

# A síndrome anserina

Milton Helfenstein Jr<sup>1</sup> e Jorge Kuromoto<sup>2</sup>

## RESUMO

Dor no joelho é uma condição comum na clínica diária e a patologia anserina, também conhecida como pata de ganso, tem sido considerada uma das principais causas. O diagnóstico tem sido realizado de maneira eminentemente clínica, o que tem gerado equívocos. Os pacientes queixam-se tipicamente de dor na parte medial do joelho, com sensibilidade na porção inferomedial. Estudos de imagem têm sido realizados para esclarecer se tais pacientes possuem bursite, tendinite ou ambos os distúrbios na região conhecida como pata de ganso. Entretanto, o defeito estrutural responsável pelos sintomas permanece desconhecido, motivo pelo qual preferimos intitular como “Síndrome Anserina”. O *diabetes mellitus* é um fator predisponente bem reconhecido. O sobrepeso e a osteoartrite de joelho parecem ser fatores adicionais de risco, contudo, seus papéis na gênese da moléstia ainda não são bem entendidos. O tratamento atual inclui anti-inflamatório, fisioterapia e infiltração de corticoide, com evolução muito variável, que oscila entre 10 dias e 36 meses. A falta de conhecimento sobre a etiofisiopatologia e dados epidemiológicos exige futuros estudos para esse frequente e intrigante distúrbio.

**Palavras-chave:** bursite anserina, tendinite da pata de ganso, síndrome da bursite/tendinite anserina, pata de ganso.

## INTRODUÇÃO

A inserção combinada dos tendões dos músculos sartório, grácil e semitendinoso, a cerca de 5 cm distalmente da porção medial da articulação do joelho, forma uma estrutura que se assemelha à membrana natatória do ganso, razão pela qual os anatomistas a denominaram de “pata de ganso”, ou, do latim, *pes anserinus*. São músculos primariamente flexores do joelho e têm uma influência secundária na rotação interna da tibia, protegendo o joelho contra rotação e também contra um estresse valgo.<sup>1</sup> A bursa anserina, também chamada de bursa intertendinosa, é uma das 13 bursas ao redor do joelho e está localizada logo abaixo do *pes anserinus* (Figuras 1 e 2). Ela geralmente não se comunica com a articulação do joelho.

A primeira descrição de alteração nessa região anatômica na literatura foi feita em 1937, quando Moschowitz apontou sintomas dolorosos em joelhos quase exclusivamente em mulheres que se queixavam ao descer ou subir escadas, ao levantar de cadeiras ou que referiam dificuldades em flexionar os joelhos.<sup>2</sup>

A distinção entre bursite e tendinite anserina é clinicamente difícil, devido à proximidade dos tecidos; no entanto, não é significativa porque o tratamento é o mesmo para ambas as condições.

A síndrome tem sido evidenciada em atletas corredores de longa distância.<sup>3</sup> O *diabetes mellitus* (DM) tem sido identificado em uma substancial proporção desses pacientes.<sup>4</sup> Casos considerados como bursite crônica foram documentados em artrite reumatoide e em osteoartrite.<sup>5,6</sup>

A etiologia também inclui trauma, retração da musculatura posterior da coxa, exostose óssea, irritação de plica suprapatelar, lesão do menisco medial, pé plano, *genu valgum*, infecção e reação a corpo estranho.<sup>7</sup>

Apesar de a maioria dos autores intitularem o distúrbio como “bursite anserina”, a estrutura responsável pelo desarranjo não é identificada na maior parte dos casos. Estudos mais recentes colocaram em dúvida a validade anatômica da doença anserina como uma condição inflamatória da bursa e/ou do tendão.<sup>8</sup> Ainda pouco é sabido sobre a patologia do distúrbio. Nenhum estudo prospectivo foi realizado para determinar se tais pacientes realmente sofrem de tendinite ou bursite.

O diagnóstico até o momento tem sido baseado nos sintomas, que são marcados por dor na face medial do joelho ao subir e descer escadas, sensibilidade à palpação (digitopressão) na área de inserção e, ocasionalmente, inchaço local.<sup>9</sup> Pode

Recebido em 22/06/2009. Aprovado, após revisão, em 20/04/2010. Declaramos a inexistência de conflitos de interesse.

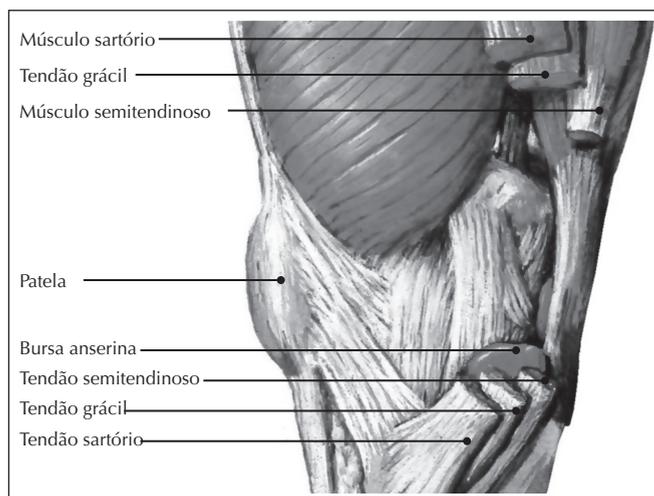
Disciplina de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP

1. Assistente-doutor da Disciplina de Reumatologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP

2. Médico-reumatologista; Médico-Perito do INSS – Paraná

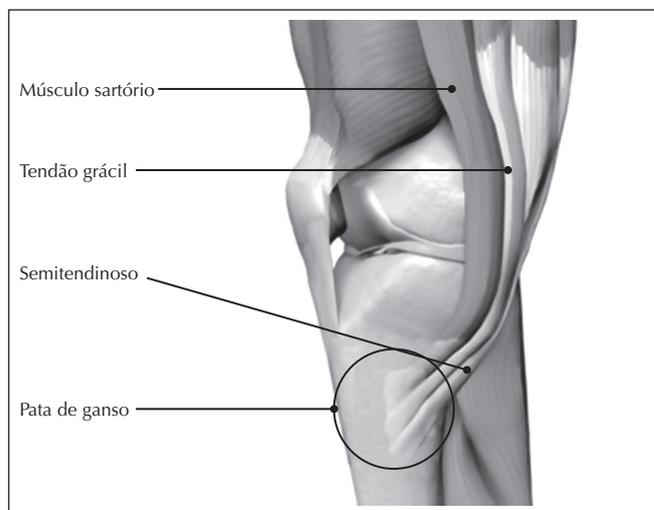
Endereço para correspondência: Dr. Milton Helfenstein Jr. - Rua João de Lacerda Soares, 90. CEP: 04707-010. Brooklin, São Paulo, SP, Brasil.

E-mail: m.helfen@terra.com.br



**Figura 1**  
Vista medial do joelho.

Mostra a intimidade entre os tendões que formam a pata de ganso e a bursa anserina, o que implica em dificuldade no diagnóstico clínico também imagenológico.



**Figura 2**  
Tendões da pata de ganso.

Demonstra a distância entre a respectiva êntese e as articulações do joelho, que deve ser valorizada no exame físico.

contribuir para o diagnóstico o desaparecimento da dor após injeção de anestésico local.<sup>10</sup> Estudos de ultrassonografia e de ressonância magnética não confirmam o diagnóstico clínico na maioria dos casos.

## EPIDEMIOLOGIA

O distúrbio é relativamente comum, apesar de frequentemente negligenciado. A incidência exata é desconhecida. Dentre 600 in-

divíduos encaminhados consecutivamente a um ambulatório de reumatologia, 108 tiveram diagnóstico de “reumatismo de partes moles”; entre esses, 43 com diagnóstico de bursite anserina.<sup>11</sup>

Não há estudos sobre a real prevalência e nem dos fatores de risco. Contudo, os relatos sugerem que a síndrome da bursite/tendinite anserina é mais frequente em mulheres com sobrepeso e com osteoartrite de joelhos.<sup>1,8,12</sup> Acredita-se que o distúrbio seja mais comum no sexo feminino pelo fato de a mulher possuir área pélvica mais larga, com resultante angulação no joelho, impondo mais pressão na região de inserção da pata de ganso.

Autores asiáticos avaliaram 62 pacientes com osteoartrite de joelho e encontraram diagnóstico clínico de bursite anserina, feito por um único reumatologista, em 29 (46%), sendo todas mulheres. Os autores destacaram a frequente associação entre a bursite anserina e a osteoartrite de joelho. Uma crítica ao estudo é que não houve confirmação do diagnóstico de bursite anserina por nenhum exame de imagem.<sup>13</sup>

Brookler e Morgan<sup>6</sup> relataram alterações radiográficas da osteoartrite em 20 de 24 pacientes com diagnóstico de bursite anserina.

Em outro estudo,<sup>11</sup> dentre 68 pacientes com osteoartrite presumida, 41 tinham bursite anserina, sendo 38 mulheres, das quais 37 tinham sobrepeso.

A presença de líquido na bursa anserina foi documentada em 5% de joelhos assintomáticos.<sup>14</sup> Em exames de imagem, a simples presença de líquido na bursa anserina, portanto, não permite concluir por bursite.<sup>15</sup>

Em uma revisão retrospectiva realizada em 509 ressonâncias magnéticas de joelhos em 488 pacientes de um ambulatório de ortopedia com suspeita de “desarranjo interno do joelho”, foi detectada uma prevalência de 2,5% de bursite anserina.<sup>16</sup> A queixa clínica mais comum foi a dor na parte medial do joelho, simulando lesão de menisco medial. Assim como em outros estudos, a imagem axial foi considerada essencial para diferenciar acúmulo de líquido, particularmente na bursa semimembranosa e no cisto de Baker, porém outras coleções líquidas como cisto de menisco, cistos ósseos e bursite próxima ao ligamento colateral podem trazer dificuldade no diagnóstico diferencial.<sup>17,18</sup>

A prevalência de bursite anserina em 96 diabéticos não insulino-dependentes foi de 34% em uma casuística de Cohen *et al.*<sup>19</sup>

Ao avaliar 48 pacientes com DM tipo II, outros autores<sup>20</sup> fizeram o diagnóstico clínico de tendinite ou bursite em 23 (23,9%) joelhos de 14 (29,1%) pacientes sintomáticos. Entretanto, somente quatro (8,3%) dos pacientes diabéticos demonstraram alterações ultrassonográficas compatíveis com tendinite.

Os resultados também sugeriram que as alterações estruturais, como lesões meniscais, que ocorrem em consequência da osteoartrite, podem desempenhar um papel na origem da dor no compartimento medial do joelho em pacientes diabéticos.

## MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E DIAGNÓSTICO

Os sintomas e sinais típicos incluem dor na face medial do joelho, acompanhada de dor à palpação e inchaço no sítio anatômico de inserção da pata de ganso. Exacerbação do quadro doloroso pode ocorrer ao subir ou descer escadas. Todavia, muitos pacientes referem dor na região posteromedial ou na linha média do joelho, sem edema, tornando desafiador o diagnóstico diferencial com lesão de menisco.

Em 1985, Larsson e Baum descreveram critérios para o diagnóstico, que incluem: dor na região anteromedial do joelho, particularmente para subir ou descer degraus, dor matinal e rigidez maior que 1 hora, dor noturna, dificuldade para se levantar da cadeira ou sair do carro, frequentemente associados com sensibilidade local e edema na região da bursa anserina.<sup>5</sup>

A síndrome ocorre com maior incidência em mulheres, indivíduos com sobrepeso, osteoartrite nos joelhos, deformidades em valgo, pé plano, faixa etária entre 50 e 80 anos, porém mulheres mais jovens e obesas também devem ser afetadas.

O diagnóstico continua eminentemente clínico e pode ser corroborado por exames de imagem. A história típica é caracterizada por dor na região medial proximal da perna, cerca de 5 cm abaixo da interlinha média articular do joelho, particularmente em pessoas com sobrepeso e com sinais de doença articular degenerativa. A radiografia habitualmente é normal, podendo também ser verificado exostose óssea ou sinais de osteoartrite do compartimento medial. A síndrome não guarda correlação com o grau do processo degenerativo, ou seja, se mais avançado, o mesmo não prediz a presença de bursite/tendinite anserina.

Permanece sem resposta se a dor e a sensibilidade à digito-pressão são originadas por bursite ou tendinite do pé anserino ou, ainda, por uma possível paniculite ou fasciite, e estudos histopatológicos ainda se fazem necessários.

Poucos estudos pesquisaram sistematicamente as características morfológicas da inserção da pata de ganso e da respectiva bursa em pacientes com diagnóstico clínico da síndrome anserina por métodos de imagem.

Uson *et al.*<sup>21</sup> estudaram 37 pacientes do sexo feminino com suspeita de bursite ou tendinite anserina por ultrassonografias feitas até 48 horas após o diagnóstico clínico. Tal método de imagem é reconhecido como excelente técnica para avaliar tecidos moles superficiais, como tendões e bursas. Foram anali-

sadas: a espessura da inserção da pata de ganso; as características morfológicas intratendíneas; a presença de coleção líquida superior a 2 mm na bursa; as alterações da gordura subcutânea da face medial; entre outros aspectos. Foi encontrada tendinite anserina em apenas um paciente. Bursite foi evidenciada em um joelho sintomático unilateral e em um com dor bilateral, mas também em um joelho assintomático. No grupo de seis pacientes com dor bilateral foi encontrado um espessamento significativo do tecido subcutâneo, quando comparado com seis controles assintomáticos. Nenhum mostrou alteração do tecido gorduroso do compartimento medial. Em quatro joelhos sintomáticos, foram encontradas lesões do ligamento colateral medial. Lesões de menisco medial foram encontradas em três joelhos sintomáticos e em um assintomático. Os autores concluíram que a maioria das pessoas diagnosticadas como portadoras de tendinite/bursite anserina não apresenta alterações morfológicas na ultrassonografia e que a etiologia da dor resulta, provavelmente, de uma interação complexa entre alterações estruturais da osteoartrite e mecanismos periféricos e centrais de processamento da dor.<sup>21</sup>

Na mesma linha, outros autores,<sup>20</sup> conforme mencionado anteriormente, mais recentemente, encontraram evidência ultrassonográfica sugestiva de tendinite da pata de ganso somente em 8,3% dos 48 pacientes com DM tipo II avaliados com transdutor de 10 MHz e com diagnóstico clínico de tendinite ou bursite anserina, destacando que nenhum demonstrou inflamação da bursa.

Os estudos mostram que somente a minoria dos pacientes diagnosticados clinicamente com síndrome anserina possui as respectivas alterações ultrassonográficas compatíveis. Essa discrepância poderia ser explicada por três mecanismos: 1) o exame de ultrassonografia pode não detectar as anormalidades da tendinite/bursite anserina. Neste caso, talvez a ressonância magnética possa contribuir. No entanto, pelo fato de tecidos com poucos prótons móveis emitirem pouco ou nenhum sinal, a arquitetura interna dos tendões da pata de ganso também pode não ser bem demonstrada por este método de imagem; 2) a sensibilidade deflagrada pela digito-pressão da região anserina pode não ser originada nos tendões ou na bursa, mas em outros tecidos que não são bem visualizados pela ultrassonografia; 3) o ponto de sensibilidade dolorosa durante a palpação profunda pode ser um *tender point* com limiar atípico para percepção de dor. Destaque-se que 30% dos indivíduos assintomáticos experimentam sensibilidade dolorosa na palpação profunda dessa região.

Rennie e Saifuddin<sup>16</sup> verificaram uma prevalência de bursite anserina de apenas 2,5% (13 joelhos entre 488 avaliados por ressonância magnética). Os distúrbios que causaram confu-

são diagnóstica pela imagem foram: cisto poplíteo, bursite semimembranosa e cisto meniscal. O diagnóstico clínico mais comum foi lesão de menisco. A incidência axial foi considerada primordial para diferenciar a bursa anserina de outras coleções líquidas posteromediais. Os autores consideram que o reconhecimento de líquido na bursa anserina e os sintomas clássicos permitem o diagnóstico sem a necessidade de exame artroscópico invasivo.<sup>16</sup>

Outro estudo<sup>22</sup> com ressonância magnética evidenciou efusão da bursa anserina em 3,7% dos 451 pacientes sintomáticos com idade acima de 45 anos. Entre os 59 pacientes que demonstraram alguma alteração na ressonância magnética e que foram submetidos à avaliação clínica, não houve qualquer correlação entre os achados físicos e de imagem, sendo concluído que a maioria dos pacientes com diagnóstico clínico de bursite ou tendinite anserina não possui alteração em tal exame de imagem.

Acredita-se que a ressonância magnética possa ser útil no diagnóstico da bursite anserina aguda quando for constatado acúmulo de líquido associado à proliferação sinovial.<sup>23</sup> Pode, também, ter utilidade na avaliação de massas indeterminadas na região medial do joelho.<sup>24</sup>

Em uma apresentação de caso, imagens axial e coronal, ponderadas em T1 e em T2, evidenciaram lesão cística e lobulada adjacente ao aspecto posteromedial do fêmur distal, localizada superficialmente entre os tendões anserinos e o ligamento colateral medial, que não mostrava comunicação com a articulação do joelho. Os autores consideram um bom método para detectar e diferenciar massas císticas dentro e ao redor desta articulação.<sup>25</sup>

Em outra descrição que utilizou tomografia computadorizada, constatou-se uma imagem cística bem definida de baixa atenuação, logo abaixo da pata de ganso, em um paciente com massa indolor no aspecto anteromedial e abaixo da interlinha média do joelho. A injeção venosa de contraste não demonstrou qualquer realce. Os autores indicaram que a distensão da bursa anserina não é sinônimo de bursite, pois o paciente não tinha qualquer sintoma, e que a síndrome pode ser uma tendinite ou fasciite afetando a inserção do *pes anserinus*.<sup>26</sup>

A análise do líquido, apesar de raramente documentada na literatura, demonstrou células mononucleares ou ausência de células inflamatórias e ausência de cristais.<sup>26,27</sup>

Em suma, a experiência da literatura mostra que os achados de ultrassonografia, tomografia computadorizada e de ressonância magnética geralmente não permitem identificar qual estrutura alterada é responsável pelos sintomas na síndrome da tendinite/bursite anserina.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Muitas são as possibilidades a serem consideradas no diagnóstico diferencial, particularmente as lesões do menisco medial, osteoartrite do compartimento medial do joelho, radiculopatia L3-L4 e lesões do ligamento colateral medial.

A dor e a sensibilidade na lesão do menisco medial e da osteoartrite se fazem presentes no compartimento medial, enquanto na síndrome anserina estão no sítio inferomedial à interlinha média do joelho. Em algumas situações, as moléstias coexistem. Larsson e Baum evidenciaram que muitos dos pacientes encaminhados a um ambulatório terciário de reumatologia com doença degenerativa articular e dor no joelho também apresentaram a síndrome anserina.<sup>5</sup>

A dor no joelho decorrente de radiculopatia L3-L4 é associada à dor lombar e sem dor à digitopressão da região anserina. As manobras de estresse do ligamento colateral medial, com presença ou não de instabilidade, costumam contribuir para o diagnóstico das lesões deste ligamento.

As lesões císticas periarticulares do joelho incluem aumento fisiológico de bursas e de recessos, cistos patológicos (cistos meniscais e gangliônicos), assim como massas de tecidos moles benignas e malignas, que simulam cistos. Essas lesões podem produzir superposição de sintomas ou sugerir desarranjos internos do joelho. Algumas lesões císticas podem suscitar dificuldades diagnósticas.

Inflamações das bursas devem ser sempre enquadradas no diagnóstico diferencial. A bursite suprapatelar é uma delas. Esta bursa é uma estrutura da linha média e está localizada entre o coxim gorduroso pré-femoral e o suprapatelar. É mais bem visualizada em planos sagitais de ressonância magnética. Ao contrário de outras bursas localizadas ao redor do joelho, ela geralmente se comunica com a articulação, exceto se a plica suprapatelar, que corresponde a um septo embrionário, deixa de envolver, como deve ocorrer na maioria das vezes. Pode haver desenvolvimento de lipo-hemartrose dentro da bursa decorrente de uma fratura intra-articular, tanto do fêmur como da patela, resultado da formação de camadas de gordura de medula óssea sobre a camada de sangue. Corpos livres originados dentro da articulação podem migrar para dentro da bursa.

A bursite pré-patelar, localizada entre a patela e a pele, comumente surge em decorrência de trauma repetitivo, como a observada em pessoas que se ajoelham de maneira recorrente. Gota e infecção são outras causas possíveis. Assim como a bursa suprapatelar, também é melhor analisada por incidências sagitais na ressonância magnética.

A bursite infrapatelar superficial, situada entre o aspecto anterior do polo distal do tendão patelar e a gordura subcutânea,

é menos comum, mas deve ser considerada. O trauma direto pode ocasionar bursite hemorrágica. Líquido nesta bursa pode estar associado à doença de Osgood-Schlatter.

A bursite infrapatelar profunda, posicionada entre a margem posterior da porção distal do tendão patelar e a tibia proximal, é outra possibilidade no diagnóstico diferencial. Uma pequena quantidade de líquido pode ser um achado fisiológico e trazer confusão diagnóstica.<sup>28</sup> Esta bursite geralmente decorre de sobrecarga de uso do tendão extensor do joelho, particularmente em saltadores e corredores de longa distância. Pode também simular tendinite patelar.

A bursite semimembranosa, também chamada de bursite semimembranosa tibial ligamentar colateral, está localizada dentro das camadas superficial e profunda do ligamento colateral medial e envolve a margem anterossuperior do tendão semimembranoso. A dor afeta a linha média do joelho. Em planos sagital e coronal, a coleção líquida pode ser vista na porção posteromedial da linha articular.

A bursite iliotibial, encontrada entre a parte distal da banda iliotibial (próximo a sua inserção no tubérculo de Gerdy) e a superfície tibial adjacente, pode estar associada à tendinite iliotibial e costuma ocorrer por sobrecarga e estresse em varismo. Pode ocasionar dor na região anterolateral do joelho e simular lesão de menisco lateral. A ressonância magnética pode mostrar distensão da bursa próxima à inserção da faixa iliotibial. Um aumento de sinal em imagem ponderada em T2 dentro da banda iliotibial permite o diagnóstico concomitante de tendinite iliotibial.

Os cistos dentro do joelho fazem parte do conjunto diferencial na elucidação diagnóstica. O cisto de Baker, também conhecido como cisto poplíteo ou recesso gastrocnêmio-semimembranoso, está alinhado com a sinóvia e se estende entre a cabeça medial do gastrocnêmio e o músculo semimembranoso. Sua posição anatômica peculiar ajuda na diferenciação com outras lesões císticas periarticulares do joelho. Aproximadamente de 5% a 32% das pessoas com dor no joelho podem ter cisto de Baker, com duas distintas faixas etárias com um modelo bimodal de distribuição etária: entre 4 e 7 anos; e entre 35 e 70 anos.<sup>29</sup> Quando ocorrem em idosos, geralmente estão associados com alguma anormalidade articular (derrame articular crônico decorrente de doença inflamatória articular, osteoartrite, desarranjos internos, depósitos de cristais, etc.). Os cistos de maior tamanho são encontrados na artrite reumatoide e ocorrem em uma prevalência de 47,5% nesta moléstia, podendo não ser detectados no exame físico.<sup>30</sup> Podem ser assintomáticos ou, quando grandes, podem comprimir a veia poplíteia e causar trombose venosa profunda. Ruptura do cisto de Baker é uma complicação em potencial, sendo mais

frequente na porção distal. A ruptura aguda pode simular uma trombose venosa profunda.

O cisto de menisco, também chamado de cisto da fibrocartilagem semilunar, origina-se de um tecido mole parameniscal e resulta da extrusão de líquido de uma fissura/laceração do menisco. O paciente apresenta dor, bloqueio de movimento e massa palpável na linha articular. Um estudo mostrou que o cisto é duas vezes mais frequente no compartimento medial em relação ao lateral<sup>31</sup> e é comumente adjacente ao corno posterior, tende a ser mais largo e a dissecar. Tende a recorrer após cirurgia (excisão e aspiração), exceto se a laceração meniscal foi reparada.

O cisto sinovial (gangliônico) intra-articular pode se originar da cápsula articular, de um ligamento, de uma bainha sinovial tendínea ou de uma bursa. Um estudo demonstrou que tal cisto mais comumente se origina no ligamento cruzado, sendo em 61% das vezes na chanfradura intercondilar.<sup>32</sup> Na ressonância magnética, o cisto gangliônico aparece como uma coleção líquida ovoide septada junto ao ligamento cruzado e pode ser diferenciado de um cisto de menisco pela ausência de fissura/laceração meniscal e também pela sua localização. Pode haver erosão do côndilo femoral ou dissecação ao longo do plano do tecido envolvido no cisto sinovial.

Entre as lesões que simulam cistos destaca-se a osteocondromatose sinovial, a qual é caracterizada por corpos cartilagosos que se originam dentro de um tecido sinovial metaplásico dentro de uma bursa ou de uma articulação. Pode se apresentar com artralgia, massa palpável e restrição de movimento. Os corpos livres podem sofrer processo de calcificação e ossificação. Nesses casos, o diagnóstico pode ser feito por radiografias convencionais. A ressonância magnética pode ser útil em fase mais precoce, quando ainda não ocorreu calcificação ou ossificação, observando-se um padrão intermediário de corpos cartilagosos em T1 e sinal aumentado em T2. Medula gordurosa dentro de corpos ossificados produz áreas centrais de alto sinal nas imagens ponderadas em T1.

Os tumores malignos que são detectados mais frequentemente adjacentes ao joelho incluem histiocitoma fibroso, lipossarcoma e sarcoma sinovial. Eles podem conter áreas de necrose ou degeneração mixoide e, assim, possivelmente simular um cisto. Tais tumores possuem, tipicamente, componentes heterogêneos de tecidos moles, que se realçam com a administração endovenosa de contraste. As margens desses tumores podem ser irregulares e indicar infiltração para dentro dos tecidos adjacentes.

Na sinovite pigmentada vilonodular pode haver depósito de hemossiderina no tecido sinovial hipertrófico, que aparece com baixo sinal nas imagens de ganho em T1 e T2, além de demons-

trar exuberância nas sequências de gradiente de eco, devido à susceptibilidade dos produtos sanguíneos paramagnéticos.

Deposição de cristais de monourato de sódio (gota) ou de substância amiloide também aparece com baixo sinal nas imagens de ganho em T1 e T2, mas não demonstra alteração nas sequências de gradiente de eco, diferentemente da sinovite pigmentada vilonodular. A ressonância magnética, portanto, pode ter um papel auxiliar importante nessas situações.

A variz poplíteia, o aneurisma poplíteo e a dilatação sacular da veia poplíteia podem, ocasionalmente, resultar de trauma. Imagens de ressonância magnética mostram características de fluxo e de produtos do sangue, além de identificar a conexão com o vaso sanguíneo poplíteo, permitindo um diagnóstico correto. Complicações incluem trombose, embolismo ou ruptura. Aneurisma de artéria poplíteia também pode simular um cisto na fossa poplíteia. As características no exame de ressonância magnética incluem artefatos de pulsação e trombo com distintas camadas.

Há caso relatado de bursite anserina induzida por polietileno após artroplastia de joelho. Inicialmente, foi considerada, equivocadamente, como complicação infecciosa do procedimento cirúrgico. Portanto, essa é outra possibilidade de dor e inflamação a ser considerada nos pacientes que recebem próteses.<sup>7</sup>

O nervo safeno pode sofrer fenômeno compressivo de uma bursite anserina e provocar dor na região tibial lateral e parestesia, além de poder simular uma fratura de estresse.<sup>33</sup>

A osteonecrose espontânea do joelho pode ocorrer no platô medial tibial e, em certos casos, causar dificuldade diagnóstica, porém radiografias e cintilografia, entre outros métodos, podem contribuir para a elucidação.<sup>34</sup>

Outras condições que podem ser consideradas no diagnóstico diferencial envolvem: dor muscular, síndrome patelofemoral, condromalácia da patela, subluxação recorrente da patela, doença de Osgood-Schlatter, osteocondrite dissecante, tendinite patelar, plica sinovial, lesões do coxim gorduroso infrapatelar, displasias patelares, patela bipartida ou multipartida, fraturas da patela, condroma ou osteocondroma para-articular, sinovite e hemangioma sinovial. Frequentemente, a dor na região anserina faz parte do quadro da síndrome da fibromialgia.

Exames de imagem podem contribuir para o diagnóstico diferencial, como, por exemplo, uma radiografia evidenciando osteoartrite de joelho ou distúrbios na patela, assim como uma ressonância magnética demonstrando condromalácia patelar, lesões meniscais ou ligamentares. Um exame físico cuidadoso pode contribuir muito para a elucidação diagnóstica. Além da inspeção, estática e em marcha, e dos testes semiológicos, devem ser avaliados alinhamentos, hipermobilidade e função muscular.

## TRATAMENTO

A terapêutica inicial deve incluir repouso do joelho afetado, crioterapia (compressas de gelo por 10 minutos) para os casos agudos, fisioterapia e medicamento anti-inflamatório. A utilização de uma almofada/travesseiro entre as coxas ao dormir pode ser necessária. A perda de peso é obrigatória se obesidade se fizer presente. Tratamento de eventuais condições associadas, como desvio do joelho e pé plano, e controle do diabetes não podem ser esquecidos. Os pacientes idosos e aqueles com dor crônica devem ser orientados para evitar atrofia muscular pelo desuso. Exercícios isométricos podem ser empregados para tal finalidade.

A injeção local de anestésico com corticoide dentro da bursa é uma opção nos casos de bursite comprovada; podem ser injetados 20 a 40 mg de metilprednisolona.<sup>6,35,36</sup> Também podem ser usados 20 a 40 mg de triancinolona ou 6 mg de betametasona.<sup>37</sup> Um cuidado especial deve ser tomado para não injetar a substância em algum dos tendões da pata de ganso. Não devem ser realizadas mais que três infiltrações dentro do período de um ano. O período entre cada infiltração deve ser superior a um mês. Pacientes que não respondem a uma infiltração inicial raramente respondem a infiltrações repetidas. Uma injeção dentro da articulação do joelho pode ser benéfica em casos recalcitrantes.<sup>37</sup>

Um estudo incluiu 44 pacientes consecutivos com bursite anserina que utilizaram naproxeno 500 mg a cada 12 horas ou injeção de corticoide. Na avaliação, foi utilizada apenas escala verbal de intensidade da dor e o acompanhamento durou apenas um mês. Foi relatada melhora significativa em 58% e resolução em 5% no grupo que usou naproxeno, *versus* 70% de melhora significativa e 30% de resolução no grupo que usou glicocorticoide injetável ( $P \leq 0,05$ ).<sup>38</sup>

Também em estudo retrospectivo com 29 pacientes foi observada remissão clínica em 11 de 12 pacientes que receberam glicocorticoide injetável, comparados com 7 de 17 que não receberam infiltração com corticosteroides e anestésicos.<sup>39</sup>

Em um outro estudo por Yoon *et al.* foram estudados 26 pacientes com osteoartrite de joelho e síndrome anserina, esta diagnosticada clinicamente. Também foi empregada ultrassonografia para fins de confirmação diagnóstica. Foi injetado acetonido de triancinolona dentro da bursa de 17 pacientes. A resposta terapêutica foi avaliada por meio de escala analógica visual de dor (EAV), *Western Ontario and MacMaster Osteoarthritis Index* (WOMAC) e pela avaliação global do paciente e do investigador com a escala de Likert. Somente dois pacientes (8,7%) demonstraram evidência ultrassonográfica de tendinite/bursite anserina. Os parâmetros da EAV, índice de dor

e de capacidade funcional do WOMAC mostraram melhora estatisticamente significativa após a injeção do corticoide. A avaliação global por parte dos pacientes revelou que dois consideraram excelente resposta; seis, boa resposta; um, resposta moderada; oito, ausência de melhora; e nenhum declarou piora. Os autores destacaram que os dois pacientes que apontaram excelente resposta foram os únicos nos quais houve evidência ultrassonográfica de tendinite/bursite anserina. O estudo conclui que a ultrassonografia é uma ferramenta diagnóstica útil para orientar o tratamento da síndrome anserina nos pacientes com osteoartrite de joelho.<sup>40</sup> Estes mesmos autores acreditam que a bursite ocorre mais frequentemente e responde mais rapidamente ao tratamento que a tendinite anserina.

No estudo de Larsson e Baum, 76% dos pacientes com diagnóstico de bursite anserina já apresentavam sintomas por mais de um ano. Eles notaram alívio imediato do quadro doloroso após injeção. Aproximadamente 70% dos joelhos injetados experimentaram melhora significativa. Não houve diferença inicial entre a administração de lidocaína isolada ou a combinação de lidocaína com corticoide de ação longa. Entretanto, após um mês houve melhora significativa nos que receberam injeção de corticoide.<sup>5</sup>

Os estudos mostram, portanto, que a infiltração de corticoide pode ser uma boa opção em pacientes bem documentados e bem selecionados. Os riscos de complicações englobam atrofia subcutânea, despigmentação da pele e ruptura tendínea.<sup>37,41</sup> Os pacientes devem ser alertados sobre desconforto ou dor após a injeção, que ocorre em 30% dos pacientes, e 10% de risco de reação ao corticoide. Esses efeitos colaterais podem ser manejados com aplicação de gelo local e analgésicos.<sup>42</sup>

A fisioterapia tem seu papel no tratamento da moléstia. A ultrassonografia foi documentada como efetiva na redução do processo inflamatório na síndrome anserina.<sup>6</sup> A estimulação elétrica transcutânea (TENS) tem sido empregada para outras formas de bursites, contudo, não foi documentada especificamente na síndrome anserina. Os exercícios de reabilitação devem seguir os princípios fisioterápicos para os distúrbios dos joelhos (alongamento e fortalecimento do grupo adutor e do quadríceps, especialmente nos últimos 30° de extensão do joelho, usando o músculo vasto medial, além de alongamento dos tendões que formam a pata de ganso). Para os casos originados por flexibilidade restrita e retração dos músculos/tendões, o alongamento pode promover redução importante da tensão sobre a bursa anserina.

O tratamento cirúrgico pode ser indicado quando houver falha no tratamento conservador. Uma simples incisão seguida

de drenagem da bursa distendida pode oferecer melhora dos sintomas.<sup>5,6,35,43</sup> Entretanto, há descrição de caso onde se fez necessária a retirada da bursa, devido ao grande tamanho da lesão.<sup>7</sup> No caso de exostose óssea, a mesma deve ser retirada.

## CONCLUSÕES

Dor no compartimento medial do joelho é de ocorrência comum. Muitos dos pacientes com dor inferomedial recebem o rótulo diagnóstico de tendinite da pata de ganso ou de bursite anserina ou, ainda, de ambas as condições, somente pelo achado de sensibilidade dolorosa no respectivo sítio anatómico durante a palpação. Contudo, quando submetidos a exames de imagem, a maioria desses pacientes não demonstra comemorativos de um processo inflamatório. A estrutura defeituosa não tem sido identificada, assim como nenhuma lesão alternativa, para justificar o quadro doloroso em muitos pacientes. Foi reivindicado que o quadro doloroso desses pacientes seja decorrente ou associado à paniculite da gordura do compartimento medial, apesar da escassez de dados na literatura.<sup>44</sup> Devido à intimidade anatômica entre os tendões da pata de ganso e o ligamento colateral medial,<sup>45</sup> também foi sugerido que a dor nesses pacientes seja decorrente de respectiva lesão ligamentar.<sup>21</sup>

Por outro lado, têm sido encontradas alterações de imagem compatíveis com bursite anserina em indivíduos assintomáticos.

O DM parece ser um fator predisponente e a influência do sobrepeso, da lesão do menisco medial ou da osteoartrite, assim como outros fatores incriminados, ainda permanecem por ser confirmados. A origem dos sintomas na maioria dos pacientes com diagnóstico clínico de tendinite/bursite anserina resulta, provavelmente, de uma complexa interação entre alterações estruturais e mecanismos periféricos e centrais de modulação da dor.

Como restam muitas lacunas de conhecimento sobre essa perplexa condição, ainda são necessários estudos epidemiológicos, etiológicos e fisiopatológicos para um melhor entendimento do cenário e, conseqüentemente, garantir uma terapia adequada.

Por todas as razões expostas, sugerimos que “síndrome anserina” seja o termo mais apropriado e que deva ser empregado para tais pacientes.

Seu diagnóstico diferencial é bastante amplo e foi aqui discutido com a intenção de oferecer subsídios facilitadores para a abordagem clínica da dor, particularmente no compartimento medial do joelho.

## REFERÊNCIAS

### REFERENCES

1. Nemegeyi A, Jose MD, Canoso JJ. Evidence-Based Soft Tissue Rheumatology IV: Anserine bursitis. *J Clin Rheumatol* 2004; 10:205-6.
2. Moschowitz E. Bursitis of sartorius bursa: an undescribed malady simulating chronic arthritis. *JAMA* 1937; 109:1362-6.
3. Safran MR, Fu FH. Uncommon causes of knee pain in the athlete. *Orthop Clin North Am* 1995; 26:547-9.
4. Cohen SE, Mahul O, Meir R. Anserine bursitis and non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Rheumatol* 1997; 24:2162-5.
5. Larsson LG, Baum J. The syndrome of anserine bursitis: an overlooked diagnosis. *Arthritis Rheum* 1985; 28:1062-5.
6. Brookler MI, Mongan ES. Anserine bursitis: a treatable cause of knee pain in patients with degenerative arthritis. *Calif Med* 1973; 119:8-10.
7. Huang TW, Wang CJ, Huang SC. Polyethylene-induced pes anserinus bursitis mimicking and infected total knee arthroplasty. *J Arthroplasty* 2003; 18:383-6.
8. Gnanadesigan N, Smith RL. Knee pain: osteoarthritis or anserine bursitis? *J Am Med Dir Assoc* 2003; 4:164-6.
9. Primer on the Rheumatic Diseases. Musculoskeletal Signs and Symptoms - Regional Rheumatic Pain Syndromes - Disorders of the Knee Region - Klippel JH (ed.). 12th ed. Arthritis Foundation 2001:182-4.
10. Walsh BT and Maricic MJ. Knee Pain. In: Clinical Care in the Rheumatic Diseases. Bartlett SJ (ed.). Chapter 17. 3rd ed. Association of Rheumatology Health Professionals 2006; 109-13.
11. Larsson LG, Baum J. The syndromes of bursitis. *Bull Rheum Dis* 1986; 36:1-8.
12. Handy JR. Anserine bursitis: a brief review. *South Med J* 1997; 90:376-7.
13. Kang I, Han SW. Anserine bursitis in patients with osteoarthritis of the knee. *South Med J* 2000; 93:207-9.
14. Forbes JR, Helms CA, Janzen DL. Acute pes anserine bursitis: MR imaging. *Radiology* 1995; 194:525-7.

15. Tschirch FTC, Schmid MR, Pfirrmann CWA, Romero J, Hodler J, Zanetti M. Prevalence and size of meniscal cysts, ganglionic cysts, synovial cysts of the popliteal space, fluid filled bursae, and other fluid filled collections in asymptomatic knees on MR imaging. *Am J Roentgenol* 2003; 180:1431-6.
16. Rennie WJ, Saifuddin A. Pes anserine bursitis: Incidence in symptomatic knees and clinical presentation. *Skeletal Radiol* 2005; 34:395-8.
17. Matsumoto K, Sinusuke H, Ogata M. Juxta-articular bone cysts at the insertion of the pes anserinus. *J Bone Joint Surg* 1990; 72A:286-90.
18. Kerlan RK, Glousman RE. Tibial collateral ligament bursitis. *Am J Sports Med* 1988; 16:344-6.
19. Cohen SE, Mahul O, Meir R, Rubinow A. Anserine bursitis and non-insulin dependent diabetes mellitus. *J Rheumatol* 1997; 24:2162-5.
20. Unlu Z, Ozmen B, Taethan S, Boyvoda S, Goktan C. Ultrasonographic evaluation of pes anserinus tendino-bursitis in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Rheumatol* 2003; 30:352-4.
21. Uson J, Aguado P, Bernad M, Mayordomo L, Naredo E, Balsa A *et al*. Pes anserinus tendino-bursitis: what are we talking about? *Scand J Rheumatol* 2000; 29:184-6.
22. Hill CL, Gale DR, Chasson CE. Periarticular lesions detected on magnetic resonance imaging: prevalence in knees with and without symptoms. *Arthr Rheum* 2003; 48:2836-44.
23. Forbes JR, Helms CA, Janzen DL. Acute pes anserine bursitis: MR imaging. *Radiology* 1995;194:525-7.
24. Muchnick J, Sundaram M. Radiologic case study. *Orthopedics* 1997; 20:1092-4.
25. Koh WL, Kwek JW, Quek ST, Peh WCG. Clinics in diagnostic imaging. *Singapore Med J* 2002; 43:485-91.
26. Hall FM, Joffe N. CT imaging of the anserine bursa. *Am J Roentgenol* 1988; 150: 1107-8.
27. Voorneveld C, Arenson AM, Fam AG. Anserine bursal distension: diagnosis by ultrasonography and computed tomography. *Arthr Rheum* 1989; 32:1335-8.
28. La Prade RF. The anatomy of the deep infrapatellar bursa of the knee. *Am J Sports Med* 1998; 26:129-32.
29. Handy JR. Popliteal cysts in adults: a review. *Semin Arthritis Rheum* 2001; 31:108-18.
30. Andonopoulos AP, Yarmenitis S, Sfountouris H, Siamplis D, Zervas C, Bournas A. Baker's cyst in rheumatoid arthritis: an ultrasonographic study with a high resolution technique. *Clin Exp Rheumatol* 1995; 13:633-6.
31. Campbell SE, Sander TG, Morrison WB. MR imaging of meniscal cysts: incidence, location and clinical significance. *Am J Roentgenol* 2001; 177:409-13.
32. Bui-Mansfield LT, Youngberg RA. Intraarticular ganglia of the knee: prevalence, presentation, etiology and management. *Am J Roentgenol* 1997; 168:123-7.
33. Hemler DE, Ward WK, Karstetter KW, Bryant PM. Saphenous nerve entrapment caused by pes anserine bursitis mimicking stress fracture of the tibia. *Arch Phys Med Rehabil* 1991; 72:336-7.
34. Houpt JB, Pritzker PH, Alpert B, Alpert B, Greyson ND, Gross AE. Natural history of spontaneous osteonecrosis of the knee (SONK): a review *Semin Arthritis Rheum* 1983; 13:212-27.
35. Abeles M. Osteoarthritis of the knee: anserine bursitis as an extra-articular cause of pain. *Clin Res* 1983; 31:4471-6.
36. O'Donoghue DH. Injuries of the knee. In: O'Donoghue DH (ed.). *Treatment of injuries to athletes*, 4th ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1987; 470-1.
37. Glencross PM, Little JP. Pes anserine bursitis. *eMedicine Journal*. <http://emedicine.medscape.com/article/308694-treatment>. Atualizado em 10 setembro 2009.
38. Calvo-Alén J, Rua-Figueroa I, Erasquin C. Tratamiento de las bursitis anserina: infiltración local com corticoides frente a AINE: estudo prospectivo. *Rev Esp Reumatol* 1993; 20:13-5.
39. Kang I. Anserine bursitis in patients with osteoarthritis of the knee. *South Med J* 2000; 93:207-9.
40. Yoon HS, Kim SE, Suh YR, Seo YI, Kim YA. Correlation between ultrasonographic findings and the response to corticosteroid injection in pes anserinus tendinobursitis syndrome in knee osteoarthritis patients. *J Korean Med Sci* 2005; 20:109-12.
41. Saunders S, Cameron G. *Injection techniques in orthopedic and sports medicine*, 1st ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1997; 8-9.
42. Bruce Carl Anderson. *Office orthopedics for primary care: diagnosis and treatment*, 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1999; 157-8.
43. Zeiss J, Coombs R, Booth R, Saddemi S. Chronic bursitis presenting as a mass in the pes anserine bursa: MR diagnosis. *J Comput Assist Tomogr* 1993; 17:137-41.
44. Canoso JJ. Bursae, tendons and ligaments. *Clin Rheum Dis* 1981; 7:189-221.
45. Warren LF, Marshall JL. The supporting structures and layers on the medial side of the knee. *J Bone Joint Surg* 1979; 61(A):56-62.