

Doença cística da artéria poplítea

Cystic disease of the popliteal artery

Douglas Faria Corrêa Anjo¹, German Marcelo Negrão Gimenez¹, Daniela Belia da Silva¹

Resumo

A doença cística da artéria poplítea é rara, mas é uma causa conhecida de claudicação intermitente. Sua etiologia permanece controversa e a literatura apresenta várias hipóteses para a sua origem. O diagnóstico começa com a história e o exame físico sendo complementado pelo eco-Doppler, pela angiografia digital e pela ressonância nuclear magnética. Apresentamos uma paciente de 69 anos de idade com intensa dor tipo queimação e claudicação intermitente para 50 m, com longo tempo de evolução. Os exames revelaram a presença de um cisto da artéria poplítea, causando oclusão completa da luz. A cirurgia foi realizada com a ressecção do cisto e preferimos não usar a veia safena em enxerto devido ao ótimo resultado observado.

Palavras-chave: artéria poplítea, cistos, claudicação intermitente.

A doença cística da artéria poplítea é uma entidade rara, que não deve ser esquecida no exame de doentes com sintomas de claudicação intermitente. Na grande maioria das vezes, é observada em pacientes jovens, podendo, entretanto, acometer pessoas idosas, como relatado neste caso. A doença se caracteriza pelo desenvolvimento de cistos de conteúdo gelatinoso dentro da adventícia, causando estenose localizada ou oclusão da luz arterial. Sua etiopatogenia permanece desconhecida, apesar da existência de várias teorias, dentre as quais a que afirma que a presença de microtraumas repetidos causa ruptura e subsequente degeneração cística da

Abstract

Cystic disease of the popliteal artery is a rare but well recognized cause of intermittent claudication. The etiology of the disease is still controversial and the literature reports different hypotheses for its origin. Diagnosis starts with history and physical examination; diagnostic studies comprise color duplex scan, digital angiography and magnetic resonance imaging. We report on a 69-year-old female presented with intense burning in her leg and intermittent claudication for 50 m, with a long period of evolution. The tests revealed the presence of a cystic structure in the popliteal artery causing complete occlusion of its lumen. Surgery was performed with cystic resection and we preferred not to excise the affected segment from the popliteal artery.

Key words: popliteal artery, cysts, intermittent claudication.

adventícia. Além dessa, Nishibe¹ menciona outras três condições: uma condição degenerativa sistêmica de origem mixematosa, o envolvimento ganglionar das estruturas vasculares adjacentes e, por último, a mais aceita, a inclusão de células mesenquimatosas, secretoras de mucina, derivadas da articulação adjacente dentro da adventícia da artéria poplítea.

O principal objetivo deste artigo é enfatizar a importância dos métodos não-invasivos no diagnóstico das lesões vasculares dos membros inferiores.

Relato do caso

Paciente com 69 anos, sexo feminino, com queixa de claudicação intermitente para 50 m e intensa dor tipo queimação no membro inferior esquerdo, abaixo do joelho, fez parte deste estudo de caso. A mesma era tabagista e hipertensa. Nos exames laboratoriais de rotina solicitados, não apresentava taxas glicêmicas ou de lipídeos alteradas. No momento, estava em uso de imipramida, omeprazol e pentoxifilina. Ao exame

1. Hospital e Maternidade Jaraguá, Jaraguá do Sul, SC.
Trabalho realizado no Serviço de Angiografia e Cirurgia Vascular de Jaraguá do Sul, SC.

Artigo submetido em 29.12.03, aceito em 28.09.04.

J Vasc Br 2004;3(3):277-80.

Copyright © 2004 by Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular.

físico, a paciente apresentava pulsos presentes, não havendo a presença de tumoração visível ou palpável no cavo poplíteo. Ao eco-Doppler, porém, não constatou-se a presença de edemas ou lesões tróficas. O índice pressórico tornozelo/braquial ficou em torno de 0,5.

Solicitado eco-Doppler (Figura 1), o exame demonstrou artéria femoral comum e femoral superficial pervias, com fluxo laminar de padrão trifásico, mas com espessamento discreto da íntima, além de pontos de calcificação. Observou-se, na artéria poplítea, a presença de lesão cística, localizada anteriormente, com dimensões de 17 mm x 36 mm, exercendo compressão sobre a mesma e redução do fluxo distal nas artérias de perna. Foi solicitada, para complementação do diagnóstico, a realização de angiografia digital, em que observou-se a presença de oclusão segmentar da artéria poplítea (Figura 2), com rica circulação colateral e enchimento das artérias da perna até o arco plantar. Chamava atenção a ausência de lesões ateroscleróticas a montante e a jusante da oclusão e o diminuto filete de contraste na parede da artéria. Optamos por solicitar uma angioressonância nuclear magnética, que comprovou a presença do cisto poplíteo, com compressão da artéria e da veia poplítea, além do nervo (Figura 3).

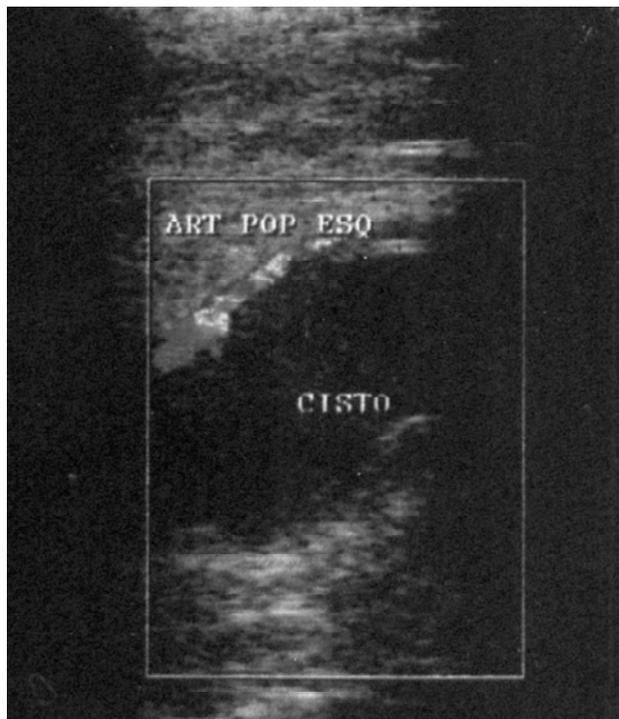


Figura 1 - Eco-Doppler: presença de cisto comprimindo a artéria poplítea.



Figura 2 - Angiografia digital. Oclusão segmentar. Observar circulação colateral e o aspecto normal da artéria, distalmente ao cisto.



Figura 3 - Angioressonância. Observar a precisa localização do cisto.

Foi indicado tratamento cirúrgico, que se deu com a paciente em decúbito ventral, por meio da incisão clássica em baioneta para acesso à artéria poplítea. A artéria foi identificada e foram colocados cadarços na porção proximal e distal. Iniciamos a dissecação do cisto, que se encontrava firmemente aderido à artéria, provocando alteração em sua disposição anatômica natural, o que nos obrigou a incisar o tumor para facilitar sua dissecação.

Após a abertura do cisto e da retirada de grande quantidade de material gelatinoso, foi possível separá-lo da artéria, e o pulso, detectado previamente no momento da dissecação como ausente, revelou-se amplo, além de ter havido um importante aumento de calibre de toda a artéria. Nesse momento, realizamos angiografia trans-operatória, que mostrou o enchimento do segmento antes ocluído e o desaparecimento da circulação colateral (Figura 4). Apesar da presença de falhas de enchimento e o dilema de fazer a interposição com a veia safena ou manter uma opção expectante, resolvemos encerrar o ato cirúrgico e acompanhar o caso clinicamente (Figura 5).

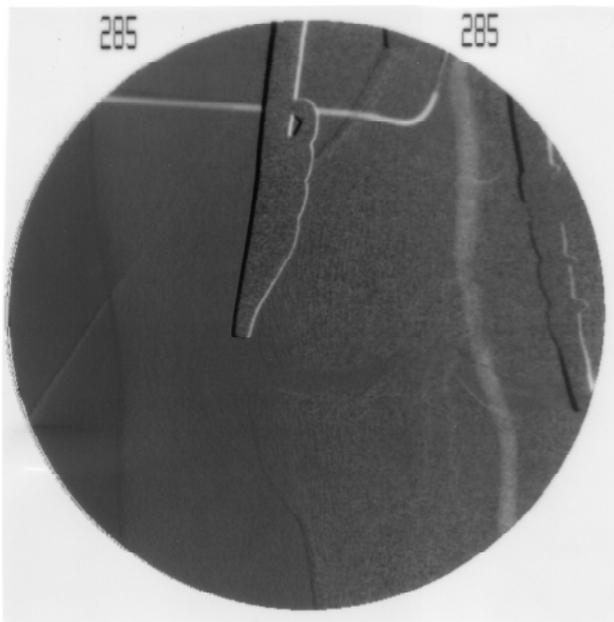


Figura 4 - Angiografia transoperatória. Presença de falhas de enchimento. Desaparecimento da circulação colateral.

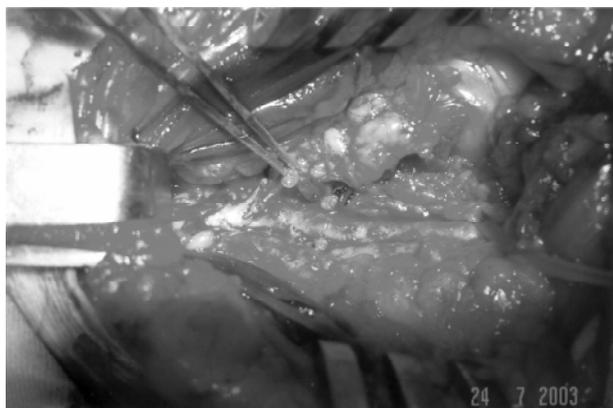


Figura 5 - Aspecto cirúrgico com a artéria livre de compressão. A pinça aponta o local da compressão.

O material retirado foi enviado para estudo anatomopatológico que demonstrou a presença de uma cápsula fibrosa, mas seu conteúdo não pôde ser avaliado, por falta de condições técnicas em nosso laboratório. A paciente recebeu alta no segundo dia de pós-operatório sem queixas e com orientação à deambulação regular, a se abster do tabagismo, e a permanecer sob tratamento medicamentoso a base de anti-agregante plaquetário na dose de 200 mg.

Um novo eco-Doppler, realizado dez dias após a cirurgia, mostrava a artéria e veia poplíteas pervias e sem a presença de trombos em seu interior. O acompanhamento de 1 ano mostrou ausência de sintomas.

Discussão

A doença cística poplítea é uma entidade pouco comum. Em geral não se encontram grandes séries de casos na literatura, seja ela nacional ou internacional. Em nosso meio, Luz et al.² publicaram, em 1990, uma série de cinco casos. Relatos como os de Rollo et al.³ confirmam a raridade desta afecção. Abelleira et al.⁴, da Argentina, em revisão de 579 casos operados por patologias que envolviam a artéria poplítea, encontrou dois casos de doença cística. Seguindo a mesma tendência, Rispoli et al.⁵, em 2003, publicou um caso com revisão de literatura.

No presente caso, a queixa principal da paciente não era a claudicação intermitente, apesar da limitação à marcha para 50 m, mas o intenso queimor que a impedia de dormir, principalmente ao flexionar o joelho. A paciente apresentava esse sintoma há muitos anos, sendo sempre diagnosticado como "reumatis-

mo”, o que nos leva a crer em evolução bastante lenta.

No ato cirúrgico, fizemos questão de abordar o cisto, pois achávamos que a pura execução de uma ponte, por via medial, não resolveria o problema como um todo, pois não retiraria a compressão sobre a veia e o nervo. Chama a atenção o fato de que toda árvore arterial a montante e jusante do local acometido estava isenta de processos hemodinamicamente significativos, apesar da idade da paciente. Tal fato se faz de grande importância, já que a existência de outras áreas de estenoses poderia não só mascarar o quadro, mas deixar passar despercebido o cisto da artéria poplítea, o que poderia resultar em um tratamento inadequado para o caso.

Quanto ao diagnóstico, além da história clínica e exame físico detalhado, a seqüência utilizada por nós, iniciando-se com o ultra-som Doppler, parece ser a melhor para a confirmação diagnosticada da doença cística. Esta afirmação é confirmada pelo trabalho de Elias *et al.*⁶, que apresenta um caso semelhante a este, inclusive com arteriografia e angioressonância praticamente iguais. Em particular, este exame é capaz de fornecer detalhes sobre a morfologia da parede arterial, sobre seu conteúdo e aspectos das estruturas musculoesqueléticas adjacentes, e sobre o estado circulatório geral. O exame se mostrou de grande importância neste caso, já que afastou a presença de lesões ateroscleróticas. O eco-Doppler, por sua vez, ao ser capaz de fornecer um diagnóstico correto de maneira não-invasiva, e de estar amplamente difundido em nosso meio a custos menores do que os outros exames propedêuticos disponíveis, é atualmente o método de escolha para iniciar uma investigação diagnóstica.

O tratamento desta doença é eminentemente cirúrgico. Em grande número de publicações, o tratamento consistiu na ressecção do segmento lesado e na sua substituição, preferencialmente por enxerto venoso, porém, o tratamento cirúrgico pôde ser realizado sem ressecção arterial. Neste caso, como observamos o reaparecimento de pulsos, com ótima amplitude, optamos apenas pela ressecção do cisto. Esta foi a conduta compartilhada por Ishikawa⁷, ao descrever 80 casos em 1987, e citada por Castiglia⁸.

Em outros casos, apenas a aspiração do cisto foi eficiente. Não há, até o momento, relatos de tratamento desta afecção por via endovascular.

O principal objetivo ao apresentar este caso foi o de chamar a atenção para esta doença ao examinarmos uma paciente com claudicação intermitente e também para a importância do exame eco-Doppler. Apesar da literatura mencionar uma maior incidência em adultos jovens, um cisto de evolução lenta poderá vir a apresentar sintomatologia apenas numa idade mais avançada, dificultando o diagnóstico e seu tratamento adequado.

Referências

1. Nishibe M, Nishibe T, Yamashita T, Kato H, Kudo F, Yasuda K. Cystic adventitial disease of popliteal artery: etiologic considerations. *J. Cardiovasc Surg (Torino)* 2002;43(4):573-4.
2. Luz N, Vieira G, Bertencini R, Ceola, L. Cistos poplíteos e angiopatias. *ACM Arq Catarin Med.* 1990;19:273-6.
3. Rollo HA, Gama JC, Lastoria S, Yoshida W, Maffei FH. Cisto de adventícia em artéria poplítea. Relato de dois casos. *AMB (Associação Médica Brasileira)* 1982;289:79-81.
4. Abelleira J, Grandjean M, Letrenta S, Chikiar D. Patologia de la artéria poplítea. *Rev Argent Cri* 2001;80(5):171-9.
5. Rispoli P, Moniaci D, Zan S, et al. Cystic adventitial disease of popliteal artery. Report of one case and review of the literature. *J Cardiovasc Surg (Torino)*. 2003;44(2):225-8.
6. Elias DA, White LM, Rubenstein JD, Chritakis M, Merchant N. Clinical evaluation and Mr imaging of popliteal artery entrapment and cystic adventitial disease. *AJR Am Roentgenol* 2003;180(3):627-32.
7. Ishikawa K. Cystic adventitial disease of the popliteal artery and other stem vessels in the extremities. *Jpn J Surgery* 1987;17:221.
8. Castiglia V. Doença cística das artérias. In: Maffei FHA. *Doenças Vasculares Periféricas*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1995. p.691-700.

Correspondência:

Douglas Faria Corrêa Anjo
Rua Guilherme Cristiano Wackerhagen, 405, Vila Nova
CEP 89259-300 - Jaraguá do Sul, SC