

DOENÇA DE LEDDERHOSE – UM CASO CLÍNICO

Eduardo Aguiar Oliveira*, Telmo Pato**, Anabela Barcelos***

A doença de Ledderhose (também conhecida como Fibromatose da Fáschia Plantar, Morbus Ledderhose ou Fibromatose Plantar) é uma patologia rara. É uma doença fibromatosa benigna, assim como a Contractura de Dupuytren, de etiologia desconhecida. Na literatura existem vários estudos que têm demonstrado associação desta doença com a doença hepática alcoólica, Diabetes Mellitus, utilização de anticonvulsivantes, além de uma forma familiar autossômica dominante¹⁻⁴.

A doença de Ledderhose pode ocorrer em 5 a 10% dos doentes com Contractura de Dupuytren⁴.

Caracteriza-se pelo espessamento e hialinização do feixe de fibras de colagénio da fáschia plantar, com formação de nódulos palpáveis e contração da mesma⁵. Ocorre sobretudo na região medial da referida fáschia, originando dor com a marcha, podendo evoluir para a contractura dos dedos dos pés.

Numa fase inicial, os nódulos são indolores. Com o evoluir da doença tornam-se maiores originando dor e dificuldade na marcha; por vezes surgem parestesias quando comprimem estruturas nervosas e nos casos mais graves pode ocorrer ulceração dos nódulos com sobreinfecção secundária⁶.

O tratamento varia de acordo com a fase de evolução da doença. Na fase inicial, o doente deve ser tranquilizado quanto à benignidade das lesões e da importância do controlo da diabetes ou abstinência etílica, caso se justifique. A utilização de calçado adequado, assim como o uso de palmilhas específicas para alívio da pressão sobre os nódulos pode ser suficiente. Nas fases mais avançadas, em que os nódulos são muito dolorosos interferindo com a marcha, o tratamento de eleição é a cirurgia. Esta consiste na realização de fasciectomia com excisão dos nódulos. A taxa de recidiva é elevada, po-



Figura 1. Retraccção dos dedos da mão direita (contractura de Dupuytren)



Figura 2. Nódulo fibromatoso na planta do pé direito

*Interno do Internato Complementar de Medicina Interna, Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. – Aveiro.

**Assistente Hospitalar Graduado de Ortopedia, Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. – Aveiro.

***Directora do Serviço de Reumatologia, Hospital Infante D. Pedro, E.P.E. – Aveiro.

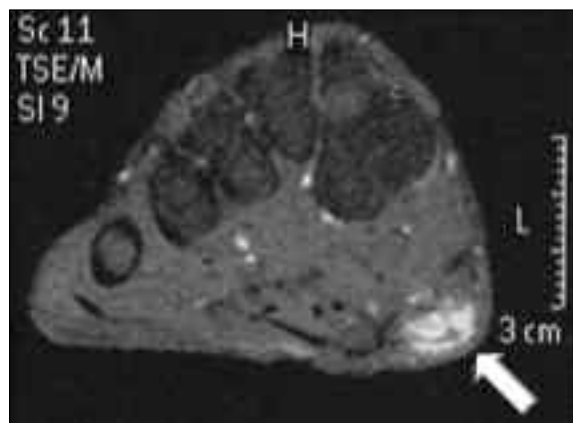


Figura 3. RMN do pé direito: nódulo da fásia plantar (plano coronal)

dendo ocorrer em 60 a 85% dos casos.

Apresenta-se o caso de um doente de 64 anos, orientado para consulta de Reumatologia por apresentar lesões nodulares em ambos os pés, com grande incapacidade para a marcha. O doente apresentava antecedentes de contractura de Dupuytren bilateral, já com várias cirurgias à mão esquerda. Negava antecedentes de Diabetes mellitus ou uso de anticonvulsivantes. Tinha hábitos etílicos (ingestão de aproximadamente 40g por dia) até há 5 anos, altura em que surgiram as queixas de contractura de Dupuytren nas mãos.

À observação, apresentava contractura de Dupuytren na mão direita com retracção dos dedos (Figura 1), e na face palmar da mão esquerda, cicatrizes correspondentes às várias cirurgias a que havia sido submetido. Apresentava ainda nódulos na planta de ambos os pés, dolorosos à palpação (Figura 2).

O estudo analítico não revelou alterações e a RMN do pé direito revelou duas nodularidades tecidulares na vertente interna da fásia plantar, com 1,8cm e 0,8cm, compatíveis com manifestações de fascíte plantar (Figuras 3 e 4).

O doente foi orientado para a consulta de Ortopedia para terapêutica ciúrgica, que decorreu sem incidentes e sem qualquer recidiva até ao momento.



Figura 4. RMN do pé direito: nódulo da fásia plantar (plano sagital)

Correspondência para

Eduardo Aguiar Oliveira
 Serviço de Medicina 1 do Hospital Infante D. Pedro,
 E.P.E.
 Avenida Artur Ravara
 3814-501 Aveiro
 E-mail: dr_edu_oliveira@yahoo.com

Referências

1. Mattson RH, Cramer JA, McCutchen CB. Barbiturate-related connective tissue disorders. *Arch Intern Med* 1989;149:911-914.
2. Attali P, Ink O, Pelletier G, et al. Dupuytren's contracture, alcohol consumption, and chronic liver disease. *Arch Intern Med* 1987;147:1065-1067.
3. Burge P, Hoy G, Regan P, Milne R. Smoking, alcohol and the risk of Dupuytren's contracture. *J Bone Joint Surg* 1997;2:206-210.
4. Coral P, Zanatta A, Teive H et al. Doenças de Dupuytren e de Ledderhose associadas ao uso crónico de anticonvulsivantes. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57:860-862.
5. Pojer J, Radivojevic M, Willian TE Dupuytren's disease. *Arch Intern Med* 1972; 129: 561-566.
6. Landers PA, Yu GV, White JM, Farrer AK. Recurrent plantar fibromatosis. *The Journal of Foot & Ankle Surgery* 1993;32: 85-93.