

Dor plantar no antepé devido a leiomioma vascular: relato de caso

Plantar forefoot pain due to vascular leiomyoma: a case report

Tomás Araújo Prado Pereira¹, Everton de Lima¹, Paulo Arlei Lompa¹, Marcelo de Oliveira Maineri¹

1. Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

O diagnóstico de dor plantar no antepé é muito extenso. A dor plantar no antepé ocorre usualmente devido a etiologias mecânicas como metatarsalgia, fraturas por estresse e lesões nervosas. Tumores são uma causa rara de dor plantar no antepé. Apresentamos um relato de caso de uma paciente com dor crônica na região plantar do antepé devido a um leiomioma vascular.

Nível de Evidência V; Estudos Diagnósticos; Opinião de Especialista.

Descritores: Leiomioma; Angiomioma; Antepé humano; Dor.

ABSTRACT

The diagnosis of plantar forefoot pain is very extensive. Plantar pain in the forefoot usually occurs due to mechanical aetiologies such as metatarsalgia, stress fractures and nerve damage. Tumours are a rare cause of plantar pain in the forefoot. We report the case of a patient with chronic pain in the plantar region of the forefoot due to a vascular leiomyoma.

Level of Evidence V; Diagnostic Studies; Expert Opinion.

Keywords: Leiomyoma; Angiomyoma; Forefoot, human; Pain.

Como citar esse artigo: Pereira TAP, Lima E, Lompa PA, Maineri MO. Dor plantar no antepé devido a leiomioma vascular: relato de caso. Sci J Foot Ankle. 2018;12(4):338-41.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico diferencial de dor plantar no antepé é extenso. A dor plantar na região do antepé se deve, geralmente, a uma etiologia de caráter mecânico, incluindo metatarsalgia, fascite plantar, fraturas por estresse e neuroma de Morton. Tumor é uma causa rara de dor na região plantar do antepé. O leiomioma vascular ou angioleiomioma é um tumor de músculo liso raro e benigno que se origina da túnica média muscular das veias. Ele pode ocorrer em qualquer lugar do

corpo onde esteja presente musculatura lisa e pode ser encontrado na derme, gordura subcutânea ou fâscias. Esse tumor causa dor em aproximadamente 60% dos pacientes, e a dor costuma ser mais intensa nos tumores das extremidades inferiores (50% a 70%) dos que nos tumores em extremidades superiores, como na cabeça ou no pescoço⁽¹⁻⁵⁾.

Apresentamos um caso de dor plantar no antepé com aumento de volume local e limitação funcional, causado por leiomioma vascular.

Trabalho realizado na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, RS, Brasil.

Correspondência: Tomás Araújo Prado Pereira. Rua Dona Oti, 103/802 - CEP: 90680-060, Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: tomasprado@yahoo.com.br

Conflito de interesses: não há. **Fonte de financiamento:** próprio.

Data de Recebimento: 24/08/2018. **Data de Aceite:** 21/11/2018. **Online em:** 30/12/2018.



Copyright © 2018 SciJFootAnkle

RELATO DE CASO

Este trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com registro na Plataforma Brasil sob o número do CAAE: 93547818.8.0000.5335.

Uma paciente de 81 anos queixou-se de dor, desconforto e notou o aparecimento de abaulamento na região plantar antepé do direito há 2 anos. Não havia histórico de lesão local prévia ou qualquer história de trauma na região. A massa estava aumentando de tamanho e tornando-se dolorosa para caminhar. Apresentava dificuldade de usar calçados fechados, devido ao volume local entre o segundo e terceiro dedos e apresentava, também parestesia no segundo e terceiro dedos. A paciente apresentava somente hipertensão como comorbidades associadas, não possuía doença renal ou endocrinológica.

Clinicamente, apresentava uma massa de 2,5cm na região plantar do antepé entre o segundo e terceiro dedos, de consistência dura e com desconforto à palpação (Figura 1), que provocava aparente subluxação dorsal da articulação metatarsofalangeana do segundo dedo. A lesão não conseguiu ser evidenciada ao exame de Raio-X (Figura 2). As imagens de Ressonância Nuclear Magnética mostraram uma massa nodular de formato ovoide com sinais de alterações inflamatórias na gordura plantar do pé direito (Figura 3).

A excisão do tumor (tamanho 3,0 x 2,2 x 1,5cm) ocorreu em março de 2017, por uma abordagem plantar entre o



Figura 1. Localização plantar da lesão no pé direito.
Fonte: Arquivo pessoal do autor.



Figura 2. Radiografia antero-posterior do pé direito sem sinais de calcificação da lesão.

Fonte: Arquivo pessoal do autor.

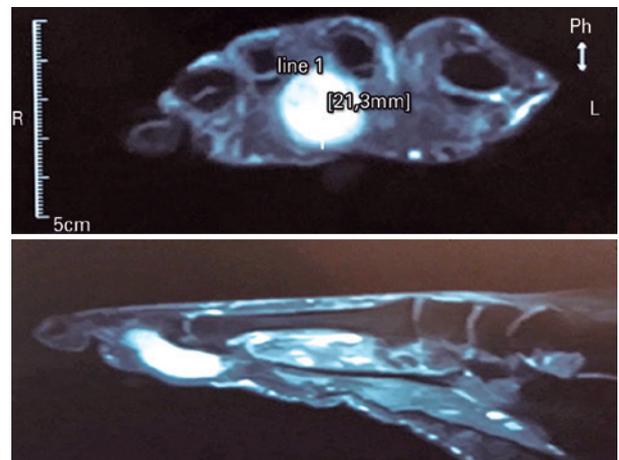


Figura 3. Ressonância magnética com cortes sagital e coronal do pé direito em T2, evidenciando hipersinal na região plantar do antepé, com aumento de volume entre o 2º e 3º dedos.

Fonte: Arquivo pessoal do autor.

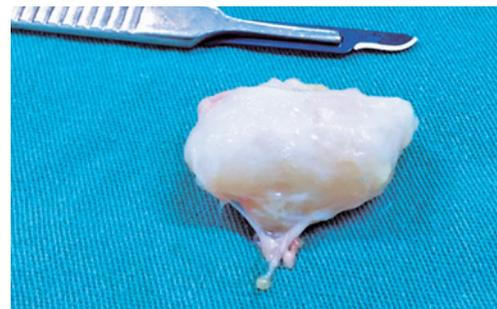


Figura 4. Aspecto e tamanho da lesão.
Fonte: Arquivo pessoal do autor.

segundo e terceiro dedos e ressecção de massa esférica bem delimitada, o resultado do exame anátomo – patológico revelou uma massa com tecido nodular, cinzento-amarelado e elástico (Figura 4). Após a cirurgia, a dor, parestesia e deformidade no antepé melhoraram totalmente e a paciente pôde, novamente, deambular e usar sapatos fechados sem dor.

DISCUSSÃO

O leiomioma vascular costuma desenvolver-se mais tardiamente, geralmente entre a quarta e sexta década de vida e acomete principalmente mulheres. Os tumores em membros inferiores ocorrem duas vezes mais frequentes em mulheres do que em homens, e os tumores de membros superiores ocorrem mais frequentemente em homens do que em mulheres. Geralmente os tumores estão localizados no subcutâneo e, com menor frequência, pode acometer a derme mais profundamente. Sítios acrais como dedos, mãos e pés são raramente documentados⁽⁵⁻⁶⁾. O leiomioma vascular é caracterizado por um nódulo subcutâneo doloroso ou indolor. A dor está presente em cerca de 50% dos pacientes. A dor foi descrita como aguda e intermitente. Ela é estimulada até mesmo pelo toque sutil na região acometida, exposição ao vento, mudanças de temperatura e outros estímulos imperceptíveis. Também pode ser exacerbada durante a gravidez e no período menstrual^(4,5,7). Algumas vezes os sintomas podem simular compressões nervosas locais quando o tumor está localizado perto de nervos periféricos^(2,8). Mesmo que tenha uma associação entre sinais histológicos de alterações mixomatosas e uma história clínica de dor, a etiologia da dor ainda permanece desconhecida. A dor poderia ser resultado de anoxia tissular local, entretanto, alguns autores têm especulado que a dor resulta da compressão de nervos cutâneos pelo tumor. Considerando que a dor é frequentemente paroxística e frequentemente precipitada pelo toque suave e mudanças de temperatura, outras causas possíveis incluem pressão aumentada no nervo devido à vasodilatação resultante de uma estase venosa aumentada⁽⁷⁾.

Clinicamente, é uma massa esférica bem demarcada, sendo que a maioria mede menos do que 2cm de diâmetro. Esse tumor, contudo, é raramente diagnosticado antes da cirurgia, mesmo com essas manifestações clínicas características⁽⁴⁾. Calcificações internas nos leiomiomas são comuns. Geralmente as calcificações significam degeneração do tumor⁽⁷⁾. Radiograficamente, 3 padrões de calcificações foram relatados: pequenas manchas difusas ou calcificação padrão grão de areia, calcificações tipo placas e grandes calcificações tipo amora⁽⁵⁾. As imagens em T2 de

ressonância nuclear magnética com apoio do leiomioma vascular mostraram uma massa com uma mistura de áreas que apresentavam ambos hipersinal e isosinal ao músculo esquelético e também revelaram um halo com hiposinal; essas imagens se correlacionam com os achados histopatológicos de músculo liso, vasos, tecido fibroso, trombos intravasculares e capsula fibrosa⁽⁴⁾.

Os diagnósticos diferenciais devem incluir tumores benignos e malignos assim como massas não neoplásicas associadas com calcificação. Entre os tumores benignos, o hemangioma pode ter calcificações circulares típicas com núcleos lucentes, enquanto outros tumores podem estar associados a coleções de calcificações periféricas agudas circunscritas (mixoma, xantoma, hamartoma, lipoma) ou pequenas e grandes calcificações padrão grão de areia (pilomatrixoma). Tumores malignos como, por exemplo, sarcoma sinovial, histiocitoma fibroso maligno ou rabdomyosarcoma podem levar à necrose e hemorragia, com calcificações secundárias que têm aparência irregular, fracas zonas amorfas de densidade aumentada nos exames radiográficos. Condrossarcomas extra-esqueléticos ou osteosarcomas podem mostrar irregularidades, depósitos marginais pobres de calcificação e ossificação que diferem de outros padrões de calcificação⁽⁹⁾.

Causas não tumorais incluem calcinose tumoral, outras lesões calcificadas com padrões tumorais localizadas nos tecidos moles superficiais, que podem estar associados à doença renal crônica com hiperparatireoidismo secundário, síndrome de Burnett, hipervitaminose D, e em pacientes com excesso de osteólise e mobilização de cálcio por neoplasias destrutivas e infecções ósseas. Esclerodermia, dermatomiosite, síndrome de CREST, Lupus Eritematoso Sistêmico e síndromes sobrepostas que podem desenvolver calcinose cutânea, conhecida como calcinosis circumscripta, calcinosis universalis e calcificações distróficas, desenvolvendo dano tecidual secundário a uma pequena lesão, necrose isquêmica ou processo infeccioso necrotizante⁽⁵⁾. O diagnóstico somente foi possível pelo exame histológico, confirmado por exame de imunohistoquímica^(8,10). Três subtipos histológicos foram descritos de acordo com seu componente predominante: sólido (capilar), cavernoso ou venoso. Cada subtipo histológico apresentava diferentes características clínicas, de acordo com a localização da lesão e do gênero do paciente, e a forma sólida é o subtipo mais comum. A forma sólida é três vezes mais comum em mulheres e envolve frequentemente as extremidades inferiores. Ela é usualmente acompanhada de dor^(7,9). O subtipo cavernoso é quatro vezes mais comum em homens e acomete principalmente a cabeça e as extremidades superiores⁽¹⁰⁾.

Recidiva local ou malignização da lesão após a excisão da mesma são extremamente raras⁽³⁾. Uma excisão marginal simples geralmente é mais do que adequada para o tratamento do angioleiomioma^(7,10).

Nenhum artigo da literatura nacional, que aborde essa patologia, foi encontrado.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que, conforme apresentado no relato de caso, mesmo que o angioleiomioma seja um tumor

de partes moles raro, ele tem uma apresentação tipicamente não específica. Pacientes com dor crônica constituem um grande problema para o cirurgião quando a causa da sua dor é de difícil diagnóstico e, por tratar-se de uma lesão rara e bem circunscrita, é perfeitamente manejável com tratamento cirúrgico⁽¹⁾. Mesmo que raro, o leiomioma vascular deve ser incluído nos diagnósticos diferenciais de abaulamentos subcutâneos, especialmente nas extremidades, pois trata-se de uma patologia curável através de cirurgia. Excisão da lesão e exame histopatológico fornecem o diagnóstico definitivo e podem resolver completamente os sintomas do paciente.

Contribuição de autores: Cada autor contribuiu individual e significativamente para o desenvolvimento deste artigo: TAPP *(<https://orcid.org/0000-0002-2936-8437>) concebeu e planejou as atividades que levaram ao estudo, redação do artigo, participou no processo de revisão e aprovou a versão final; EL *(<https://orcid.org/0000-0002-7005-4114>) Redação do artigo, participou no processo de revisão, aprovou a versão final; PAL *(<https://orcid.org/0000-0003-0929-0182>) Participou no processo de revisão e aprovou a versão final; MOM *(<https://orcid.org/0000-0002-5270-6035>) Redação do artigo, interpretou resultado dos estudos, aprovou a versão final. *ORCID (Open Researcher and Contributor ID).

REFERÊNCIAS

1. Duchateau J, Zielonka E, Guelinckx PJ. Chronic pain: illusion or pathology? A case report of a vascular leiomyoma in the leg. *Br J Plast Surg*. 1987;40(5):536-7.
2. Hamoui M, Largey A, Ali M, Fauré P, Roche O, Hebrard W, Canovas F. Angioleiomyoma in the ankle mimicking tarsal tunnel syndrome: a case report and review of the literature. *J Foot Ankle Surg*. 2010;49(4):398.e9-15.
3. Herren DB, Zimmermann A, Büchler U. Vascular leiomyoma in an index finger undergoing malignant transformation. *J Hand Surg Br*. 1995;20(4):484-7.
4. Hwang JW, Ahn JM, Kan HS, Suh JS, Kim SM, Seo JW. Vascular leiomyoma of an extremity: MR imaging-pathology correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 1998;171(4):981-5.
5. Kacerovska D, Michal M, Kreuzberg B, Mukensnabl P, Kazakov DV. Acalciated vascular leiomyoma of the skin: a rare clinicopathological variant of cutaneous vascular leiomyomas. Report of 3 cases. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(6):1000-4.
6. Tsoutsouris GV. Vascular leiomyoma. *J Foot Surg*. 1982;21(1):37-41.
7. Ogura K, Goto T, Nemoto T. Painless giant angioleiomyoma in the subfascia of the lower leg. *J Foot Ankle Surg*. 2012;51(1):99-102.
8. Miyamoto W, Yamamoto S, Kii R, Uchio Y. Vascular leiomyoma resulting in ulnar neuropathy: case report. *J Hand Surg Am*. 2008;33(10):1868-70.
9. Kugimoto Y, Asami A, Shigematsu M, Hotokebuchi T. Giant vascular leiomyoma with extensive calcification in the forearm. *J Orthop Sci*. 2004;9(3):310-3.
10. Scapinelli R, Iacobellis C, Tagliavero G, Blandamura S, Baggio ME. Vascular leiomyoma of the limbs. *Chir Organi Mov*. 2001;86(2):143-52.