontet C, Carret JP, Colson F, Bouvier M. [Synovial cyst of the hip causing iliac vein and femoral nerve compression](#). *Clin Exp Rheumatol*. 1987;5:92-3.
13. Matsuyama S, Nakafusa Y, Tanaka M, Yoda Y, Mori D, Miyazaki K. [Iliac lymph node metastasis of an unknown primary tumor: report of a case](#). *Surg Today*. 2006;36:655-8.

Correspondência:

Fábio Rossi
Hospital São Caetano
Setor de Cirurgia Vascular e Endovascular
Rua Joaquim Nabuco, 316/94
CEP 09530-120 – São Caetano do Sul, SP
E-mail: vascular369@hotmail.com