

RESOLUÇÃO ESPONTÂNEA DE LESÃO EM ALÇA DE BALDE DO MENISCO MEDIAL: RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA*

Evandro Miguelote Vianna¹, André Custódio de Mattos¹, Romeu Côrtes Domingues², Edson Marchiori³

Resumo Neste trabalho é relatado um caso de lesão do menisco medial do tipo em alça de balde, que se resolveu espontaneamente. O paciente torceu o joelho esquerdo durante jogo de futebol, evoluindo com dor e bloqueio articular. A ressonância magnética realizada após o trauma demonstrou uma lesão em alça de balde do menisco medial, com fragmento deslocado na incisura intercondilar. Após tratamento clínico, o exame de controle demonstrou que havia ocorrido resolução espontânea da referida lesão.

Unitermos: Ressonância magnética; Lesão em alça de balde; Lesão meniscal; Joelho.

Abstract *Spontaneous healing of bucket-handle tear of the medial meniscus: a case report and review of the literature.*

We report a case of spontaneous healing of bucket-handle tear of the medial meniscus in a 32-year-old man. The patient twisted his left knee during a soccer game. At clinical examination, there was pain at mobilization and lock of extension at 45°. Magnetic resonance imaging showed a bucket-handle tear of medial meniscus and a detached fragment in the intercondylar notch. After conservative treatment there was spontaneous healing of the injury, seen on magnetic resonance imaging.

Key words: Magnetic resonance imaging; Bucket-handle tear; Meniscal tear; Knee.

INTRODUÇÃO

As lesões meniscais podem ocorrer isoladas ou em associação com lesões ósseas ou ligamentares⁽¹⁻¹⁰⁾. Uma das lesões meniscais menos frequentes é a lesão em alça de balde, que consiste em uma lesão vertical ou oblíqua com extensão longitudinal e deslocamento medial do fragmento, normalmente da parte central do menisco⁽¹⁾, cuja incidência varia de 9% a 24% dos casos⁽²⁻⁴⁾.

A lesão em alça de balde tem grande importância clínica, uma vez que o deslocamento de um fragmento do menisco pode provocar bloqueio articular, exigindo tratamento cirúrgico⁽¹⁻⁸⁾. Na literatura, encon-

tramos apenas uma descrição de lesão em alça de balde com resolução espontânea⁽⁹⁾. Neste trabalho é descrito o caso de um paciente que apresentou lesão em alça de balde do menisco medial no exame de ressonância magnética (RM). Após tratamento clínico, o exame de controle demonstrou que havia ocorrido resolução espontânea da lesão, sem intervenção cirúrgica.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 32 anos de idade, queixando-se que torceu o joelho esquerdo durante jogo de futebol, sem trauma direto. Evoluiu com dor e edema imediatamente após o trauma. Ao exame clínico, o paciente apresentava dor medial à mobilização, bloqueio em extensão a 45° e sinal da gaveta negativo.

No exame radiológico não havia alteração significativa. Realizada RM, dois dias após o trauma, que demonstrou lesão em alça de balde no menisco medial, com fragmento deslocado na incisura intercondilar (Figuras 1A, 1C e 1E). Não havia lesões ligamentares associadas.

Após esses achados, foi indicado tratamento cirúrgico, que o paciente se recusou

a fazer. Foi iniciado tratamento clínico e medicamentoso, à base de repouso e anti-inflamatórios. Apesar da prescrição médica, não foi realizada fisioterapia. Após um mês, iniciou-se regressão progressiva do bloqueio articular, permanecendo com leve dor na face medial do joelho.

Com seis meses de evolução houve importante melhora clínica, sendo realizada nova RM, que demonstrou apenas uma pequena irregularidade no corno posterior do menisco medial, sem fragmento deslocado (Figuras 1B, 1D e 1F).

DISCUSSÃO

A lesão em alça de balde é uma lesão vertical ou oblíqua, com extensão longitudinal e deslocamento medial do fragmento meniscal, acometendo mais frequentemente o menisco medial, recebendo esta denominação porque o fragmento central separado assemelha-se à alça de um balde, e a porção periférica remanescente do menisco corresponderia ao balde⁽¹⁾.

Estas lesões frequentemente ocorrem em pacientes jovens, secundárias a traumatismo, e apresentam na RM alterações características. Os achados principais são:

* Trabalho realizado na Clínica de Diagnóstico por Imagem – CDPI, Rio de Janeiro, RJ.

1. Médicos Radiologistas do Setor de Ressonância Magnética da Clínica de Diagnóstico por Imagem – CDPI.

2. Médico Radiologista do Setor de Ressonância Magnética, Diretor Médico da Clínica de Diagnóstico por Imagem – CDPI.

3. Professor Titular de Radiologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), Coordenador Adjunto do Curso de Pós-Graduação em Radiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Endereço para correspondência: Prof. Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso. Petrópolis, RJ, 25685-120. E-mail: edmarchiori@bol.com.br

Recebido para publicação em 27/5/2003. Aceito, após revisão, em 3/7/2003.



Figura 1. Imagens comparativas em densidade protônica com saturação de gordura no plano coronal, de posterior para anterior. **A, C e E:** Lesão em alça de balde. Exame realizado dois dias após o trauma (TE 15/TR 2.500). As imagens demonstram lesão do corno posterior do menisco medial, com deslocamento de fragmento para a incisura intercondilar (setas). **B, D e F:** Exame realizado seis meses após o trauma (TE 26/TR 2.200). As imagens demonstram menisco de volume normal, apresentando pequena irregularidade no corno posterior (cabeça de seta em **B**), sugerindo resolução espontânea.

fragmento deslocado na incisura intercondilar, sinal do duplo cruzado posterior, sinal do duplo corno anterior, e ausência da configuração em gravata-borboleta do corpo do menisco⁽¹⁻⁶⁾.

As lesões em alça de balde correspondem de 9% a 24% de todas as lesões me-

nisciais⁽²⁻⁴⁾. A identificação de fragmento meniscal deslocado é muito importante, pois esta condição necessita de tratamento cirúrgico, podendo ser realizado por via artroscópica ou convencional⁽¹⁻⁸⁾. Frequentemente as lesões em alça de balde estão associadas às lesões do ligamento cruzado

anterior, com incidências relatadas de 10% a 60%^(4,5,9,10).

Os pacientes podem apresentar bloqueio articular agudo ou intermitente. As lesões meniscais são a maior causa de bloqueio do joelho na prática clínica, especialmente as lesões em alça de balde. O

diagnóstico diferencial inclui, entre outras condições, ruptura dos ligamentos cruzados, cistos nos ligamentos cruzados, corpos livres intra-articulares (osteocodrite dissecante, lesão osteocondral aguda, osteocodromatose sinovial, lesões penetrantes), sinovite nodular pigmentada e plicas⁽⁷⁾.

As lesões em alça de balde do menisco medial são de três a seis vezes mais frequentes que as semelhantes no menisco lateral^(1,4,5,8). Uma lesão em alça de balde efetivamente reduz a largura do menisco, e as imagens sagitais periféricas não demonstram a configuração em gravata-borboleta normal do corpo do menisco^(2,3,5). O encurtamento do corno posterior do menisco medial sem história de meniscectomia prévia pode estar associado a lesão em alça de balde⁽¹⁾. Um fragmento do menisco deslocado quase sempre pode ser identificado na incisura intercondilar, entre o ligamento cruzado posterior e o platô tibial, em imagens coronais^(1,8). O fragmento deslocado se apresenta nas imagens sagitais como uma faixa de hipossinal paralela e anterior ao ligamento cruzado posterior, caracterizando o sinal do duplo cruzado posterior^(1,6). Pode, ainda, ser observado deslocamento do corno posterior, estando este posicionado anterior ou acima do corno anterior, caracterizando o sinal do duplo corno anterior^(4,5).

O menisco lateral também pode ser local de lesão em alça de balde. No entanto, aqui não se observa o sinal do duplo cruzado posterior nos pacientes com o ligamento cruzado anterior íntegro, o qual im-

pede o deslocamento do fragmento meniscal⁽²⁻⁴⁾. O sinal do duplo corno anterior é mais frequentemente encontrado neste menisco^(4,5).

Brammer *et al.*⁽¹⁰⁾ demonstraram um caso de lesão em alça de balde em ambos os meniscos, associada a lesão do ligamento cruzado anterior, estimando que este tipo de lesão meniscal ocorre em menos de 0,05% dos casos.

A sensibilidade da RM para o diagnóstico de lesões em alça de balde, observando um ou mais dos quatro sinais descritos, é de até 97%, comparável à artroscopia. A sensibilidade varia de 27% a 44% para o sinal do duplo cruzado posterior, de 33% a 40% para o sinal do duplo corno anterior, de 60% a 94% para o fragmento deslocado para a incisura intercondilar, e de 71% a 97% para a ausência da configuração em gravata-borboleta. Em geral, estes sinais demonstram uma especificidade bem superior à sensibilidade relatada⁽²⁻⁵⁾.

Alguns autores acreditam que as lesões em alça de balde não visualizadas nos exames por RM e identificadas nas artroscopias ocorrem devido ao pequeno tamanho do fragmento meniscal deslocado. Porém, na maioria destes casos, verifica-se lesão do menisco no exame de RM^(4,5).

McAllister e Motamedi⁽⁹⁾ descreveram um caso de cura espontânea de lesão em alça de balde do menisco lateral. Sugeriram que isto ocorreu porque a lesão era próxima da zona meniscal periférica, o que provavelmente possibilitou a cicatrização espontânea do menisco, devido à maior vascularização desta área.

No caso do nosso paciente, a lesão em alça de balde ocorreu no menisco medial. Como no exame de RM de controle não foi visualizado o fragmento meniscal, estando este menisco de volume normal em relação ao exame anterior, e apresentando apenas pequeno sinal irregular no corno posterior, concluímos que tenha ocorrido resolução espontânea da lesão.

REFERÊNCIAS

1. Singson RD, Feldman F, Staron R, Kierman H. MR imaging of displaced bucket-handle tear of the medial meniscus. *AJR* 1991;156:121-4.
2. Watt AJ, Halliday T, Raby N. The value of the absent bow tie sign in MRI of bucket-handle tears. *Clin Radiol* 2000;55:622-6.
3. Helms CA, Laorr A, Cannon WD Jr. The absent bow tie sign in bucket-handle tears of the menisci in the knee. *AJR* 1998;170:57-61.
4. Wright DH, De Smet AA, Noris M. Bucket-handle tears of the medial and lateral menisci of the knee: value of MR imaging in detecting displaced fragments. *AJR* 1995;165:621-5.
5. Magee TH, Hinson GW. MRI of meniscal bucket-handle tears. *Skeletal Radiol* 1998;27:495-9.
6. Weiss KL, Morehouse HT, Levy IM. Sagittal MR images of the knee: a low-signal band parallel to the posterior cruciate ligament caused by a displaced bucket-handle tear. *AJR* 1991;156:117-9.
7. Elliott JM, Tirman PFJ, Grainger AJ, Brown DH, Campbell RSD, Genant HK. MR appearances of the locked knee. *Br J Radiol* 2000;73:1120-6.
8. Filosto L, Lo Castro A, Sparacia G, Grinsanti M, Iovane A, Cardinale AE. Bucket-handle meniscal tears of the knee. Magnetic resonance findings. *Radiol Med* 1994;88:8-12.
9. McAllister DR, Motamedi AR. Spontaneous healing of a bucket-handle lateral meniscal tear in an anterior cruciate ligament-deficient knee. A case report. *Am J Sports Med* 2001;29:660-2.
10. Brammer H, Sover E, Erickson S, Stone J. Simultaneous identification of medial and lateral bucket-handle tears: the Jack and Jill lesion. *AJR* 1999;173:860-1.