

Fibromatose plantar

Marcus Vinicius Mota Garcia Moreno

DEFINIÇÃO

- A moléstia de Ledderhose tem sido descrita como uma lesão relativamente rara, caracterizada por fibromatose da fáscia plantar.^{1,2,3}

ANATOMIA

- Caracteriza-se clinicamente como um tumor agressivo do tecido fibroso, ou uma lesão de crescimento lento, aparecendo como um nódulo localizado e, ocasionalmente, como uma lesão difusa que desenvolve-se, ou infiltra-se, na fáscia plantar.^{1,4} (Figura 1)



FIGURA 1 | *Aspecto clínico.*

PATOGÊNESE

- A etiologia específica ainda é desconhecida. Várias são as teorias e algumas apontam como causa traumas, neuropatia, endocrinopatias, infecção local e até a tuberculose. Tem a característica de uma doença genética, causada por um gene dominante. O alcoolismo também tem sido implicado como um possível fator etiológico para a Fibromatose Plantar.⁵⁻⁷

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

- A associação com outros tipos de fibromatose tem sido descrita, como a quelóide, doença de Peyronie e a contratura de Dupuytren.
- O quadro clínico é constituído pelo aparecimento de nodulações na face medial da fáscia plantar do pé, associadas ou não a sintoma de dor. Allen et al, ao estudarem 69 pacientes com Moléstia de Ledderhose na Clínica Mayo, indicaram que aproximadamente 46% dos pacientes não apresentavam dor, sendo a queixa principal, a presença de nodulações.^{1,2,7,8}

PROPEDEÚTICA

- Como método diagnóstico complementar, utilizamos sempre a radiografia simples, a ultrassonografia da face plantar e, como padrão ouro, a Ressonância Magnética.⁹⁻¹¹
(Figura 2) (Tabela 1)



FIGURA 2 | *Aspecto clínico.*

TABELA 1 | CLASSIFICAÇÃO DA FIBROMATOSE PLANTAR³

GRAU	DESCRIÇÃO
I	Doença focal, isolada a uma pequena área na porção medial e/ou central da fáscia plantar. Ausência de aderência à pele. Ausência de expansão à bainha dos flexores.
II	Doença multifocal, com ou sem expansão proximal ou distal. Ausência de aderência à pele e flexores.
III	Doença multifocal, com ou sem expansão proximal ou distal. Aderência à pele ou à bainha dos flexores.
IV	Doença multifocal, com ou sem expansão proximal ou distal. Presença de aderência à pele e expansão profunda à bainha dos flexores.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Patologias benignas e malignas, como a inclusão cística, lipomas, quelóides, neurofibromatose, carcinoma de células escamosas, lipossarcoma e fibrossarcoma, leiomioma, sinoviomias, mixossarcoma e sarcoma neurogênico.¹¹⁻¹⁵

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO

- Várias formas de tratamento têm sido utilizadas e vão desde a radioterapia, infiltração com corticóide, conduta expectante, palmilhas e fisioterapia.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

- Várias formas de terapia têm sido citadas, sendo que o tratamento cirúrgico é o mais eficaz. Existem divergências quanto à magnitude de fásia plantar, que deve ser retirada junto com a massa fibromatosa, podendo ser realizada desde uma simples excisão do nódulo, à ressecção subtotal da fásia, ou até mesmo à ressecção total. A razão para a ressecção ampla é baseada em trabalhos publicados por Burns e Allen, e Sammarco, devido a uma alta incidência de recorrência (66 a 70%), após a excisão simples dos nódulos fibromatosos.^{1,2,4,7,14,15}
- A excisão simples está associada a um alto índice de recidiva, sendo a ressecção ampla da fásia plantar um tratamento bem sucedido, com baixo índice de complicações e recidivas.^{16,17}

Planejamento pré-operatório - Posicionamento - Vias de acesso

- O paciente é submetido à anestesia subaracnoidea, colocado em decúbito dorsal e, posteriormente, é realizada a exsanguinação do membro a ser operado, com uso da faixa de Smarch. A incisão para a ressecção da fásia plantar é retilínea, realizada ao nível do arco longitudinal medial plantar do pé, fora da zona de carga, tendo como pontos de referência a cabeça do 1º metatarsal e o tubérculo do calcâneo.

TÉCNICA OPERATÓRIA

- Realiza-se cuidadosa dissecação, sem delaminação, evitando-se a lesão de estruturas importantes como o nervo plantar medial e seus ramos, e o tendão flexor longo do hálux.
- A fásia é excisada amplamente, incluindo as lesões nodulares fibromatosas e tecido adjacente com aparência normal, preservando a coluna lateral. O fechamento faz-se por planos, no tecido subcutâneo e pele, usando-se dreno suctor número 3.2, para evitar formação de hematoma, sendo retirado com 24 horas. É feito um curativo compressivo com gaze, algodão e atadura de crepom estéreis.^{1-5,17,18} (*Figuras 3, 4 e 5*)

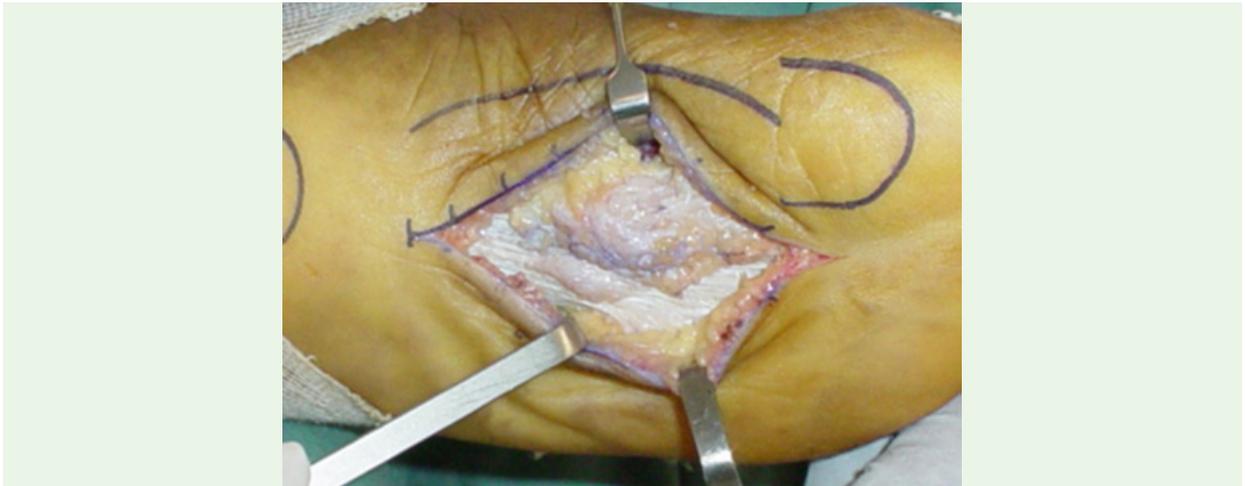


FIGURA 3 | *Via de acesso cirúrgico.*

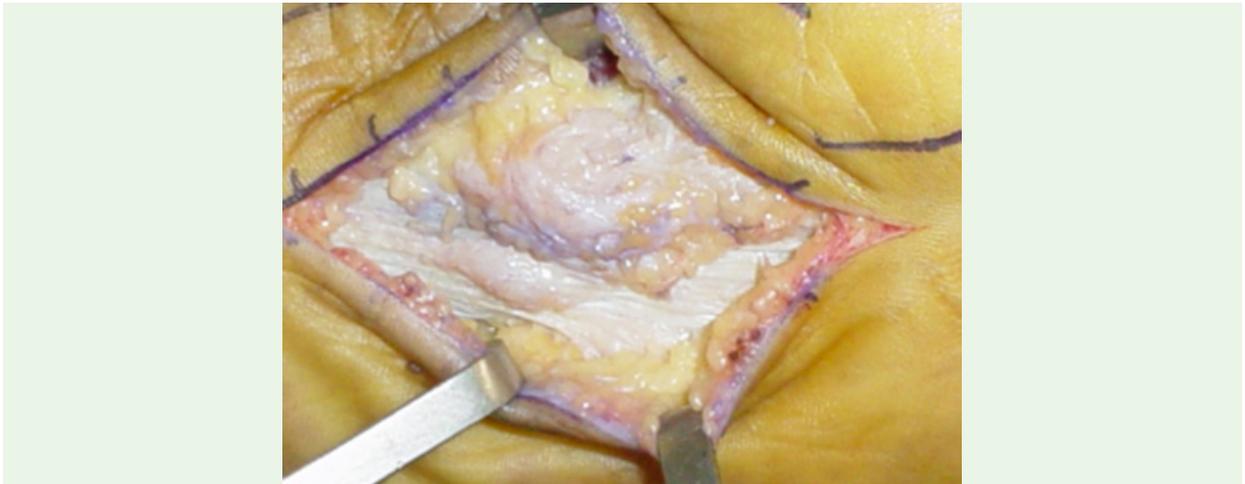


FIGURA 4 | *Detalhe da via de acesso cirúrgico.*

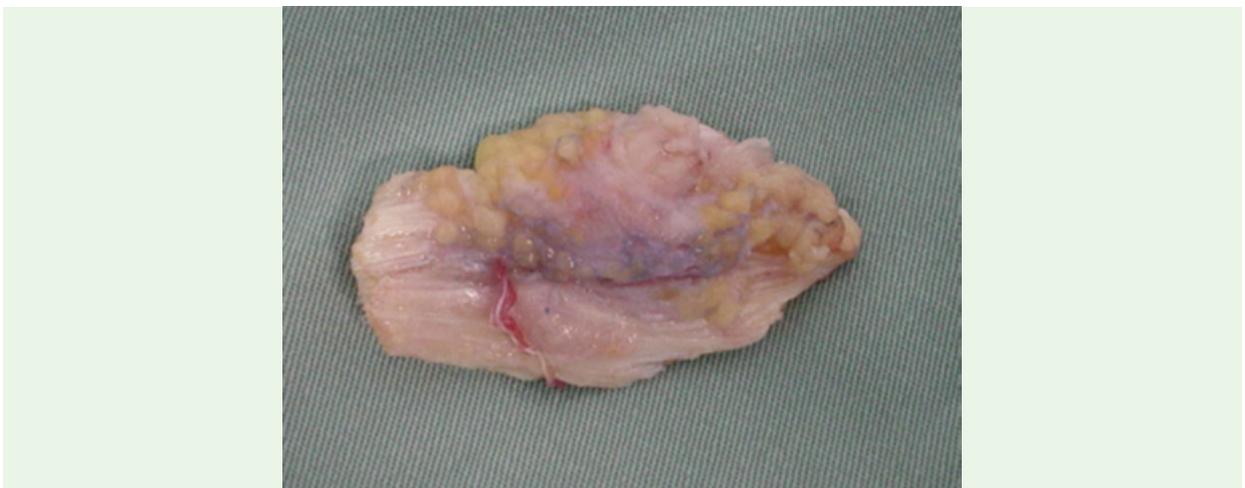


FIGURA 5 | *Peça cirúrgica.*

PÓS-OPERATÓRIO

- Mantém-se o membro elevado até o quarto dia de pós-operatório (DPO), sendo o enfaixamento mantido até o sétimo DPO, quando então é substituído por um curativo simples. Os pontos de sutura são retirados na terceira semana. Evita-se carga no membro operado até a retirada dos pontos, sendo liberada a carga total na quarta semana.^{5,6,17-20}

RESULTADOS

- Em nosso estudo, os resultados foram considerados bons em 18 (94,74%) pacientes e ruim em um (5,26%) paciente.
- O resultado ruim foi de um paciente submetido a tratamento cirúrgico unilateral e que evoluiu com recidiva das nodulações, associado com quadro de dor e limitação.
- Houve um caso (5,26%) de infecção superficial no pós-operatório, que foi tratado com curativo diário e antibiótico oral, com resolução em um mês. Não ocorreram casos de deiscência de sutura ou infecção profunda. Um paciente (5,26%) apresentou parestesia em face medial do pé, com cicatriz dolorosa, com resolução após um ano de seguimento, estando assintomático no momento. Dos 19 pacientes operados, um evoluiu com recidiva das nodulações e dor à palpação após seis meses de tratamento, sendo indicada nova intervenção cirúrgica.
- Allen et al notaram um intervalo entre a excisão cirúrgica e a recidiva, variando entre três meses até dois anos do pós-operatório. Eles citam que, devido à nodularidade irregular do crescimento fibromatoso, nem sempre é possível determinar os limites do tumor. Em nosso estudo, o tempo médio de acompanhamento foi de cerca de 45 meses, superando a média de expectativa de recidiva citada. Warthan et al. também concordam que a excisão local completa, com ressecção ampla da fáscia plantar, parece ser o melhor tratamento. Aviler et al. mostraram 8% de recidiva após ressecção ampla da fáscia plantar.^{11,12,16,17,20}

COMPLICAÇÕES

- Necrose da ferida ou deiscência de sutura, dificuldade no uso de calçados, dor persistente, presença ou não de cicatriz dolorosa e ocorrência de recidiva das nodulações.

REFERÊNCIAS

1. Lieberman R. A., Ketai N.: Plantar fibromatosis, discussion and illustrative case history. *J Am Pediatry Assoc* 63: 304-307, 1973.
2. Burns A. E., Harvey C. K.: Plantar fibromatosis: Surgical consideration and a case report. *J Am Pediatry Assoc* 73:141-143, 1983.
3. Sammarco J.G., Mangone P. G.: Classification and Treatment of Plantar Fibromatosis. *Foot Ankle Int* 21: 563-569, 2000
4. Donohue C. M., Hetelson, A. S.: The plantar mass - a diagnostic challenge. *J Am Pediatry Assoc* 68: 678-687, 1978
5. Curtin J. W.: Surgical therapy for Dupuytren's disease of the foot: proper placement and design of skin incision. *Plast Reconstruct Surg* 30: 568-579, 1962.

6. Delgadillo L. A., Arenson D. J.: Plantar fibromatosis: Surgical considerations with case histories. *J Foot Surg* 24: 258-265, 1985.
7. No autors listed.: Clinical conference on plantar fibromatosis. 64: *J Am Peditry Assoc* : 427-434, 1974.
8. Skoog T.: Dupuytren's contracture. With special reference to aetiology and improved surgical treatment. Its ocurrence in epileptics. Note on knukle pads. *Acta Chir Scand* 96 (Suppl. 139): 1-190, 1948.
9. Ling R. S.: The genetic factor in Dupuytren's disease. *J Bone Joint Surg* 45(Br): 709-709, 1963.
10. Snyder M. Dupuytren's contracture and plantar fibromatosis: is there more than a causal relationship? *J Am Peditry Assoc* 70: 414-415, 1980.
11. Allen R.A., Woolner L. B., Chormley R. K.: Soft tissue tumors of the solewith special reference to plantar fibromatosis. *J Bone Joint Surg (Am)* 37: 14-16, 1955.
12. Chen K. T. , Van Dyne T. A.: Familial Plantar fibromatosis. *Surg Onco* 29: 240-241, 1985.
13. Pentland A. P., Anderson T.F.: Plantar fibromatosis responds to intralesional steroids. *J Am Acad Dermatol* 12: 212-214, 1985.
14. Warthan T. J., Rudolph R. I., Gross P. R.: Isolated plantar fibromatosis. *Arch Dermatol* 108: 823-824, 1973.
15. Berlin S. J.: *Soft Somatic Tumors of the foot: Diagnosis and Surgical Management*, New York, Future Publishing ., Mount Kisco. P.50, 1976.
16. Aviles E., Arlen M., Miller, T.: Plantar fibromatosis. *Surgery* 69: 117-120, 1971.
17. Pickren J. W., Smith A. G., Stevenson Jr., T.W. Stont A.P., et al.: Fibromatosis of the fascia plantar. *Cancer* 4: 846-856, 1951.
18. Runkel N., Gohring U., Roeren T.: Isolated Ledderhose fibromatosis plantaris. *Chirurg* 64: 589-591, 1993.
19. Curtin J. W.: Fibromatosis of the plantar fascia: surgical technique and design of skin incision. *J Bone Joint Surg(Am)* 47: 1605-1608, 1965.
20. Giannestras N. J.: *Foot disorders, Medical and Surgical Management.* , Philadelphia , Lea and Febiger, p.614, 1973