



RELATO DE CASO

METAPLASIA LIPOMATOSA EM PACIENTE COM
ESPONDILITE ANQUILOSANTE: RELATO DE CASOLIPOMATOUS METAPLASIA IN A PATIENT WITH
ANKYLOSING SPONDYLITIS: CASE REPORT

Bruno Abdo Santana de Araújo, Fábio de Assunção e Silva, Maria Eduarda Ferreira de Moraes, Luisa Mesquita Moraes, Rafael Vieira Rocha, Lúcio Gusmão Rocha, Fabiano Inácio de Souza, Frederico Barra de Moraes.

Resumo

Relatamos o caso de um homem de 45 anos, com diagnóstico de espondilite anquilosante, que iniciou um quadro at-
raumático de derrame articular de repetição e bloqueio da articular do joelho esquerdo. Foi submetido a várias punções
e infiltrações, sendo que na ressonância magnética foi evidenciado uma metaplasia lipomatosa sinovial. Foi indicada
cirurgia para resolução do quadro articular.

Descritores: Metaplasia lipomatosa; lipoma arborescente; sinovite crônica; espondilite anquilosante.

Abstract

We report the case of a 45-year-old man, diagnosed with ankylosing spondylitis, who developed an atraumatic episode
of repeated joint effusion and blockage of the left knee joint. He was subjected to several punctures and infiltrations,
and the MRI revealed synovial lipomatous metaplasia. Surgery was recommended to resolve the joint condition.

Keywords: Lipomatous metaplasia; arborescent lipoma; chronic synovitis; ankylosing spondylitis.

O lipoma é a neoplasia benigna mais comum de tecidos mo-
les no ser humano. Sua classificação depende da sua localiza-
ção, onde o subcutâneo é o local mais comum, e sua ocorrência
intra-articular é muito rara.¹ Das manifestações intra-articula-
res, o joelho é a mais afetada.^{1,2} O principal diagnóstico diferen-
cial é o lipoma arborescente (LA), que macroscopicamente tem
uma aparência mais frondosa, enquanto o lipoma sinovial (LS)
é mais oval ou arredondado.³

Alguns autores têm sugerido que o LA possa ser um pro-
cesso reativo a alguma doença articular degenerativa, como
artrite reumatóide, diabetes melitus e artrite psoriática,⁴⁻⁷ mas
nenhum caso relato na literatura o paciente tinha como comor-
bidade espondilite anquilosante (EA). Quanto ao LS, ainda não
há uma associação tão forte com doenças inflamatórias.

O objetivo desse trabalho é de relatar um caso de um ho-
mem de 45 anos, com diagnóstico de EA que iniciou um quadro

metaplasia lipomatosa em joelho esquerdo, discutindo o diag-
nóstico e tratamento dessa doença rara.

RELATO DE CASO

Paciente de 45 anos, sexo masculino, referindo dor muito
forte em joelho esquerdo (escala visual analógica - EVA 8), sem
traumas associados. Como comorbidades, paciente tem diag-
nóstico de espondilite anquilosante há 10 anos, em tratamento
com 7 anos de anti-TNF alfa (adalimumabe) e 3 anos de anti-in-
terleucina 17A (secuquinumabe), além de alopurinol 100 mg ao
dia e colchicina 0,5 mg ao dia. Possui também hipertensão arte-
rial sistêmica, em uso de candesartana de 16mg e hidroclorotia-
zida de 12,5 mg ao dia; hiperglicemia em uso de metformina 500
mg duas vezes ao dia; e obesidade grau I.

Ao exame físico, apresentava derrame articular volumoso,
com sinal da tecla positivo e limitação na flexo-extensão ativa

e passiva. Não havia sinais infecciosos ou lesões de pele. Foi realizada uma punção articular com anestesia local após antissepsia e assepsia da região, com saída de 120 ml de líquido amarelo-citrino, sem pus e sem grumos (figura 1). Foi injetado triancinolona hexacetona 20 mg intra-articular, com melhora dos sintomas por 30 dias. O material aspirado foi enviado para cultura, que veio negativa; e análise bioquímica para pesquisa de cristais, também negativas.



Figura 1. Punção articular do joelho esquerdo com saída de líquido amarelo-citrino, em grande volume, sem pus ou grumos.

Após 30 dias do procedimento, houve recidiva do derrame articular, sendo necessário uma nova artrocentese, com saída de 90 ml de líquido sinovial. Novamente, realizado infiltração com 20 mg de triancinolona hexacetona 20 mg intra-articular, com melhora por mais 30 dias. Mais uma vez, após cerca de 30 dias, houve novo derrame articular, sendo feito nova punção articular, com saída de 60 ml de líquido sinovial.

Devido ao derrame articular de repetição, foi solicitado exame de ressonância magnética com contraste para melhor investigação do quadro, cujo diagnóstico evidenciou metaplasia lipomatosa sinovial no joelho (figura 2). No momento, paciente encontra com sintomas álgicos controlados e sem novo derrame articular, mas o procedimento cirúrgico para tratamento definitivo foi indicado.

DISCUSSÃO

O lipoma sinovial (LS) é de ocorrência muito rara,¹ e ainda não há uma epidemiologia bem reportada na literatura, nem uma etiologia bem estabelecida.⁷

A principal localização é no joelho.^{1,2} De 24 casos reportados na literatura, 19 eram lipomas intra-articulares no joelho.⁸ Em outra série, de 21 casos no total, 18 eram no joelho.⁹ Jaffe¹⁰ sugeriu que os lipomas provavelmente se formam da gordura subsinovial, tanto no lado do ligamento patelar, quanto na região anterior ao fêmur.

Clinicamente, o LS pode apresentar-se assintomático, mas a depender de seu tamanho, poderá causar efeito de massa, o que

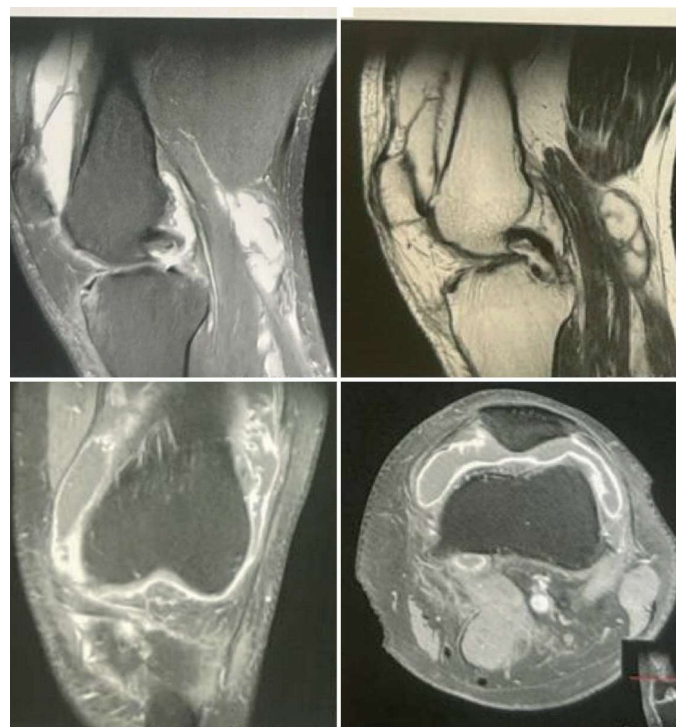


Figura 2. Ressonância magnética do joelho esquerdo cortes sagital em T1 e T2, coronal em T2 e axial em T2, evidenciando a metaplasia lipomatosa da membrana sinovial em joelho esquerdo.

leva a dor e limitação da amplitude de movimento ou bloqueio articular. Podem também causar sintomas inflamatórios articulares, geralmente causados após algum trauma.^{2,3}

Radiologicamente, as radiografias são bem limitadas, principalmente para lipomas intra-articulares pequenos,² mas podem ser vistas como uma massa intra-articular com densidade de gordura.⁹ A ultrassonografia (US) evidencia uma massa hipoeicoica, mas o principal exame de imagem é a RM, na qual espera-se encontrar uma imagem ovalada, com sinal hiperintenso tanto nas sequências em T1, quanto em T2,^{2,8,11} que podem ser suprimidas nas sequências saturadas para gordura (STIR), o que pode fornecer mais detalhes.¹²

Macroscopicamente, o LS usualmente aparece como uma massa tipo pólip, pequena, amarelada, arredondada ou ovalada,¹ enquanto microscopicamente, se apresenta como um tecido adiposo maduro, que pode ter um septo fibroso, envolto por uma cápsula fibrosa, que por sua vez tem é coberta por uma camada de tecido sinovial.^{3,7}

O principal diagnóstico diferencial é o lipoma arborescente (LA), que é muito mais frequente que o LS, mais sintomático e que, macroscopicamente, tem uma aparência mais frondosa.⁷ Também deve ser considerado o diagnóstico de Doença de Hoffa⁶, que seria uma hipertrofia da gordura infrapatelar secundário a uma hemorragia traumática levando a uma fibrose. A principal diferença seria um sinal hipointenso nas sequências de T1 e T2 na RM.

Com relação ao tratamento, a literatura indicada a excisão cirúrgica, habitualmente feita por via artroscópica, como tratamento definitivo.⁹



REFERÊNCIAS

1. Hirano K, Deguchi M, Kanamono T. Intra-articular synovial lipoma of the knee joint (located in the lateral recess): a case report and review of the literature. *Knee*. 2007 Jan;14(1):63-7. doi: 10.1016/j.knee.2006.10.008. Epub 2006 Nov 28. PMID: 17127064.
2. Shafqat A, Shafqat S, Ahmed TM, Arabi TZ, Sabbah BN, Khan JA, Alfehaid WK, Islam SS. A Rare Presentation of a True Intra-articular Lipoma: A Case Report and Review of Imaging Findings. *Cureus*. 2022 May 18;14(5):e25094. doi: 10.7759/cureus.25094. PMID: 35733477; PMCID: PMC9204292.
3. Yeomans NP, Robertson A, Calder SJ. Torsion of an intra-articular lipoma as a cause of pseudo locking of the knee. *Arthroscopy*. 2003 Mar;19(3):E27. doi: 10.1053/jars.2003.50078. PMID: 12627144.
4. Armstrong SJ, Watt I. Lipoma arborescens of the knee. *Br J Radiol*. 1989 Feb;62(734):178-80. doi: 10.1259/0007-1285-62-734-178. PMID: 2924101.
5. Kloen, P., *et al*. "Lipoma arborescens of the knee." *The Journal of Bone & Joint Surgery British Volume*, vol. 80-B, no. 2, 1998, pp. 298-301., <https://doi.org/10.1302/0301-620X.80B2.0800298>
6. Marui T, Yamamoto T, Kimura T, Akisue T, Nagira K, Nakatani T, Hitora T, Kurosaka M. A true intra-articular lipoma of the knee in a girl. *Arthroscopy*. 2002 May-Jun;18(5):E24. doi: 10.1053/jars.2002.29935. PMID: 12632038.
7. Bernstein AD, Jazrawi LM, Rose DJ. Arthroscopic treatment of an intra-articular lipoma of the knee joint. *Arthroscopy*. 2001 May;17(5):539-41. doi: 10.1053/jars.2001.22414. PMID: 11337725.
8. Kheok SW, Ong KO. Benign periarticular, bone and joint lipomatous lesions. *Singapore Med J*. 2017 Sep;58(9):521-527. doi: 10.11622/smedj.2017087. PMID: 28948289; PMCID: PMC5605823.
9. Poorteman L, Declercq H, Natens P, Wetzels K, Vanhoenacker F. Intra-articular synovial lipoma of the knee joint. *BJR Case Rep*. 2015 May 26;1(2):20150061. doi: 10.1259/bjrcr.20150061. PMID: 30363189; PMCID: PMC6159132.
10. Jaffe, Henry Lewis. *Tumors and Tumorous Conditions of the Bones and Joints*, By Henry L. Jaffe. 1958.
11. Dalla Rosa J, Nogales Zafra JJ. Large intra-articular true lipoma of the knee. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019 Mar 18;20(1):110. doi: 10.1186/s12891-019-2484-5. PMID: 30885187; PMCID: PMC6421673.
12. Karmali S, Costa DS, Silva RC, Lacerda J. Tumor lipomatoso intra-articular do joelho: Dois casos similares mas diferentes. *Rev Bras Ortop*. 2021;56(5):675-9.