

Compressão do nervo fibular comum por osteocondroma: relato de caso*

ANTÔNIO SEVERO¹, LUÍS GUSTAVO CALIERON², ANDRÉ KUHN³

ABSTRACT

Common fibular nerve compression by osteochondroma: case report

A case of common fibular nerve (CFN) compression caused by an osteochondroma arising from the right proximal metaphysis of the fibula in a 13 years old male patient is described. The patient reported that after falling with the right foot forced into plantar hyperflexion a complete lack of dorsal extension of the toes was noticed, persisting the strength of the anterior tibial muscle. Electroneuromyography showed neuropraxia and partial axonotmesis of the CFN. The patient underwent conservative treatment for six months without improvement. Surgical procedure was indicated: the surgical exploration showed a nerve dislocated and flattened by the tumor. Complete resection of the tumor and neurolysis were performed for neurological recovery. Six months after surgery the patient regained the normal range of motion.

Unitermos – Osteocondroma; nervo fibular comum

Key words – Osteochondroma; common fibular nerve

INTRODUÇÃO

O mais comum dos tumores ósseos benignos é o osteocondroma, composto de osso esponjoso, coberto por capa cartilaginosa e revestido em sua base pelo periósteo adjacente⁽¹⁾.

Os osteocondromas aparecem e desenvolvem-se durante o período de crescimento ósseo, raramente depois, localizando-se principalmente nas metáfises de ossos tubulares longos, especialmente próximo ao joelho. O restante desenvolve-se próximo do tornozelo, quadril, ombro e cotovelo. Quanto a sua histogênese, acredita-se que haja um tecido embrionário precursor comum para o osso e cartilagem⁽²⁻⁴⁾.

Os sintomas por ele causados são leves, geralmente devidos a bursite subjacente; como manifestação há edema firme, não doloroso, fixado ao osso no qual o tecido subjacente é móvel⁽¹⁾. Este relato de caso apresenta uma complicação incomum desse tumor: a compressão do nervo fibular comum direito, à altura do terço proximal da fíbula em jovem do sexo masculino com queixas de parestesias intermitentes e paralisia motora em perna e pé direitos, agravada por trauma indireto (entorse).

DESCRIÇÃO DO CASO

M.V., 13 anos de idade, sexo masculino, branco, estudante, apresentava queixas intermitentes de formigamento na face ântero-lateral da perna e pé direitos com alguns meses de sintomatologia, além de abaulamento no terço proximal lateral dessa perna.

Durante queda ao solo, jogando futebol, fez uma hiperflexão plantar forçada do pé direito, resultando em agravamento da sua sintomatologia prévia. Ao exame clínico apresentava tumoração de aproximadamente 3cm de diâmetro, saliente e localizada no terço proximal ântero-lateral da perna direita, havendo dificuldade na deambulação, arrastando parcialmente o pé direito. À palpação a tumoração tinha consistência endurecida, imóvel, não sendo aderida

* Trabalho realizado no Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT) de Passo Fundo, RS.

1. Médico-instrutor do Serviço de Cirurgia do Membro Superior, Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT), Passo Fundo, RS; Mestrando em Biomecânica pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC.
2. Médico Residente (R1) do IOT, Passo Fundo, RS.
3. Médico-instrutor do Serviço de Cirurgia do Joelho, IOT, Passo Fundo, RS.

Endereço para correspondência: Antônio Severo, Rua Independência, 889 – 99010-041 – Passo Fundo, RS. Tel.: (54) 311-1933; E-mail: iot@tpo.com.br
Recebido em 8/5/01. Aprovado para publicação em 2/10/01.
Copyright RBO2001



Fig. 1 – Aspecto transoperatório mostrando o nervo rechaçado e comprimido pelo tumor

Fig. 1 – Surgical aspect showing a dislocated and flattened nerve

ao tecido celular subcutâneo. Havia dor à digitopercussão localizada na área tumoral, com irradiação para a face ântero-lateral da perna e pé direitos. Amplitude de movimento do joelho direito não apresentava alteração em comparação com o lado contralateral, não havendo derrame articular. Aos testes neurológicos o paciente apresentava parestesia na face ântero-lateral da perna e pé direitos, perda completa da flexão dorsal dos dedos e da eversão do pé direito, porém conservava parcialmente a força do músculo tibial anterior, que se manifestava por inversão e leve dorsiflexão desse pé.

Ao exame radiográfico evidenciou-se a presença de tumoração óssea na região metafisária da fíbula direita, com características de osteocondroma. A eletroneuromiografia revelou neuropraxia e axoniotmese parcial do nervo fibular comum.



Fig. 2 – Ressecção completa do tumor e ampla neurólise do nervo fibular comum

Fig. 2 – Complete resection of the tumor and neurolysis of the common fibula nerve

Este paciente foi tratado conservadoramente (medicação, fisioterapia e órtese) por um período de seis meses, sem obter melhora. Então, a cirurgia foi indicada.

O paciente foi submetido a exérese completa do tumor através de uma incisão de 13cm no terço proximal do joelho e face lateral da perna direita. Ampla neurólise do NFC foi realizada. No transoperatório observou-se um nervo rechaçado e afilado pela tumoração (figs. 1 e 2).

No exame anatomopatológico confirmou-se o diagnóstico de osteocondroma. Houve recuperação neurológica completa, seis meses após a cirurgia.

DISCUSSÃO

O nervo fibular comum (NFC), também conhecido como nervo ciático poplíteo externo ou nervo poplíteo lateral, é

um ramo terminal do nervo ciático. Ele emerge no terço inferior da coxa, passa pela fossa poplíteia e ao longo do colo da fíbula. A seguir, gira ao redor desse osso e perfura o músculo fibular longo, onde se divide em dois ramos terminais: o nervo fibular superficial e o profundo. Anormalidades na trajetória desse nervo podem causar alterações sensitivas e motoras das estruturas que ele inerva (lojas anterior e lateral da perna e pé). Cistos sinoviais, tenossinovites e traumas são causas conhecidas de compressão nervosa, tanto no membro superior quanto no inferior⁽⁵⁻⁸⁾.

Na literatura foram encontradas algumas etiologias de compressão do nervo fibular comum, porém não por osteocondroma. As causas mais comuns na compressão desse nervo são a presença de cisto⁽⁹⁻¹²⁾ e curso anormal do nervo sob a fásia, em que os sintomas podem ou não ser desencadeados por trauma direto ou indireto (entorses)^(6,7,11,13).

O diagnóstico foi estabelecido pela história clínica (dor em queimação e parestesia localizado na parte lateral da perna e pé direitos) e exame físico (saliência local, dor à digitopercussão e paralisia motora).

Não foi necessária a realização de tomografia computadorizada ou ressonância magnética, embora, para Daghino *et al*⁽¹³⁾ e Gali e Meirelles⁽⁵⁾, a ressonância é essencial para o diagnóstico diferencial entre cistos e síndrome compressiva devido à trajetória anormal do nervo sob a fásia.

No diagnóstico diferencial devem ser lembrados: osteomielite, aracnoidite, neurite periférica, cisto e schwannoma.

Stack *et al*⁽¹¹⁾ e Clark⁽¹⁰⁾ referem que a recuperação da paralisia depende do tempo em que o nervo ficou comprometido. Assim como outros autores^(7,10,19) sugerem, o diagnóstico e tratamento precoces são essenciais. No caso des-

crita, após seis meses do ato cirúrgico o paciente obteve excelente e rápida recuperação, tanto dos sintomas sensitivos quanto dos motores.

Os autores preconizaram o tratamento cirúrgico precoce em casos de tumoração óssea com alterações neurológicas evidentes, com o objetivo de evitar dano neurológico definitivo.

REFERÊNCIAS

1. Turek S.L.: Ortopedia – Princípios e sua Aplicação, 4ª ed., São Paulo, Manole, 3: 684-686, 1991.
2. Alves M.T., Dias L.H., Campos M.M.: Osteocondroma de extremidade proximal da ulna: relato de caso. Rev Bras Ortop 34: 447-450, 1999.
3. Carnesale P.G., Pitcock J.A.: “Tumores” in Cirurgia ortopédica de Campbell. Buenos Aires, Editora Panamericana, II: 1267-1368, 1980.
4. Greenspan A.: Tumores e Lesões Tumorais: Radiologia Ortopédica. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 16.1-16.28, 1996.
5. Gali J.C., Meirelles Jr. J.S.: Compressão pós-traumática do nervo fibular superficial. Rev Bras Ortop 34: 401-404, 1999.
6. Lowdom I.R.: Superficial peroneal nerve entrapment. A case report. J Bone Joint Surg [Br] 67: 58-59, 1985.
7. Sathler M.: Síndrome de compressão do nervo fibular superficial. Descrição de um caso bilateral. Rev Bras Neurol 28: 75-77, 1992.
8. Styf J., Morberg P.: The superficial peroneal tunnel syndrome. Results of treatment by decompression. J Bone Joint Surg [Br] 79: 801-803, 1997.
9. Parkes A.: Intraneural ganglion of the lateral popliteal nerve. J Bone Joint Surg [Br] 43: 784-790, 1961.
10. Clark N.: Ganglion of the lateral popliteal nerve. J Bone Joint Surg [Br] 43: 778-783, 1961.
11. Stack R., Bianco A., MacCarty C.: Compression of the common peroneal nerve by ganglion cysts. J Bone Joint Surg [Am] 47: 773-778, 1965.
12. Mainine S., Faria P.C.Z., Barone P.S., Violante Jr. F.H., Androsioni R., Righ L.C.S.: Compressão do nervo fibular comum por cisto sinovial – Relato de caso. Rev Bras Ortop 32: 79-81, 1997.
13. Daghino W., Pasquali M., Faletti C.: Superficial peroneal nerve entrapment in a young athlete: the diagnostic contribution of magnetic resonance imaging. J Foot Ankle Surg 36: 170-172, 1997.