

# BMJ Best Practice

## Cisto poplíteo

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

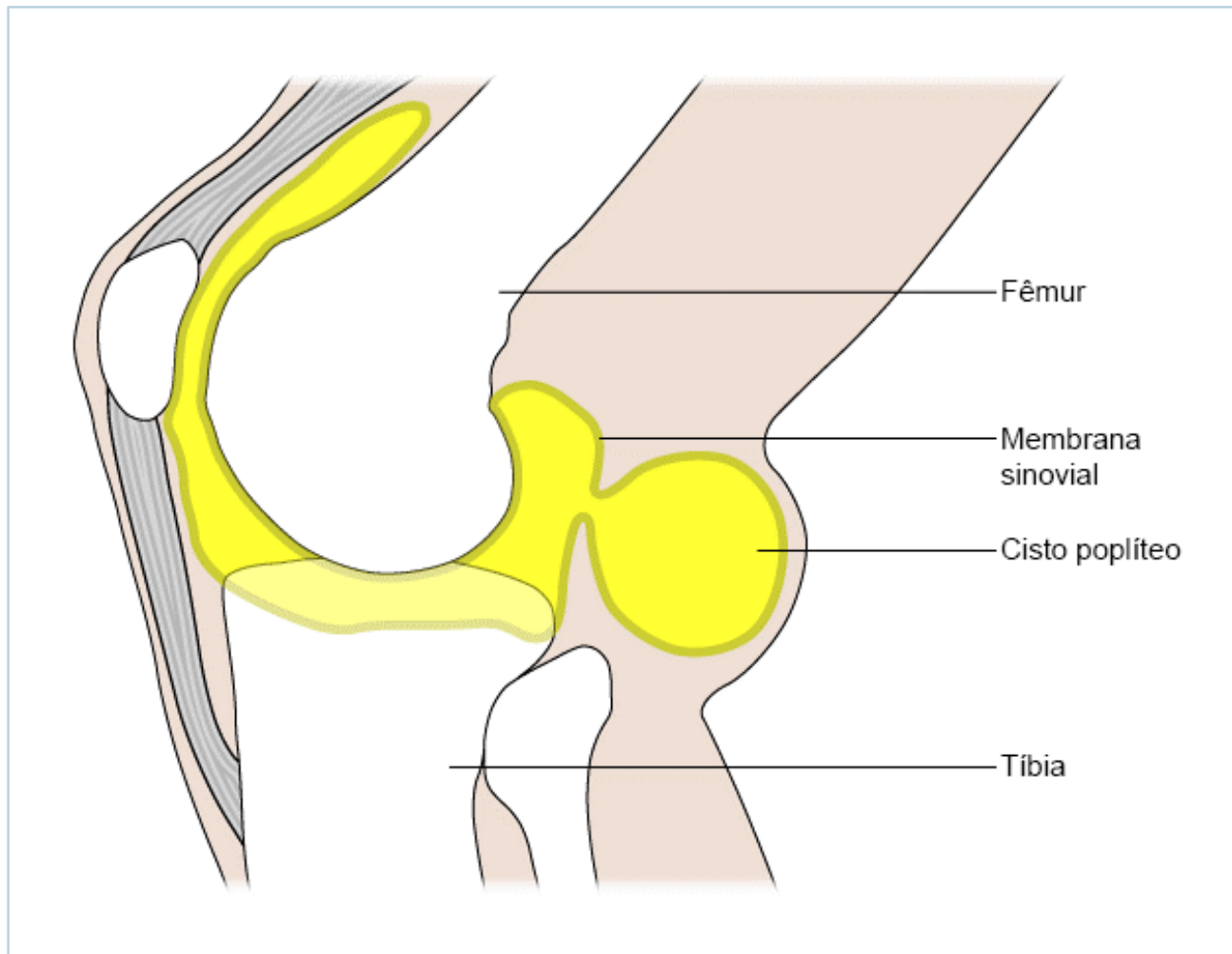
<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	5
Fisiopatologia	5
<b>Prevenção</b>	<b>7</b>
<b>Diagnóstico</b>	<b>8</b>
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	11
<b>Tratamento</b>	<b>13</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	13
Visão geral do tratamento	13
Opções de tratamento	15
<b>Acompanhamento</b>	<b>18</b>
Recomendações	18
Complicações	18
Prognóstico	19
<b>Recursos online</b>	<b>21</b>
<b>Referências</b>	<b>22</b>
<b>Imagens</b>	<b>25</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>33</b>

## Resumo

- ◇ Acúmulo comum de líquido sinovial, que geralmente é o resultado de uma anormalidade da articulação do joelho, como a artrite ou uma laceração na cartilagem.
- ◇ Pode apresentar-se com edema ou dor atrás do joelho, mas a maioria dos casos é assintomática.
- ◇ Pode sofrer ruptura, causando edema e dor intensa na panturrilha.
- ◇ Geralmente, é necessário apenas o tratamento conservador.
- ◇ Cistos sintomáticos grandes que não remitem podem precisar de drenagem.

## Definição

O cisto poplíteo, também conhecido como cisto de Baker, é o resultado de um acúmulo de líquido sinovial externo à articulação e que se forma atrás do joelho. Isso ocorre por meio do aumento da pressão intrassinovial que faz com que a cápsula sinovial forme uma protuberância em uma área onde há falta de suporte anatômico externo.<sup>[1]</sup> As condições subjacentes mais comuns que causam a superprodução de líquido sinovial incluem artrite e rupturas de menisco.



*Cisto poplíteo*

*Criado por BMJ Publishing Group*

## Epidemiologia

A prevalência do cisto poplíteo varia de acordo com a população estudada e a técnica de imagem usada para o diagnóstico. Em uma série de 400 pacientes consecutivos com ressonância nuclear magnética que foram encaminhados com problemas no joelho, foi observado que 77 (19%) tinham cistos poplíteos.<sup>[2]</sup> Em pacientes examinados para trombose venosa profunda subjacente com a ultrassonografia duplex, a presença do cisto poplíteo é menor (3% a 4%).<sup>[3] [4]</sup>

Não houve preferência entre os sexos na prevalência dos cistos, mas o desenvolvimento dos cistos aumenta com a idade (26% em pacientes de 31 a 50 anos e 53% em pacientes de 51 a 90 anos).<sup>[5]</sup> Dois picos de incidência etária foram identificados: dos 4 aos 7 anos e dos 35 aos 70 anos.<sup>[5]</sup> A etiologia subjacente

ao desenvolvimento dos cistos nos dois grupos é diferente. O trauma ou a doença articular coexistente é comum na faixa etária mais avançada e quase ausente nos mais jovens. No grupo mais jovem, as bursas que ocorrem naturalmente e que são cheias de líquido sinovial podem ser responsáveis pelo desenvolvimento do cisto.

## Etiologia

A formação de cistos poplíteos foi atribuída à patologia subjacente do joelho, incluindo trauma, artrite ou infecção (artrite séptica). Essas etiologias resultam no desenvolvimento de derrame articular no joelho, causando a formação do cisto poplíteo. A lesão do menisco medial, as lesões condrais e as rupturas do ligamento cruzado anterior são as causas traumáticas mais comumente relatadas.[6] [7] Noventa e quatro por cento dos cistos poplíteos estudados foram associados a lesões intra-articulares.[6] A ruptura de menisco pode ser a lesão intra-articular mais comum e foi encontrada em 170 de 238 joelhos com um cisto poplíteo,[7] embora um relato tenha observado uma correlação mais forte com lesões condrais.[8]

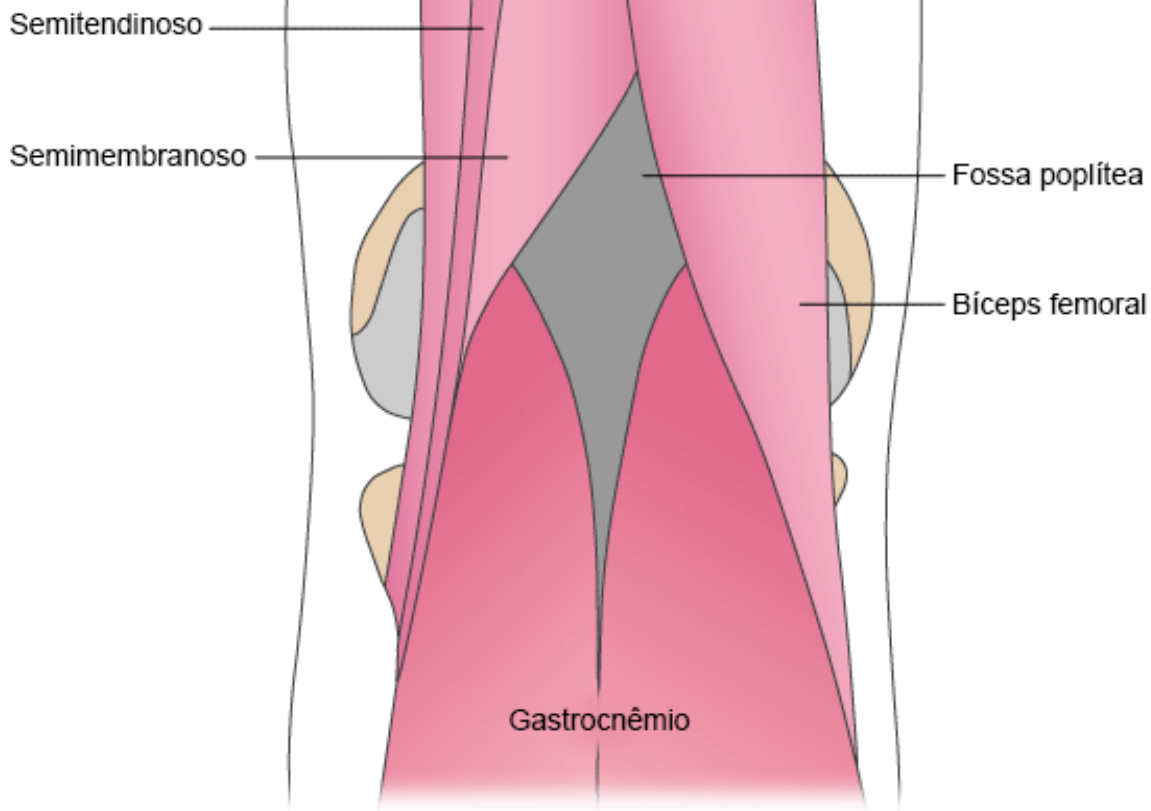
As causas artríticas associadas aos cistos poplíteos incluem artrite reumatoide e osteoartrite.[9] [10] Em 99 pacientes consecutivos não selecionados com artrite reumatoide que foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial com radiografias do joelho e ultrassonografia de ambos os joelhos, um cisto poplíteo foi detectado em 47 pacientes (47.5%).[9] Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa entre a presença de um cisto poplíteo e o envolvimento clínico e radiológico do joelho pela artrite reumatoide. Foi relatado que várias causas artríticas infecciosas apresentam-se com o cisto poplíteo, incluindo tuberculose, coccidioidomicose, candidíase e brucelose.[11] [12] [13] [14] Essas infecções articulares resultam em sinovite e aumento das pressões intra-articulares. Outra causa de cisto poplíteo é a sinovite vilonodular pigmentada.[15]

## Fisiopatologia

A membrana sinovial reveste as articulações intra-articulares. Ela é constituída de uma matriz intersticial fibrilar contendo células sinoviais. Uma rica malha de microvasos fenestrados na cápsula sinovial produz o líquido sinovial. O líquido sinovial é formado continuamente a partir de um gradiente osmótico fisiológico entre a microvasculatura sinovial e o espaço intra-articular.[16]

Patologias do joelho, como trauma, artrite ou infecção, podem resultar no aumento de volume e da pressão do líquido sinovial.[16] [17] Derrames se desenvolvem quando a absorção do líquido sinovial sofre um atraso em relação à filtração microvascular. A pressão intra-articular aumenta significativamente durante a extensão do joelho e isso pode explicar por que a dor frequentemente ocorre nessa posição. Embora muitos relatos tenham sugerido uma fraqueza inerente na cápsula posterior, nenhum dado apoia essa hipótese. Um estudo demonstrou que os cistos poplíteos se desenvolvem por falta de um suporte anatômico externo.[1] Essa área é encontrada entre as 2 expansões do músculo semimembranoso e do ligamento cruzado posterior. O corno posterior do menisco medial é a única estrutura de reforço nesse local. A degeneração do menisco medial, junto com as condições em que a pressão intra-articular aumenta, fazem a cápsula fraca formar uma protuberância, dando origem a um cisto poplíteo na fossa poplíteo pósterio-medial.[1]

[Fig-4]



*Músculos ao redor da fossa poplíteia (vista do aspecto posterior do joelho direito)*

*Adaptado do BMJ Evidence Centre from Gray's Anatomy*



## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um homem de 65 anos apresenta dor aguda e edema na perna esquerda durante os últimos 3 dias. A dor está localizada na panturrilha pósterio-medial e piora na postura ortostática e ao caminhar. Não há fatores de risco conhecidos para trombose venosa profunda (TVP), história de TVP prévia ou trauma. A história médica pregressa é significativa para hipertensão e osteoartrite de ambos os joelhos. Os medicamentos incluem metoprolol e anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). O exame físico revela um exame vascular normal, edema de membros inferiores ausente, sensibilidade à palpação na panturrilha e uma massa não pulsátil proeminente atrás do joelho. A ultrassonografia duplex identifica um cisto na prega poplíteia medindo 4 cm x 5 cm.

### Outras apresentações

A síndrome de pseudotromboflebite é uma apresentação aguda de dor, edema e eritema da panturrilha. Isso mimetiza a trombose venosa profunda (TVP) da panturrilha e pode ocorrer com a ruptura de um cisto ou dissecação extensa de um cisto não rompido. Uma vez que o quadro clínico da TVP e o da síndrome de pseudotromboflebite podem ser semelhantes, a imagem (ultrassonografia ou ressonância nuclear magnética [RNM]) ajuda a distinguir esses diagnósticos. Os cistos grandes podem comprimir a veia poplíteia, mas isso é muito raro porque o cisto se desenvolve medialmente aos vasos poplíteos.

[Fig-2]

[Fig-3]

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

Anamnese e exame físico completos são importantes para o diagnóstico do cisto poplíteo. A ultrassonografia duplex do membro confirma o diagnóstico clínico.

### Avaliação clínica

A localização, a duração e o tipo da dor devem ser determinados para avaliar se os sintomas podem ser atribuídos ao próprio cisto ou são secundários à causa subjacente do cisto. História pregressa de trauma no joelho, artrite ou história de trombose venosa profunda (TVP) devem ser procuradas. A fossa poplíteia deve ser avaliada quanto à presença de massas. A perna deve ser avaliada quanto a inchaço secundário ao edema e um exame vascular deve ser realizado. O cisto poplíteo rompido pode ser associado a equimose da panturrilha e a dor significativa e mesmo a uma síndrome compartimental, apresentando déficits sensitivos ou motores secundários à pressão intracompartimental elevada. Em alguns pacientes, pode haver diminuição da amplitude de movimentos e incapacidade de estender o joelho.

Os cistos poplíteos são geralmente visíveis como uma protuberância atrás do joelho, que é particularmente perceptível na posição ortostática e em comparação com o joelho oposto não envolvido. Os cistos são geralmente moles e minimamente sensíveis à palpação. É comum que um cisto poplíteo expanda e encolha com o passar do tempo. Cistos grandes, especialmente se rompidos, produzirão sensibilidade à palpação da panturrilha no exame.



Deve-se procurar doença de Lyme concomitante, uma vez que ocasionalmente está associada a cisto poplíteo.[18]

## Exames diagnósticos

Pacientes com suspeita de um cisto poplíteo no exame clínico devem ser submetidos a uma ultrassonografia duplex do membro. Isso ajuda a identificar o cisto e avalia outras patologias possíveis, como TVP, hematoma, aneurisma da artéria poplíteia, aneurisma da veia poplíteia ou massa de tecidos moles.

[Fig-2]

Se um cisto poplíteo for identificado, o próximo passo será identificar a etiologia subjacente à formação do cisto. A presença de um cisto poplíteo pode ser o primeiro sinal da patologia articular subjacente. As patologias articulares mais comuns incluem ruptura de menisco e artrite do joelho. A investigação adicional apropriada é então orientada pela causa.

Se a ultrassonografia não mostrar uma causa para os sintomas do paciente, uma ressonância nuclear magnética (RNM) pode ser útil para identificar qualquer patologia articular subjacente do joelho. A tomografia computadorizada é uma alternativa, mas a RNM é o exame preferível, com um maior rendimento.

## Fatores de risco

### Fortes

#### trauma da articulação do joelho

- A lesão do menisco medial, as lesões condrais e as rupturas do ligamento cruzado anterior são fatores de risco significativos e bem descritos no desenvolvimento de cistos poplíteos.
- Pacientes com história de patologia articular (artrite ou trauma articular) têm uma prevalência de 15% a 40% de cistos poplíteos.[6] [9] [10]
- Resulta na produção excessiva de líquido sinovial e no aumento da pressão intra-articular, que faz com que a cápsula sinovial forme uma protuberância em uma área onde não há suporte anatômico externo.[1]

[Fig-6]

[Fig-7]

#### artrite ou sinovite subjacente do joelho

- Resulta na produção excessiva de líquido sinovial, que causa um aumento da pressão e uma protuberância da cápsula sinovial.[1] A sinovite vilonodular pigmentada também deve ser suspeitada.[15]
- Pacientes com história de patologia articular (artrite ou trauma articular) têm uma prevalência de 15% a 40% de cistos poplíteos.[6] [9] [10]

#### infecção subjacente da articulação do joelho

- Foi relatado que várias causas artríticas infecciosas apresentam-se com o cisto poplíteo, incluindo tuberculose, coccidioidomicose, candidíase e brucelose.[11] [12] [13] [14] Essas infecções articulares resultam em sinovite e aumento das pressões intra-articulares.

**idade mais avançada**

- A prevalência dos cistos aumenta com a idade: 26% em pacientes de 31 a 50 anos e 53% em pacientes de 51 a 90 anos.[5]

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

**presença de fatores de risco (comum)**

- Trauma da articulação do joelho, artrite ou infecção subjacente do joelho e envelhecimento são fortes fatores de risco.

**protuberância poplíteia (comum)**

- Os cistos poplíteos são geralmente visíveis como uma protuberância atrás do joelho, particularmente perceptível na posição ortostática e em comparação com o joelho oposto não envolvido.
- Eles são geralmente moles e minimamente sensíveis à palpação.
- É comum que um cisto poplíteo expanda e encolha com o passar do tempo.

**dor no joelho (comum)**

- Os pacientes podem apresentar dor no joelho devido ao próprio cisto ou à causa subjacente do cisto, como artrite, uma lesão ou um problema mecânico no joelho, como uma ruptura do menisco.

**edema dos membros inferiores (comum)**

- A dissecação e ruptura do cisto poplíteo são frequentemente associadas ao edema dos membros inferiores, imitando a trombose venosa profunda.

**sensibilidade à palpação da panturrilha (comum)**

- Pacientes com um cisto grande, especialmente se rompido, terão sensibilidade à palpação na panturrilha durante o exame físico.

### Outros fatores de diagnóstico

**equimose da panturrilha (incomum)**

- A ruptura de um cisto poplíteo pode causar: vazamento de fluido descendo pelo aspecto interior da perna, às vezes fazendo o maléolo interno ter a aparência de um hematoma indolor; equimose da panturrilha com dor significativa; síndrome compartimental, apresentando-se com deficits sensitivos ou motores secundários a pressões intracompartimentais elevadas.

**doença de Lyme (incomum)**

- Cisto poplíteo pode estar associada à doença de Lyme.[18]

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>ultrassonografia duplex da perna</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se houver suspeita clínica de cisto poplíteo, a ultrassonografia duplex deve ser obtida como o primeiro teste diagnóstico. A função da ultrassonografia duplex é identificar se há um cisto e avaliar outras patologias, como trombose venosa profunda, hematoma, aneurisma da artéria poplíteia, aneurisma da veia poplíteia ou massa de tecidos moles.</li> <li>[Fig-2]</li> <li>Se não for identificada uma patologia, uma ressonância nuclear magnética (RNM) ou tomografia computadorizada (TC) do membro deve ser considerada para avaliar outra patologia musculoesquelética ou articular.</li> </ul>	<b>massa cística na fossa poplíteia posterior-medial</b>

### Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>RNM da perna</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode identificar a patologia subjacente tratável do joelho (por exemplo, artrite, ruptura do menisco).</li> <li>Preferível à TC se a ultrassonografia for negativa, pois tem maior rendimento.</li> </ul>	<b>massa cística na fossa poplíteia posterior-medial</b>
<b>TC da perna</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode identificar a patologia subjacente tratável do joelho (por exemplo, artrite, ruptura do menisco), mas a RNM é o exame de escolha devido ao maior rendimento.</li> <li>Deve ser limitada aos pacientes que têm contraindicações à RNM.</li> </ul>	<b>massa cística na fossa poplíteia posterior-medial</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Trombose venosa profunda (TVP)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os pacientes podem ter fatores de risco subjacentes ao desenvolvimento de trombose venosa profunda (TVP).</li> <li>Pode apresentar-se com dor aguda na panturrilha e/ou edema, sem patologia associada do joelho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ultrassonografia venosa evidenciará o trombo no interior da veia.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Hematoma poplíteo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os pacientes podem ter uma história de trauma recente ou tratamento com anticoagulantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ultrassonografia evidenciará um hematoma na área afetada.</li> <li>Tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) também podem identificar o hematoma.</li> </ul>
<b>Laceração do músculo poplíteo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode causar dor desproporcional no local da laceração.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ultrassonografia, RNM e TC evidenciarão a laceração muscular.</li> </ul>
<b>Derrame no joelho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode causar excesso de líquido intra-articular em áreas diferentes do local do cisto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ultrassonografia, RNM e TC evidenciarão o derrame no joelho.</li> </ul>
<b>Aneurisma poplíteo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode causar uma massa pulsátil na fossa poplíteia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ultrassonografia arterial evidenciará o aneurisma.</li> </ul>
<b>Aneurisma da veia poplíteia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode causar uma massa mole comprimível na fossa poplíteia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ultrassonografia venosa evidenciará o aneurisma da veia poplíteia.</li> </ul>
<b>Massa de tecidos moles poplíteos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode mostrar uma massa firme palpável.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ultrassonografia, RNM e TC evidenciarão a massa.</li> </ul>
<b>Linfocele poplíteia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipicamente, uma massa palpável mais firme que o cisto poplíteo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ultrassonografia duplex evidencia o cisto com líquido transparente e a captação acústica posteriormente.</li> </ul>
<b>Abscesso poplíteo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode mostrar uma coleção sensível à palpação, flutuante e com eritema.</li> <li>Pode haver sinais de infecção, como febre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ultrassonografia duplex ou a TC evidenciará a coleção não cística heterogênea.</li> </ul>
<b>Varizes da fossa poplíteia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode haver varizes visíveis na fossa poplíteia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O duplex venoso evidenciará varizes.</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

Os cistos poplíteos assintomáticos não requerem tratamento, mas outros testes diagnósticos podem ser obtidos para identificar a causa subjacente da doença. A abordagem de tratamento para um paciente sintomático depende da gravidade dos sintomas e da resposta ao tratamento conservador ou percutâneo.

### Sintomático: novo no tratamento

Pacientes com sinais e sintomas mínimos, como preenchimento ou um leve desconforto na fossa poplíteia, são manejados de forma conservadora. Os tratamentos incluem fisioterapia e analgésicos simples (por exemplo, aspirina ou paracetamol) ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

### Sintomático: refratário ao tratamento conservador inicial

Para pacientes sintomáticos com patologia intra-articular subjacente identificada, a correção da patologia subjacente é a primeira linha de tratamento. Se um derrame no joelho estiver presente, a aspiração da articulação do joelho é geralmente benéfica. Analgésicos simples (por exemplo, aspirina ou paracetamol) podem ser usados como adjuvantes para o alívio da dor, ou AINEs. Fisioterapia também pode ser indicada. Foi relatado que os cistos poplíteos melhoram rapidamente após a injeção intra-articular de corticosteroides.[5] Portanto, é aceitável tentar a injeção de corticosteroide em pacientes com cistos poplíteos significativamente sintomáticos sem resposta clínica aos tratamentos conservadores. A fenestração guiada por ultrassonografia e injeção foi descrita recentemente com resultados razoavelmente satisfatórios.[19]

O tratamento cirúrgico é raramente realizado e é indicado apenas em pacientes com sintomas extensos para quem os tratamentos conservador e percutâneo falham. A experiência de muitos cirurgiões é que a simples excisão de um cisto poplíteo resulta em uma alta incidência de recorrência. Várias opções foram descritas para melhorar os resultados cirúrgicos, incluindo sinovectomia anterior aberta, sinovectomia artroscópica, radiossinovectomia, capsulectomia, capsuloplastia com enxerto de pedículo e reparo de cápsula articular. Além disso, existem cada vez mais relatos de sucesso na ressecção artroscópica do cisto.[20] [21]

[Fig-8]

A escleroterapia percutânea com etanol e morruato de sódio guiada por ultrassonografia foi relatada com resultados bem-sucedidos e baixa recorrência.[22] [23] No entanto, esses métodos não são o padrão de cuidados porque são suportados apenas por pequenas séries e relatos de casos.

## Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. ( ver [Aviso legal](#) )

Agudo ( resumo )	
assintomático	
1a	ausência de tratamento
sintomático: novo no tratamento	

Agudo ( resumo )	
	1a tratamento conservador
<b>sintomático: refratário ao tratamento conservador inicial</b>	
	1a correção de qualquer patologia articular subjacente
	adjunto corticosteroide intra-articular
	adjunto terapias de suporte
	2a cirurgia
	adjunto analgesia

# Opções de tratamento

## Agudo

### assintomático

#### 1a ausência de tratamento

» Pacientes assintomáticos não precisam de tratamento específico.

### sintomático: novo no tratamento

#### 1a tratamento conservador

##### Opções primárias

» **aspirina**: 300-900 mg por via oral a cada 4 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

##### OU

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

##### OU

» **ibuprofeno**: 400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Pacientes com sinais e sintomas mínimos, como preenchimento ou um leve desconforto na fossa poplíteia, são manejados de forma conservadora com fisioterapia e analgésicos simples (por exemplo, aspirina ou paracetamol) ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

### sintomático: refratário ao tratamento conservador inicial

#### 1a correção de qualquer patologia articular subjacente

» Pacientes com patologia subjacente da articulação do joelho devem ser submetidos à avaliação ortopédica para o tratamento da patologia traumática, infecciosa ou artrítica.

» Se um derrame no joelho estiver presente, a aspiração da articulação do joelho é geralmente benéfica. A aspiração do espaço articular com ou sem injeção de corticosteroides reduzirá a pressão intra-articular e a patologia inflamatória. Isso deve ser feito somente quando guiado por ultrassonografia.

## Agudo

### adjunto

» A aspiração deve ser feita com uma agulha de grosso calibre (isto é, calibre 18), pois o fluido é muito viscoso.

### corticosteroide intra-articular

#### Opções primárias

» **fosfato sódico de betametasona/acetato de betametasona**: 6-12 mg por via intra-articular em dose única

#### OU

» **triancinolona acetonida**: 5-15 mg por via intra-articular em dose única  
O sal de hexacetona também pode ser usado.

#### OU

» **acetato de metilprednisolona**: 4-80 mg por via intra-articular em dose única a cada 1-5 semanas

» Foi descrito que a injeção intra-articular de corticosteroides em pacientes com patologia subjacente do joelho produz um bom alívio sintomático.[5]

» Pode ser necessário repetir a dose. Ajustar as doses e a frequência de acordo com a resposta. Reduzir a dose gradualmente após o uso em longo prazo.

### adjunto

### terapias de suporte

#### Opções primárias

» **aspirina**: 300-900 mg por via oral a cada 4 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

#### OU

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

#### OU

» **ibuprofeno**: 400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» A fisioterapia pode ser usada como adjuvante.



## Agudo

2a

» Analgésicos simples (por exemplo, aspirina ou paracetamol) podem ser usados como adjuvantes para o alívio da dor, ou AINEs.

### **cirurgia**

» O tratamento cirúrgico é raramente realizado e é indicado apenas em pacientes com sintomas extensos que falham no tratamento conservador e percutâneo.

» A experiência de muitos cirurgiões é que a simples excisão de um cisto poplíteo resulta em uma alta incidência de recorrência.

» Várias opções foram descritas para melhorar os resultados cirúrgicos, incluindo sinovectomia anterior aberta, sinovectomia artroscópica, radiossinovectomia, capsulectomia e capsuloplastia com enxerto de pedículo. Além disso, existem relatos de sucesso na ressecção artroscópica do cisto.[21]

[Fig-8]

adjunto

### **analgesia**

#### **Opções primárias**

» **aspirina**: 300-900 mg por via oral a cada 4 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

**OU**

» **paracetamol**: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

**OU**

» **ibuprofeno**: 400 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Analgésicos simples (por exemplo, aspirina ou paracetamol) podem ser usados como adjuvantes para o alívio da dor, ou AINEs.

## Recomendações

### Monitoramento

Nenhum monitoramento em longo prazo é recomendado em pacientes com cistos poplíteos.

### Instruções ao paciente

A maioria dos cistos poplíteos é assintomática e diagnosticada incidentalmente na ultrassonografia duplex. Nessa situação clínica, nenhum tratamento é necessário, mas outros exames podem ser realizados para avaliar adicionalmente a patologia subjacente do joelho. Os cistos poplíteos podem ser incômodos e dolorosos, mas não causam danos ou incapacidades em longo prazo. O diagnóstico preciso pode ser obtido com a ultrassonografia dos membros.

O tratamento conservador deve ser aconselhado aos pacientes sintomáticos. Os cistos poplíteos geralmente regredem, mas a rapidez com que isso ocorre varia de pessoa para pessoa. Pacientes refratários ao tratamento conservador devem procurar a avaliação por um ortopedista para a patologia subjacente da articulação do joelho. As patologias subjacentes mais comuns incluem trauma e artrite na articulação do joelho. O tratamento da patologia subjacente pode resultar na melhora dos sintomas e na regressão do cisto. [MedlinePlus: Baker cyst]

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>dor e edema em longo prazo</b>	<b>longo prazo</b>	<b>média</b>
Dor crônica e edema do joelho podem resultar da patologia subjacente do joelho ou da compressão local pelo cisto.		
<b>trombose venosa profunda (TVP)</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Pode ser causada pela compressão externa da veia poplíteia.[25]		
<b>claudicação intermitente</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Pode ser causada pela compressão externa da artéria poplíteia.[25]		
<b>ruptura aguda de cisto</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Também conhecida como síndrome de pseudotromboflebite. Ocorre como resultado do aumento da pressão na bursa, causando a ruptura do cisto e o vazamento de líquido sinovial. [Fig-3]		
Essa afecção mimetiza a apresentação de trombose venosa profunda (TVP). Caso seja diagnosticada incorretamente, o tratamento com anticoagulação pode ser catastrófico e causar a síndrome compartimental.[26]		
<b>síndrome compartimental da perna</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>Ocorre quando o cisto explode, fazendo o líquido sinovial da articulação dissecar nos músculos posterior da panturrilha, causando edema.</p> <p>Se a pressão no músculo posterior aumentar significativamente, os pacientes desenvolvem sinais e sintomas da síndrome compartimental, que é um caso de emergência cirúrgica.[27]</p>		
<b>artrite séptica</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
<p>O cisto poplíteo pode estar associado à artrite séptica, especialmente quando há osteoartrite.[28] Embora a probabilidade dessa ocorrência seja baixa, ela pode dificultar o tratamento da artrite séptica, pois o cisto pode não responder ao desbridamento artroscópico tradicional.</p>		

## Prognóstico

A maioria dos pacientes com cistos poplíteos tem um excelente prognóstico e raramente apresenta incapacidade em longo prazo. A maioria dos cistos regride com o tempo, mas pode formar-se novamente se a patologia subjacente do joelho não remitir. Pacientes que falham no tratamento conservador e se submetem à aspiração ou reparação cirúrgica têm uma incidência significativa de recorrência.[24]



## Recursos online

---

1. [MedlinePlus: Baker cyst](#) (*external link*)
-

## Artigos principais

- Labropoulos N, Shifrin DA, Paxinos O. New insights into the development of popliteal cysts. Br J Surg. 2004;91:1313-1318.
- Miller TT, Staron RB, Koenigsberg T, et al. MR imaging of Baker cysts: association with internal derangement, effusion, and degenerative arthropathy. Radiology. 1996 Oct;201(1):247-50.
- Volteas SK, Labropoulos N, Leon M, et al. Incidence of ruptured Baker's cyst among patients with symptoms of deep vein thrombosis. Br J Surg. 1997 Mar;84(3):342.
- Langsfeld M, Matteson B, Johnson W, et al. Baker's cysts mimicking the symptoms of deep vein thrombosis: diagnosis with venous duplex scanning. J Vasc Surg. 1997 Apr;25(4):658-62.
- Handy JR. Popliteal cysts in adults: a review. Semin Arthritis Rheum. 2001 Oct;31(2):108-18.
- Andonopoulos AP, Yarmenitis S, Sfountouris H, et al. Baker's cyst in rheumatoid arthritis: an ultrasonographic study with a high resolution technique. Clin Exp Rheumatol. 1995 Sep-Oct;13(5):633-6.
- Chatzopoulos D, Moravidis E, Markou P, et al. Baker's cysts in knees with chronic osteoarthritic pain: a clinical, ultrasonographic, radiographic and scintigraphic evaluation. Rheumatol Int. 2008 Dec;29(2):141-6.
- Simkin PA. Physiology of normal and abnormal synovium. Semin Arthritis Rheum. 1991;21:179-183.
- Burt TB, MacCarter DK, Gelman MI, et al. Clinical manifestations of synovial cysts. West J Med. 1980 Aug;133(2):99-104. [Texto completo](#)
- Petros DP, Hanley JF, Gilbreath P, et al. Posterior compartment syndrome following ruptured Baker's cyst. Ann Rheum Dis. 1990 Nov;49(11):944-5. [Texto completo](#)

## Referências

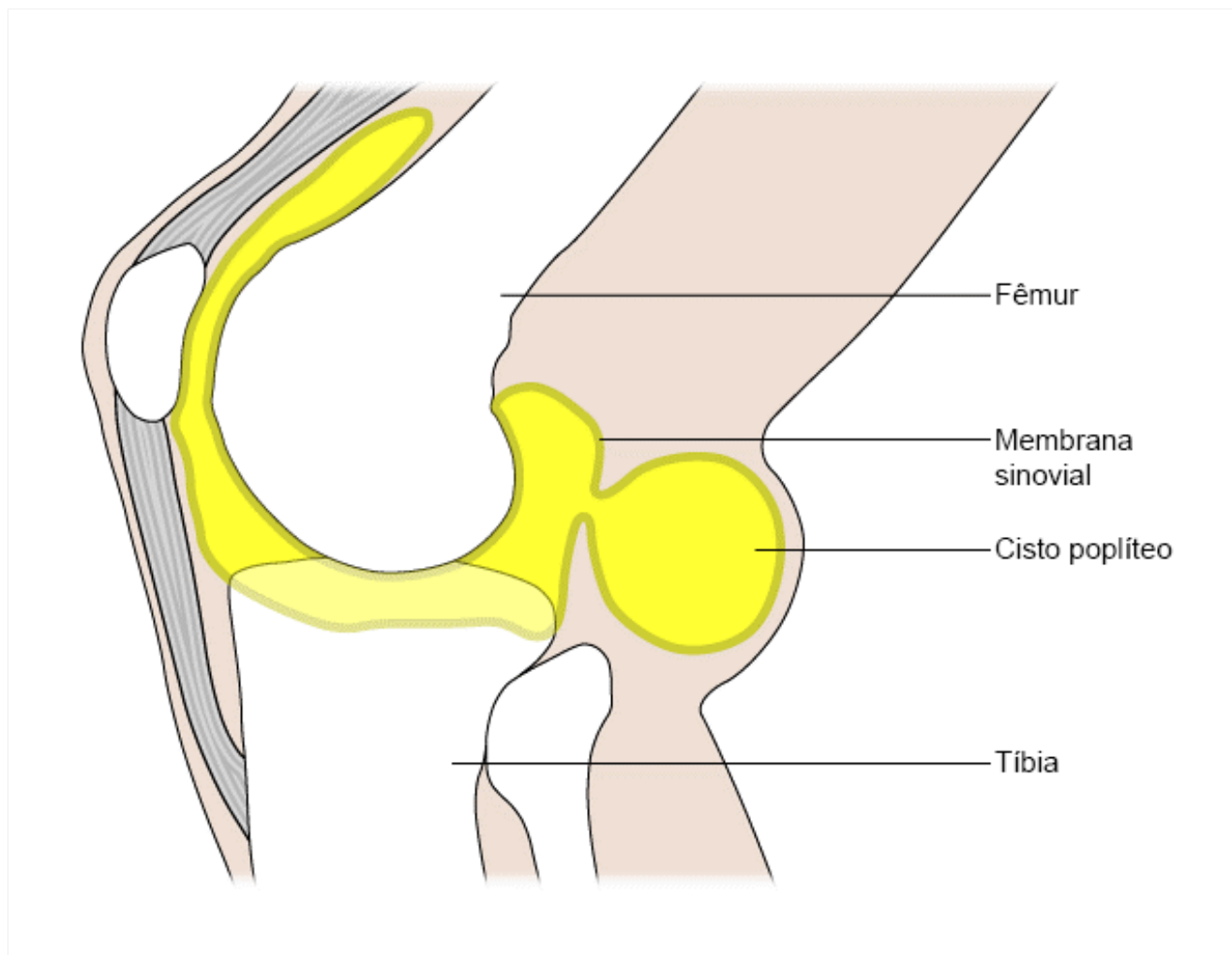
1. Labropoulos N, Shifrin DA, Paxinos O. New insights into the development of popliteal cysts. Br J Surg. 2004;91:1313-1318.
2. Miller TT, Staron RB, Koenigsberg T, et al. MR imaging of Baker cysts: association with internal derangement, effusion, and degenerative arthropathy. Radiology. 1996 Oct;201(1):247-50.
3. Volteas SK, Labropoulos N, Leon M, et al. Incidence of ruptured Baker's cyst among patients with symptoms of deep vein thrombosis. Br J Surg. 1997 Mar;84(3):342.
4. Langsfeld M, Matteson B, Johnson W, et al. Baker's cysts mimicking the symptoms of deep vein thrombosis: diagnosis with venous duplex scanning. J Vasc Surg. 1997 Apr;25(4):658-62.

5. Handy JR. Popliteal cysts in adults: a review. *Semin Arthritis Rheum*. 2001 Oct;31(2):108-18.
6. Sansone V, De Ponti A. Arthroscopic treatment of popliteal cyst and associated intra-articular knee disorders in adults. *Arthroscopy*. 1999 May;15(4):368-72.
7. Stone KR, Stoller D, De Carli A, et al. The frequency of Baker's cysts associated with meniscal tears. *Am J Sports Med*. 1996 Sep-Oct;24(5):670-1.
8. Rupp S, Seil R, Jochum P, et al. Popliteal cysts in adults. Prevalence, associated intraarticular lesions, and results after arthroscopic treatment. *Am J Sports Med*. 2002 Jan-Feb;30(1):112-5.
9. Andonopoulos AP, Yarmenitis S, Sfountouris H, et al. Baker's cyst in rheumatoid arthritis: an ultrasonographic study with a high resolution technique. *Clin Exp Rheumatol*. 1995 Sep-Oct;13(5):633-6.
10. Chatzopoulos D, Moravidis E, Markou P, et al. Baker's cysts in knees with chronic osteoarthritic pain: a clinical, ultrasonographic, radiographic and scintigraphic evaluation. *Rheumatol Int*. 2008 Dec;29(2):141-6.
11. Kulshrestha A, Misra RN, Agarwal P, et al. Magnetic resonance appearance of tuberculosis of the knee joint with ruptured Baker's cyst. *Australas Radiol*. 1995 Feb;39(1):80-3.
12. Wascher DC, Hartman GP, Salka C, et al. Coccidiomycosis presenting as a popliteal cyst. *Arthroscopy*. 1998 Jan-Feb;14(1):99-102.
13. Cuende E, Barbadillo C, E-Mazzucchelli R, et al. Candida arthritis in adult patients who are not intravenous drug addicts: report of three cases and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 1993 Feb;22(4):224-41.
14. Blanco R, Gonzalez-Gay MA, Varela J, et al. Baker's cyst as a clinical presentation of brucellosis. *Clin Infect Dis*. 1996 May;22(5):872-3.
15. Tosti R, Kelly JD 4th. Pigmented villonodular synovitis presenting as a baker cyst. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2011 Oct;40(10):528-31.
16. Simkin PA. Physiology of normal and abnormal synovium. *Semin Arthritis Rheum*. 1991;21:179-183.
17. Ahlqvist J. Rheumatoid factors and physiology of synovial joints. *Scand J Rheumatol Suppl*. 1988;75:278-283.
18. Steelman TJ, Wagner SC, Jex JW. Popliteal cyst with positive antinuclear antibodies as the presentation of Lyme disease. *Pediatr Infect Dis J*. 2015 May;34(5):548.
19. Smith MK, Lesniak B, Baraga MG, et al. Treatment of popliteal (Baker) cysts with ultrasound-guided aspiration, fenestration, and injection: long-term follow-up. *Sports Health*. 2015;7:409-414.
20. Zhou XN, Li B, Wang JS, et al. Surgical treatment of popliteal cyst: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res*. 2016;11:22. [Texto completo](#)

21. Ahn JH, Lee SH, Yoo JC, et al. Arthroscopic treatment of popliteal cysts: clinical and magnetic resonance imaging results. *Arthroscopy*. 2010;26:1340-1347.
22. Fukumoto K, Kojima T, Tomonari H, et al. Ethanol injection sclerotherapy for Baker's cyst, thyroglossal duct cyst, and branchial cleft cyst. *Ann Plast Surg*. 1994;33:615-619.
23. Centeno CJ, Schultz J, Freeman M. Sclerotherapy of Baker's cyst with imaging confirmation of resolution. *Pain Physician*. 2008;11:257-261. [Texto completo](#)
24. Dinham JM. Popliteal cysts in children. The case against surgery. *J Bone Joint Surg Br*. 1975;57-B:69-71. [Texto completo](#)
25. Burt TB, MacCarter DK, Gelman MI, et al. Clinical manifestations of synovial cysts. *West J Med*. 1980 Aug;133(2):99-104. [Texto completo](#)
26. Petros DP, Hanley JF, Gilbreath P, et al. Posterior compartment syndrome following ruptured Baker's cyst. *Ann Rheum Dis*. 1990 Nov;49(11):944-5. [Texto completo](#)
27. Schimizzi AL, Jamali AA, Herbst KD, et al. Acute compartment syndrome due to ruptured Baker cyst after nonsurgical management of an anterior cruciate ligament tear: a case report. *Am J Sports Med*. 2006 Apr;34(4):657-60.
28. Papadopoulos A, Karachalios TS, Malizos CN, et al. Complicated septic arthritis after knee arthroscopy in a 75-year-old man with osteoarthritis and a popliteal cyst. *BMJ Case Rep*. 2015 Apr 9;2015. [Texto completo](#)

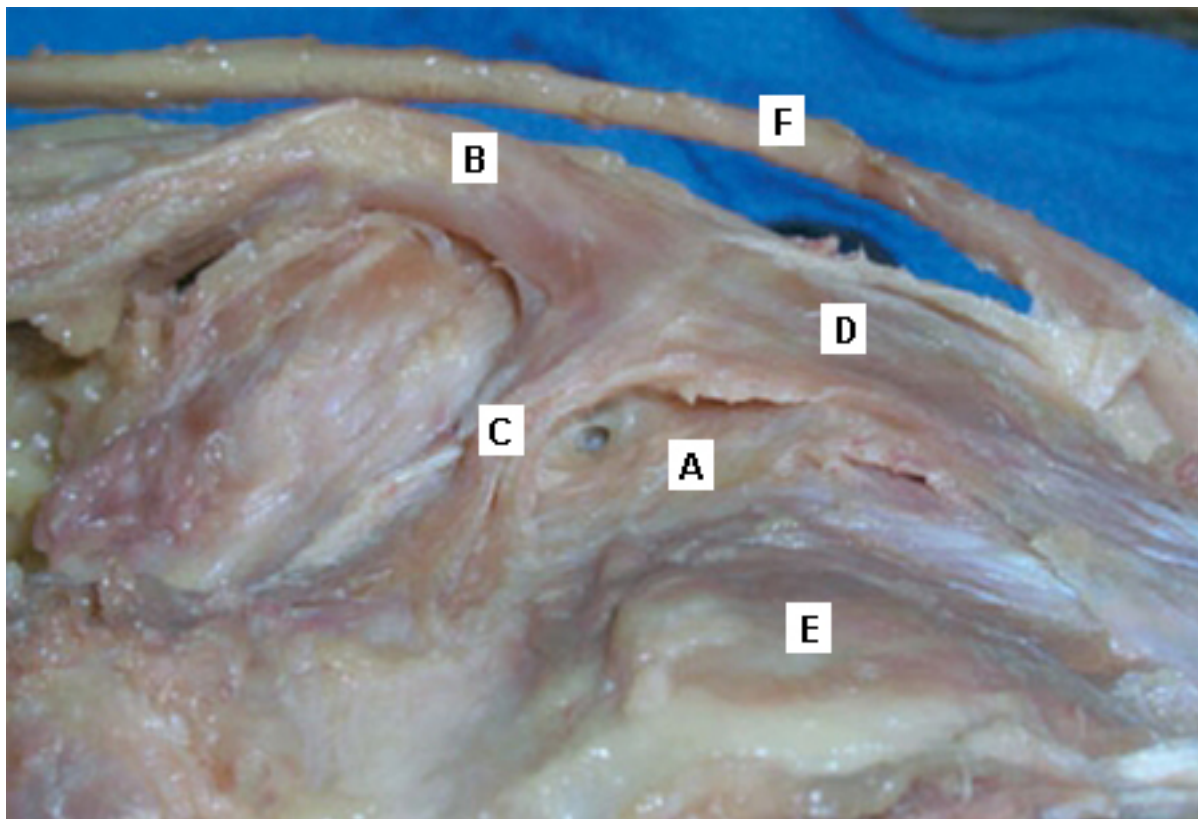


## Imagens



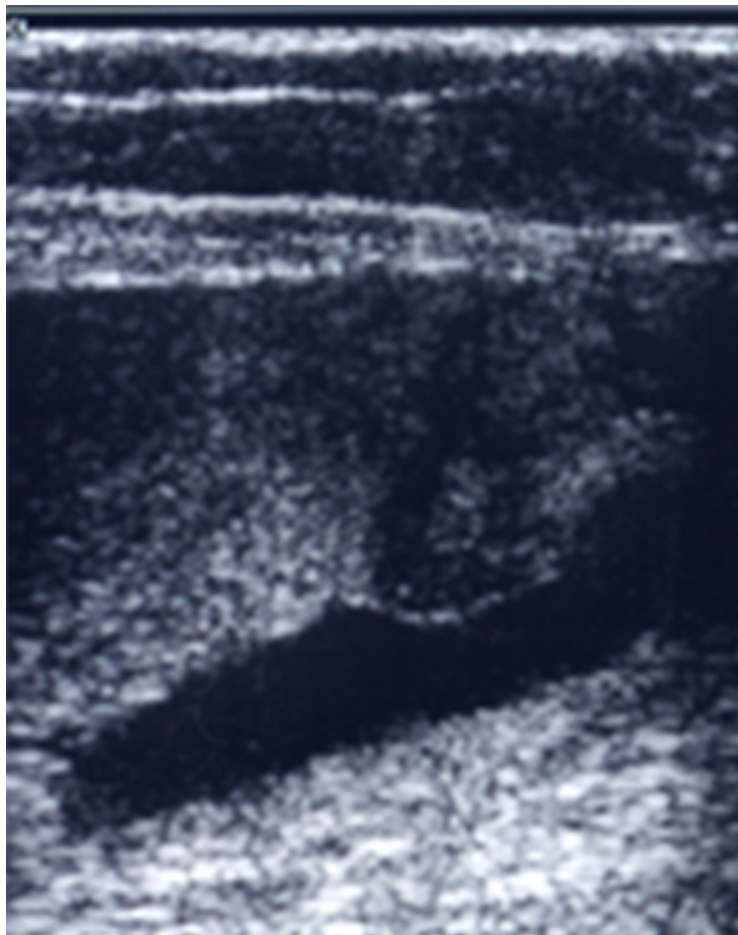
**Figura 1: Cisto poplíteo**

Criado por BMJ Publishing Group



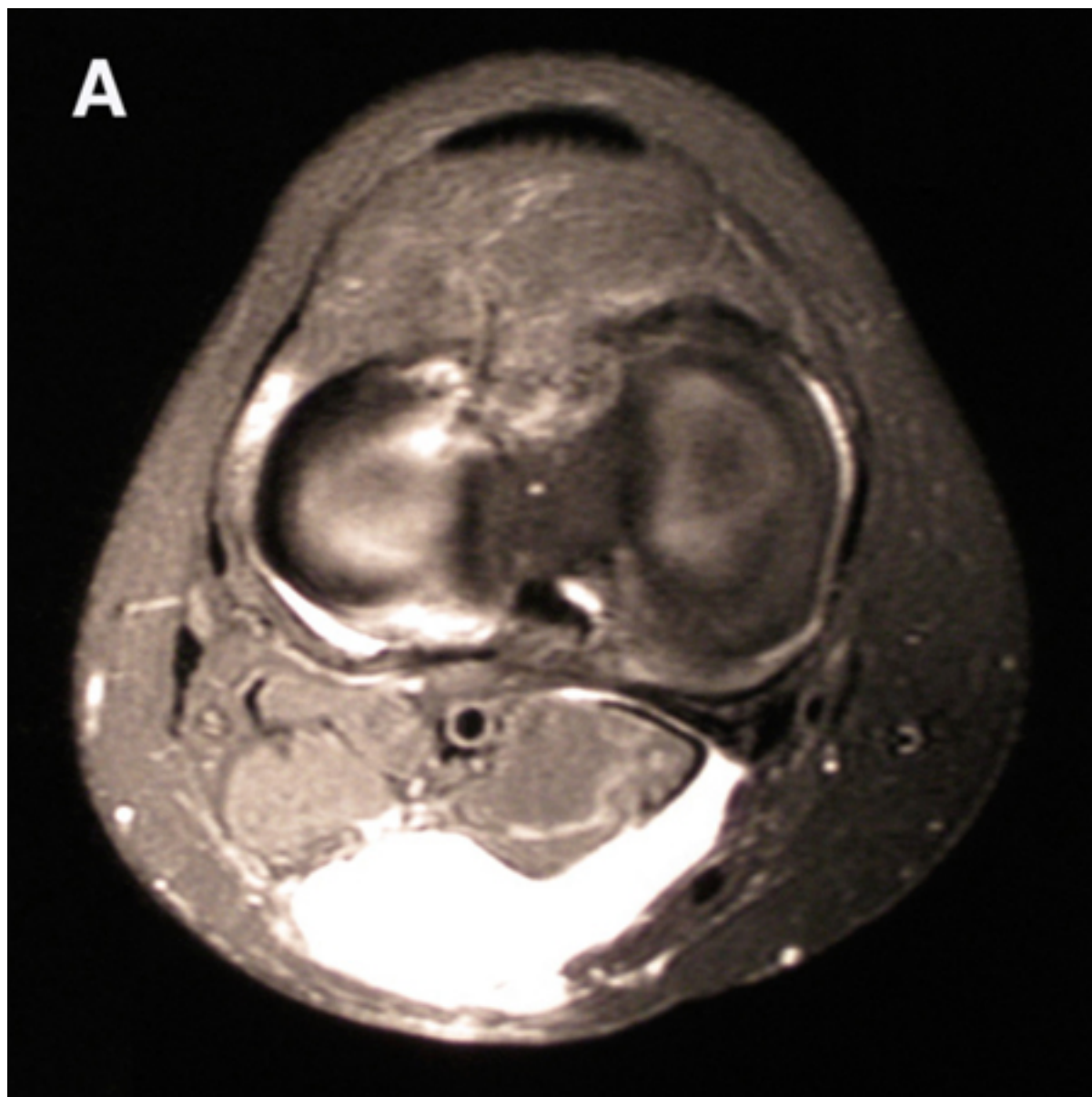
*Figura 2: Dissecção anatômica da cápsula póstero-medial do joelho. A área fraca (A) é identificada entre as duas expansões do músculo semimembranoso (B), o ligamento poplíteo oblíquo (C) e a expansão sobre a bainha do músculo poplíteo (D). O músculo semitendinoso (E) e o músculo poplíteo (F) também são indicados*

*Adaptado de Labropoulos N, Shifrin DA, Paxinos O. New insights into the development of popliteal cysts. Br J Surg. 2004;91:1313-1318; usado com permissão*



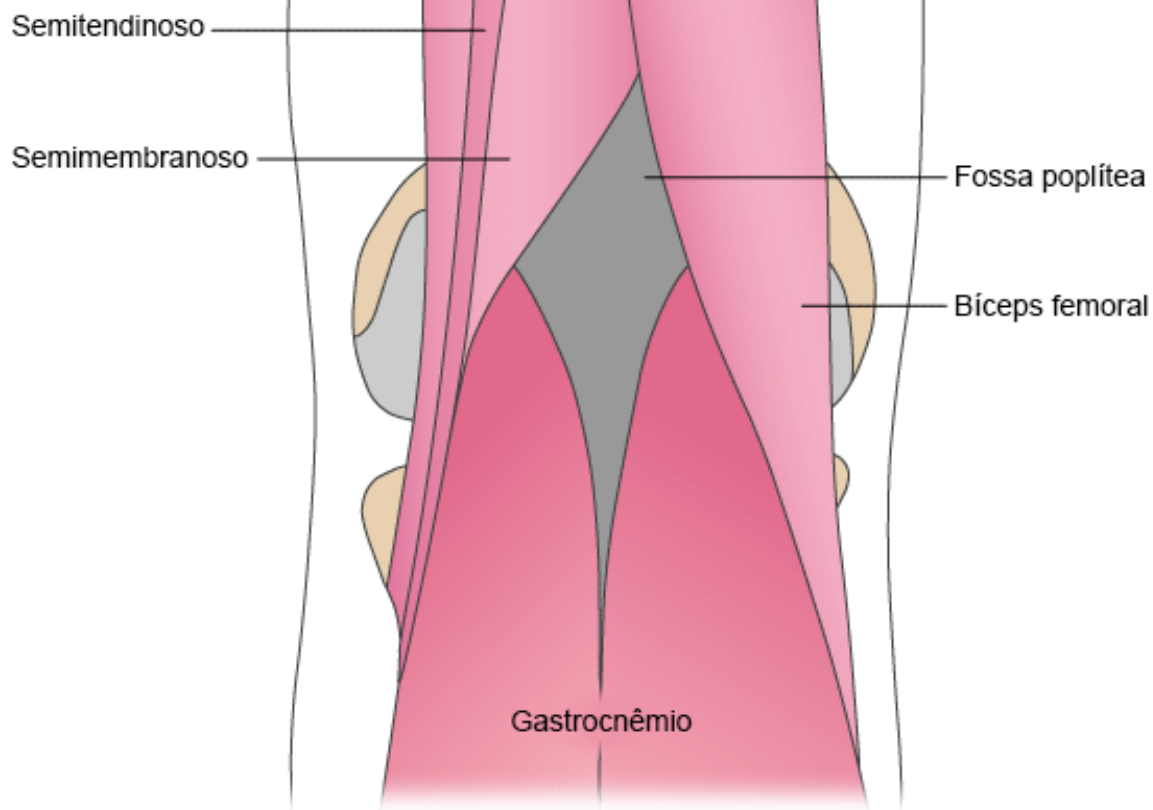
*Figura 3: Um cisto poplíteo hemorrágico rompido estendendo-se na panturrilha*

*Acervo particular do Stony Brook University Medical Center; usado com permissão*



*Figura 4: Ressonância nuclear magnética (RNM) pré-operatória ponderada em T2 mostrando coleção de fluidos posterior em comunicação com a articulação medial posterior em um paciente com um cisto poplíteo secundário à sinovite vilonodular pigmentada*

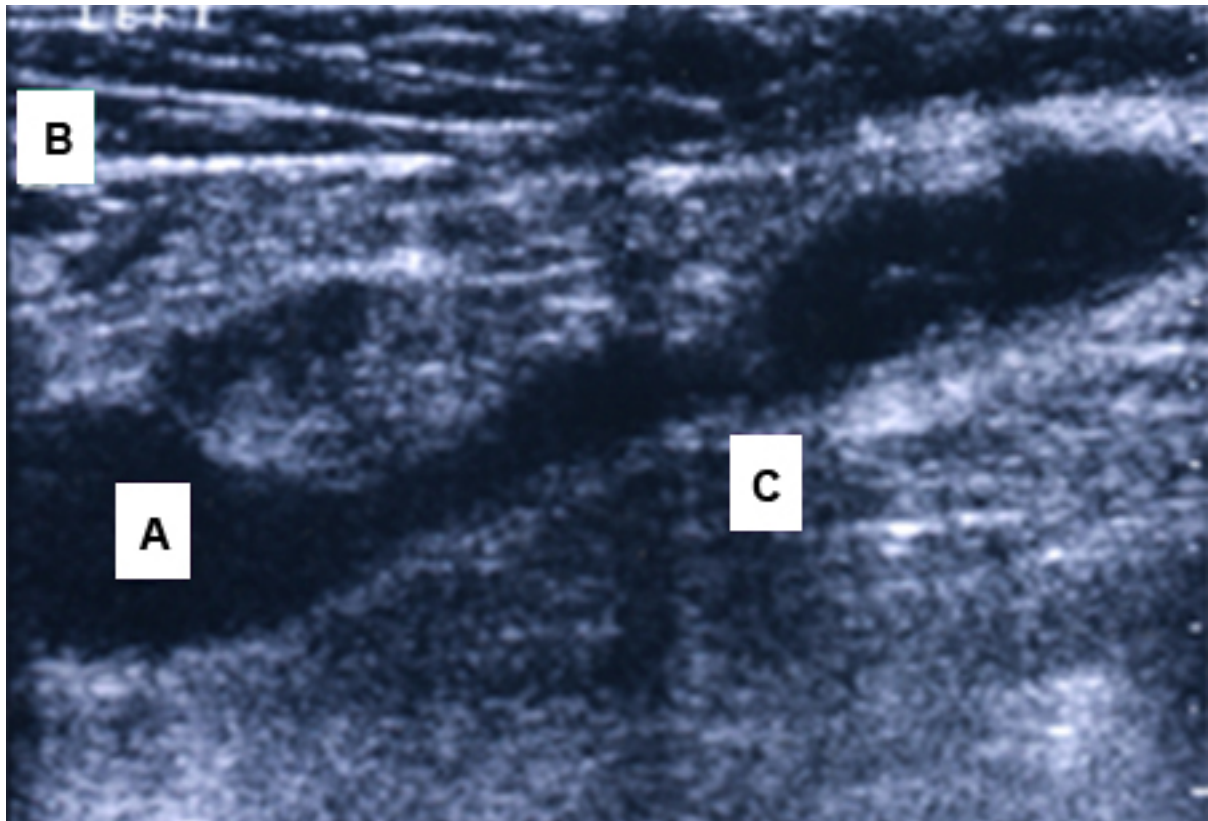
*Adaptado de Tosti R, Kelly JD 4th. A sinovite vilonodular pigmentada apresentando-se como um cisto de Baker. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2011;40:528-531; usado com permissão*



*Figura 5: Músculos ao redor da fossa poplíteia (vista do aspecto posterior do joelho direito)*

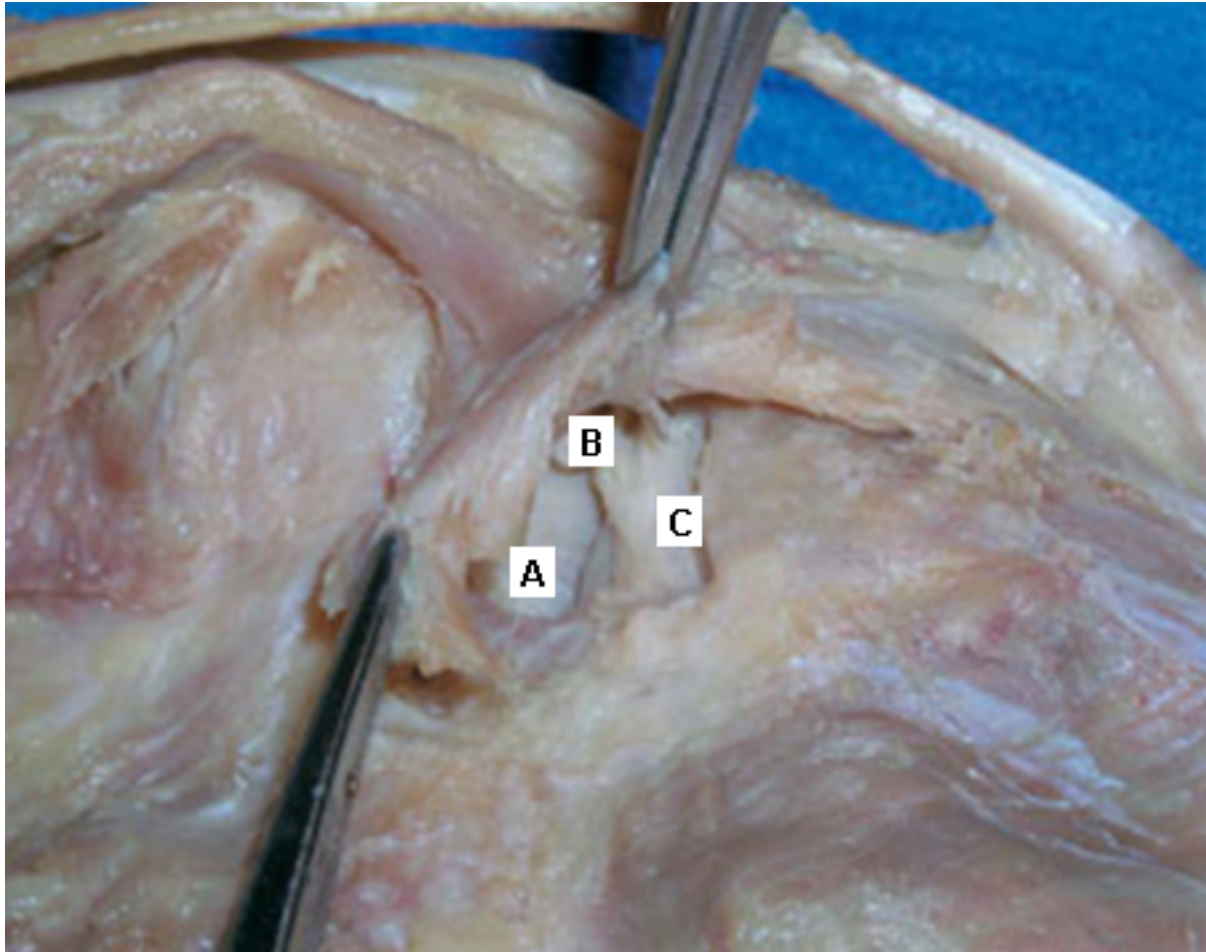
*Adaptado do BMJ Evidence Centre from Gray's Anatomy*





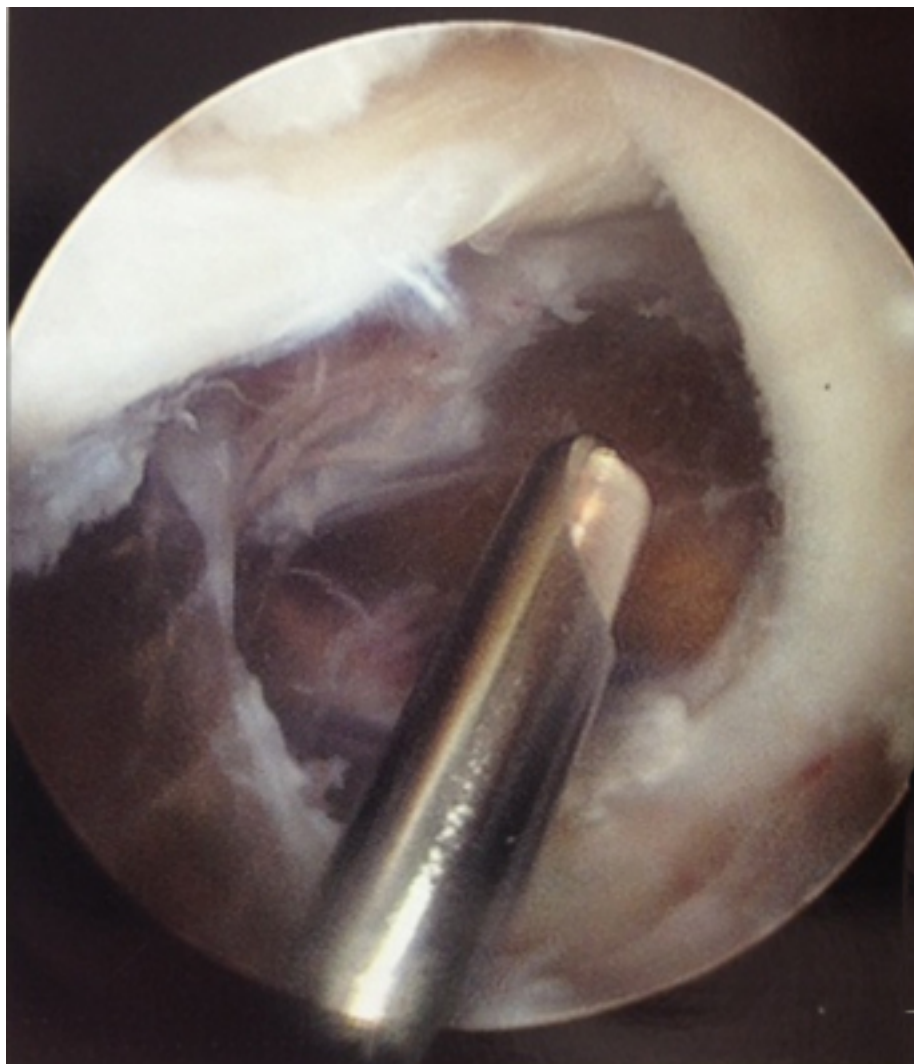
*Figura 6: Cisto poplíteo em sua localização mais comum na fossa poplíteia póstero-medial (A), dissecando através da fâscia profunda (B) e da cabeça medial do músculo gastrocnêmio (C)*

*Adaptado de Labropoulos N, Shifrin DA, Paxinos O. New insights into the development of popliteal cysts. Br J Surg. 2004;91:1313-1318; usado com permissão*



*Figura 7: Dissecção profunda da cápsula póstero-medial. As duas expansões do músculo semimembranoso foram elevadas, expondo a área fraca da cápsula entre o ligamento cruzado posterior (A) e o corno posterior do menisco medial (B) que dá entrada para a articulação do joelho. O côndilo femoral medial também é visível (C)*

*Adaptado de Labropoulos N, Shifrin DA, Paxinos O. New insights into the development of popliteal cysts. Br J Surg. 2004;91:1313-1318; usado com permissão*



*Figura 8: Ressecção artroscópica de um cisto poplíteo*

*Do acervo de Dr. John Kelly IV*



## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 16, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

#### **John Kelly IV, MD**

---

Associate Professor of Clinical Orthopaedic Surgery

Director of Sports Shoulder Service, Orthopaedic Surgery, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA

DIVULGAÇÕES: JK declares that he has no competing interests.

### // Reconhecimentos:

Dr John Kelly IV would like to gratefully acknowledge Dr Antonios P. Gasparis and Dr Nicos Labropoulos, previous contributors to this topic. APG declares that he has no competing interests. NL is the author of multiple references cited in this topic.

### // Colegas revisores:

#### **Brian Sabb, DO**

---

Clinical Lecturer II

Orthopedic Radiologist, Department of Radiology, University of Michigan Medical Center, Ann Arbor, MI

DIVULGAÇÕES: BS declares that he has no competing interests.

#### **Hill Gaston, MA, PhD, BM BCh, FRCP, FMedSci**

---

Professor of Rheumatology

University of Cambridge, Clinical Director, West Anglia CLRN, Cambridge, UK

DIVULGAÇÕES: HG declares that he has no competing interests.

#### **Richard Wakefield, BM, MRCP, MD**

---

Senior Lecturer in Rheumatology

Academic Section of Musculoskeletal Disease, Leeds Institute of Molecular Medicine, Chapel Allerton

Hospital, Leeds, UK

DIVULGAÇÕES: RW declares that he has no competing interests.