

Cisto ósseo justa-articular (ganglion intraósseo) no tálus

Justarticular bone cyst (intraosseous ganglion) in the talus. Case report

Alessandro Domenico Bruno Crapis¹, Grimaldo Martins Ferro¹, Wesley Jordão Milazzo¹

Resumo

O ganglion intraósseo é uma lesão pseudotumoral, que acomete o tecido ósseo justa-articular. A referência na literatura é escassa, por sua baixa incidência e sintomatologia pobre. A patogênese é controversa. O diagnóstico é, muitas vezes, casual. O tratamento cirúrgico, quando indicado, é feito por excisão. O objetivo deste estudo foi apresentar o relato de um caso completo, com a evolução de longa data (13 anos). O resultado foi satisfatório e a evolução não mostrou nenhuma complicação.

Descritores: Tálus/patologia; Cistos ósseos/diagnóstico; Cistos ósseos/cirurgia; Relatos de casos

Abstract

Intraosseous ganglion is a pseudotumoral injury affecting the juxta-articular bone tissue. Few studies have addressed this injury because of its low incidence and poor symptomatology. The pathogenesis of this injury is controversial and the diagnosis is often casual. When indicated, surgical treatment is done by excision. We report a case with long-term progress (13 years) that presented satisfactory evolution and results without complications.

Keywords: Talus/pathology; Bone cysts/diagnosis; Bone cysts/surgery; Case reports

Correspondência

Alessandro Domenico Bruno Crapis
Rua: T-27 com T-49, 819 – Setor Bueno
CEP: 74210-030 – Goiânia (GO) Brasil
E-mail: alessandrocrapis@yahoo.com.br

Data de recebimento

28/2/2014

Data de aceite:

29/4/2014

Trabalho realizado pelo Grupo de Cirurgia de Pé e Tornozelo, Instituto Ortopédico de Goiânia – Goiânia, GO, Brasil.

¹ Grupo de Cirurgia de Pé e Tornozelo, Instituto Ortopédico de Goiânia – Goiânia, GO, Brasil.

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesse: não há

INTRODUÇÃO

Ganglion intraósseo, segundo a Organização Mundial da Saúde, é definido como “uma lesão cística e frequentemente multiloculada constituída de tecido fibroso, com extensas alterações mucoides, situadas no osso subcondral adjacente a uma articulação”. Essa lesão também é conhecida como “cisto ósseo justa-articular”^(1,2) ou “cisto mucoso intraósseo”.⁽²⁾

A incidência é rara,⁽³⁾ pouco sintomática e até assintomática, o que pode justificar a subnotificação. O diagnóstico costuma ser suspeitado, como achado acidental, durante um exame radiográfico com outra finalidade.

A lesão ocorre, mais frequentemente, em indivíduos adultos entre 25 e 45 anos, sendo incomum abaixo dessa idade.⁽⁴⁻⁶⁾ Quando as lesões são situadas no maléolo medial e fibular, na articulação do quadril e nos ossos carpais e tarsais, elas costumam ocorrer antes dos 40 anos. A localização principal é nas epífises dos ossos tubulares longos na região subcondral e, normalmente, não há comprometimento da articulação envolvida.⁽⁷⁾ A prevalência é maior no sexo masculino. A distribuição bilateral e a possibilidade de lesões múltiplas devem ser pesquisadas quando o diagnóstico de ganglion intraósseo é suspeitado.⁽²⁾

O sintoma mais comum é a dor periarticular, que piora aos esforços. Pode haver um período de acalmia, que varia de meses a anos. Sinais físicos de aumento de volume articular e restrição de movimentos nem sempre estão presentes, mas são indicativos da necessidade de pesquisa complementar desse diagnóstico diferencial.

A lesão é estritamente relacionada a uma articulação.

As radiografias mostram uma área osteolítica, redonda ou oval, bem delimitada e, em geral, excêntrica, na epífise de um osso tubular longo, próximo à região da cortical, que está afinada e, por vezes, expandida. O cisto pode ser unicameral ou multilocular. Esse último achado é encontrado com mais frequência em cistos de maior tamanho. As lesões costumam ser de tamanho pequeno a moderado (1 a 2cm), mas podem medir até 5cm de diâmetro. O quadro clínico pode não se relacionar com as dimensões dos achados radiográficos.

Relato de caso

O objetivo foi relatar o diagnóstico e o tratamento de um caso sintomático de cisto ósseo justa-articular no tálus com seguimento de 13 anos. O paciente evoluiu sem sintomas ao longo desse período e com sinais incipientes de artrose na articulação acometida.

Paciente AGB, 43 anos, masculino, pardo, referia dor no tornozelo esquerdo há 1 ano resultante de um trauma-

tismo por torção durante uma partida de futebol. Informou ter sido submetido a tratamento conservador convencional com imobilização e fisioterapia. Evoluiu com quadro clínico de dor, que se intensificava quando praticava atividade física.

A dor era referida na região anteromedial do tornozelo. Apresentava aumento de volume residual, sem comprometimento da amplitude articular, e as manobras de instabilidade ligamentar eram negativas.

No exame radiográfico do tornozelo, evidenciava-se imagem lítica, medindo 1,5 a 2cm de diâmetro na região medial e posterior do tálus, com discreto e fino halo de esclerose (Figura 1).



Figura 1 - Radiografias do tornozelo evidenciando o cisto ósseo justa-articular.

Exame tomográfico do tornozelo evidenciou lesão lítica do tálus, em sua porção medial e posterior, medindo 0,5x1,5cm, com contornos lisos e matriz radiotransparente. A parte superior da lesão destruiu o osso subcondral (Figura 2).

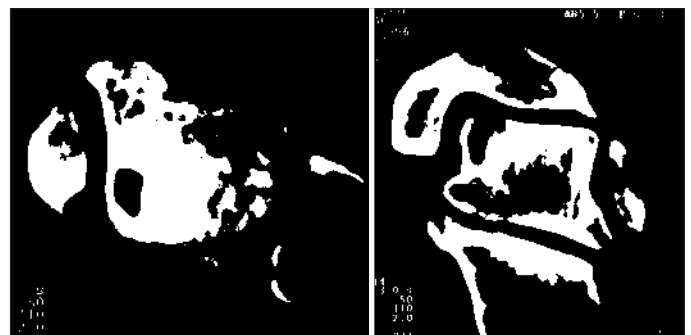


Figura 2 - Imagens tomográficas do cisto ósseo justa-articular.

Técnica cirúrgica

O tratamento conservador foi indicado inicialmente. Devido à persistência dos sintomas, optou-se pelo tratamento cirúrgico pela exérese do tumor e pela enxertia óssea.

A técnica consistiu de osteotomia do maléolo medial para acesso à região posteromedial do tálus, na qual se evidenciou

a fragmentação de área considerável da cartilagem, inclusive com fragmentos soltos e exposição do osso subcondral. Procedeu-se à perfuração no osso subcondral acometido e à ampliação do pertuito de comunicação com a lesão. Houve saída de substância gelatinosa, clara, transparente e de aspecto francamente mucoso. A curetagem ampliou a cavidade e limpou os tecidos de revestimento. Foi realizada enxertia com osso obtido do terço distal da tíbia, que foi colocado, sob pressão, para preenchimento da lesão. A seguir, foram realizadas a redução do maléolo tibial e a fixação do fragmento, com dois parafusos esponjosos (Figura 3). O estudo histopatológico foi compatível com ganglion intraósseo.



Figura 3 - Imagens radiográficas do pós-operatório imediato.

O seguimento pós-operatório constou de imobilização por 6 semanas e fisioterapia para recuperação funcional. O paciente evoluiu bem e sem queixas, retomando as atividades usuais.

Revisão clínica, após 13 anos, mostrou que o paciente permanecia assintomático, com boa mobilidade articular e que mantinha suas atividades habituais.

As imagens da radiografia e da tomografia computadorizada não apresentavam sinais de recidiva da lesão e exibiam sinais incipientes de degeneração na articulação tibiotársica (Figuras 4 e 5).



Figura 4 - Imagens radiográficas de pós-operatório de 13 anos, com preenchimento mantido, sem recidiva e com sinais incipientes de artrose tibiotársica.

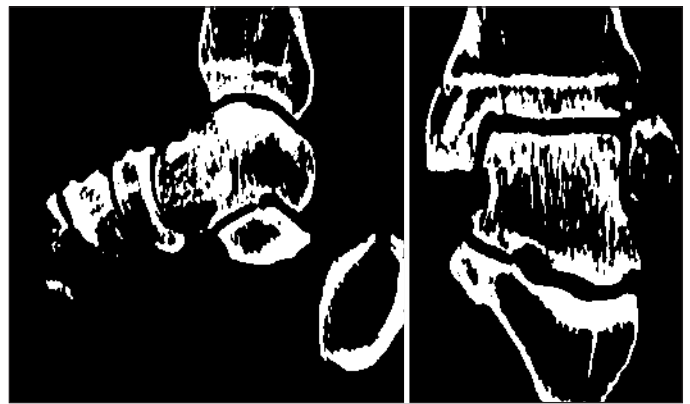


Figura 5 - Imagens tomográficas do pós-operatório de 13 anos, com preenchimento mantido, sem recidiva e com sinais incipientes de artrose tibiotársica.

DISCUSSÃO

As características do ganglion intraósseo evidenciam a baixa incidência. Trata-se de lesão cística benigna normalmente localizada nas epífises dos ossos longos e que pode não acometer a articulação adjacente.⁽³⁻⁶⁾ Os sintomas não costumam ser expressivos ou limitantes, sendo a dor o mais prevalente deles. Algumas vezes, o diagnóstico é acidental.

O que se discute muito na literatura não é o diagnóstico nem a melhor forma de tratamento, mas a gênese do cisto gangliônico. A patogênese desse tipo de lesão pseudotumoral é, ainda, obscura na literatura. Suas características macroscópicas e histológicas são similares às dos tecidos moles justa-articulares, não sendo possível, desse modo, descartar a mesma patogênese de uma degeneração mucoide do tecido conjuntivo.

Existem algumas teorias para a formação dessa lesão. Uma delas seria a de gânglios que, inicialmente, são extra-ósseos e, por conta de uma pressão, tornam-se intraósseos – são os casos dos cistos de menisco no planalto medial^(2,9) e também, do caso citado por Fisk⁽¹⁰⁾ de cisto que invadiu o maléolo medial.

Outra teoria registra uma comunicação do cisto ósseo com a cavidade articular, sugerindo uma possível origem traumática.⁽¹¹⁻¹³⁾ A provável gênese do caso em questão coincide com a localização mais frequente em regiões que costumam estar expostas ao traumatismo, como é caso do maléolo medial.

O cisto justa-articular, segundo Schajowicz et al.,⁽¹⁴⁾ é resultado do bombeamento feito pelo movimento articular para dentro do tecido esponjoso subcondral, passando através de uma falha/fenda traumática da superfície articular. Desse modo, uma terceira teoria seria a de que o cisto gangliônico é primariamente intraósseo, localizado em regiões

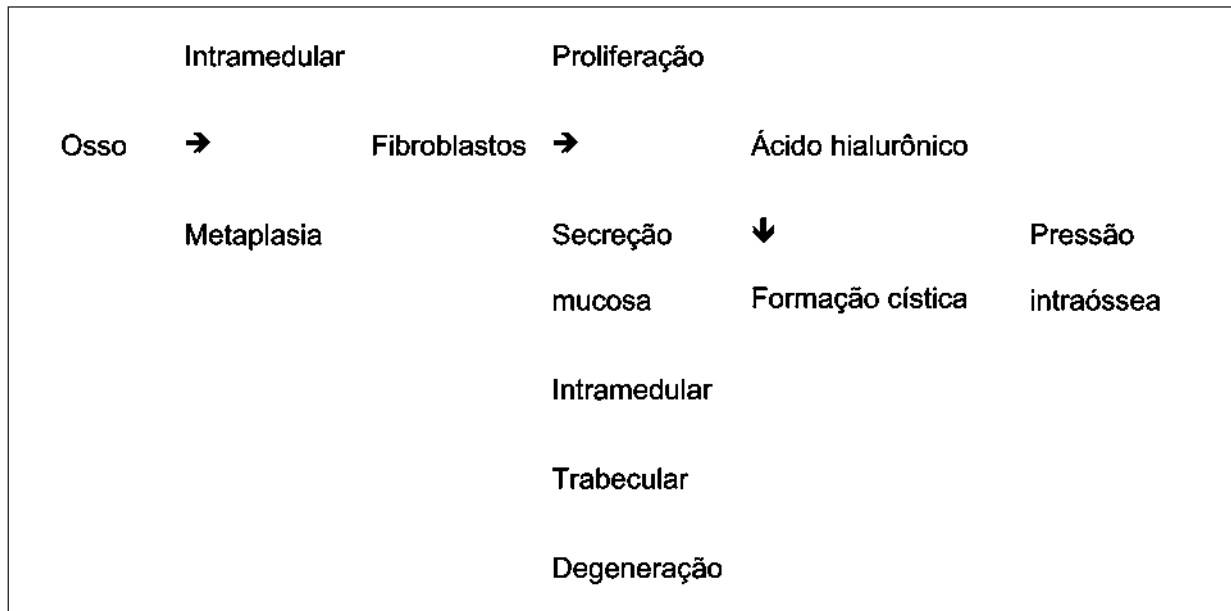


Figura 6 - A melhor possibilidade teórica de sua patogênese deve ser a combinação de metaplasia intramedular e de um processo proliferativo, seguido por um processo degenerativo, como mostrado no fluxograma⁽¹⁶⁾.

justa-articulares subcondrais.^(3-6,15) A figura 6 é um fluxograma proposto por Taraporvola como a forma mais provável de sua patogênese. Taraporvola acredita que uma metaplasia intraóssea, seguida por um processo proliferativo e degenerativo, seja a causa inicial do cisto ósseo justa-articular⁽¹⁶⁾.

O diagnóstico diferencial do ganglion intraósseo apresenta grandes semelhanças clínicas e patológicas com o cisto subcondral da osteoartrite. É difícil estabelecer se o cisto justa-articular é secundário ao processo degenerativo da articulação ou se as lesões articulares são consequência do cisto. Os fatores de distinção dizem respeito à faixa etária mais baixa e à não progressão para a degeneração articular. O diagnóstico definitivo é dado pelo exame histopatológico. No ganglion intraósseo, não são encontrados diversos pequenos cistos em seu interior e nem pseudocistos na zona de pressão. A microscopia, em seu interior, não evidencia osso necrótico, fragmentos de cartilagem e nem focos de metaplasia cartilaginosa, que são características comuns na osteoartrite.⁽¹⁷⁾

As lesões osteoartíticas ou inflamatórias da artrite reumatoide e da osteocondrite, além de outras lesões tumorais e pseudotumorais, como condroma, cisto ósseo aneurismático e, especialmente, condroblastoma, com predominância epifisária, devem ser lembradas como diagnósticos diferenciais. A sinovite vilonodular pigmentada também pode cursar com penetração intraóssea, com a ressalva de que estas costumam

acometer ambas as extremidades da articulação afetada.⁽¹⁷⁾

O ganglion intraósseo é tratado na literatura consagradamente com exérese, curetagem e enxertia óssea.

A prevalência nos ossos do pé e tornozelo mostra incidência expressiva quando comparada com outros locais. O maléolo medial é o sítio mais frequente, seguido pelos ossos do tarso, sendo o tálus o mais prevalente.⁽¹⁷⁾ Há referência de comprometimento também no maléolo lateral, porém mais raramente.

Na literatura, observa-se relativa tendência para gênese, com formação intraóssea por uma metaplasia. Porém, neste caso, assim como em trabalho relatado por Nery,⁽¹¹⁾ acreditamos na possível origem da lesão de forma traumática, fato observado pela comunicação com articulação, evidenciado pela tomografia computadorizada e pelo achado intraoperatório.

CONCLUSÃO

Relatamos aqui um caso de cisto ósseo justa-articular no tálus (local de relativa frequência) diagnosticado e tratado com curetagem e enxertia óssea. A evolução foi satisfatória e sem complicações. Trata-se de lesão digna de notificação, em nosso meio, por ser rara, com certa variedade em seu diagnóstico diferencial, fácil tratamento, boa resolução e, principalmente, por sua controversa patogênese.

REFERÊNCIAS

1. Arakaki T, Oliveira NR, Salzano F. Cisto ósseo justa-articular da tibia(gânglio intra-ósseo). Apresentação de um caso. Rev Bras Ortop. 1983;18(3):109-12.
2. Veloso GA, Oliveira HC, Lopes MM, Paula EC. Cisto mucoso do osso (cisto ósseo justa-articular). Apresentação de um caso lesões múltiplas. Rev Bras Ortop. 1984;19(6):226-8.
3. Kambolis C, Bullough PG, Jaffe HL. Ganglion cystic defects of bone. J Bone Joint Surg Am. 1973;55(3):496-505.
4. Campanacci M, Cervelatti C. Cisti mucose periostee e intraossee. Chir Organi Mov. 1971; 60(3):221-32.
5. Feldman F, Johnston A. Intraosseus ganglion. Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med. 1973;118(2):328-48.
6. Woods CT. Subchondral bone cysts. J Bone Joint Surg Br. 1961;43:758-66.
7. Crabbé WA. Intra-osseus ganglia of bone. Br J Surg. 1966; 53(1):15-7.
8. Fairbanks HA, Lloyd EL. Cysts of the external cartilage of the knee with erosion of the head of the tibia. Br J Surg. 1934;22:115-8.
9. Ghormley RK, Dockerty MB. Cystic myxomatous tumors about the knee: their relation to cysts of menisci. J Bone Joint Surg Am. 1943; 25:306-18.
10. Fisk GR. Bone concavity caused by a ganglion. J Bone Joint Surg Br. 1949;31:220-1.
11. Nery CA, Filho RJ, Netto AA, Stump XM. Ganglion intra-ósseo: Apresentação de um caso e proposta de esclarecimento de sua etiologia. Rev Bras Ortop. 1966;31(7):571-4.
12. Nigrisoli P, Beltrami P. Subcondral cysts of bone. Scapelo. 1971;1:65-75.
13. Scaglietti O, Stringa G. Geodi isolate sottocondrali. Arch Putti Chir Organi Mov. 1960;13:30-9.
14. Schajowicz F, Clavel Sainz M, Sillulitel JA. Justarticular bone cysts (intra-osseus ganglia): a clinicopathological study of 88 cases. J Bone Joint Surg Br. 1979;61(1):107-16.
15. Goldman RL, Friedman NB. Ganglia ("synovial" cysts) arising in unusual locations: report of three cases, one primary in bone. Clin Orthop. 1969;63:184-9.
16. Taraporvala JC, Shah R. Intraosseus heterotopic ganglions of the tibia. Bombay Hosp J [Internet]. 2002 [cited 2014 Jun 1];44(4). Available from: http://www.bhj.org.in/journal/2002_4403_jul/case_473.htm
17. Schajowicz F, Blumenfeld I. Pigmented villonodular synovitis of the wrist with penetration into bone. J Bone Joint Surg Br. 1968;50(2): 312-7.