

ULCERA PLANTAR SECUNDARIA A ESPONDILOLISTESE

REGISTRO DE UM CASO

ANTONIO CESAR G. BORGES *
RODINEI R. FESTUGATO **
RENATO XAVIER ***
DJALMA FROES ****

Há longo tempo se conhecem a osteoartrose lombar, a estenose congênita do canal lombar e o espessamento do ligamento amarelo como causas não tumorais e infecciosas de sofrimento das raízes da cauda equina, cujo quadro clássico é o de dor lombar e a ciática associadas ou não ao exercício e as mudanças de postura^{1,3}. Este relato demonstra a lombociatalgia e a úlcera plantar como conseqüências de espondilolistese degenerativa.

OBSERVAÇÃO

Z.C. (Reg. nº 020195), sexo feminino, preta, 41 anos de idade, foi internada no Hospital Escola da Faculdade de Medicina da UFPEL em 30-03-1976, com queixas de dor lombar que se irradiava para o membro inferior direito, atingindo a face posterior da coxa, perna e quatro últimos artelhos. Este quadro sintomático se iniciou há 15 anos, após colpoperineoplastia e se intensificou nos últimos trinta dias com a deambulação. A paciente referia que tinha deformidade nos pés desde os 17 anos de idade e que, há um ano, surgiram úlceras indolores em ambos os calcanhares. *Exame físico* — Paciente consciente, lúcida, sem alterações das funções cerebrais. Escoliose lombar dextroconvexa com acentuação da lordose e contratura paravertebral bilateral. Hipotrofia muscular da coxa e perna esquerda (coxa D. 53,5cm; coxa E. 52cm de diâmetro, perna D. 38cm, perna E. 35cm de diâmetro). Reflexos patelar e aquilino abolidos de ambos os lados. Anestesia termoalgésica da região póstero-lateral da perna e da região dorsal e plantar do pé direito. Diminuição da força de extensão do hálux de ambos os pés e hiperextensão das primeiras falanges de todos os artelhos. No calcanhar direito observava-se lesão indolor de bordos irregulares com 3cm x 2cm de superfície, com profundidade de 1cm e úlcera de 2cmx1cm de superfície no calcanhar esquerdo. *Exames complementares* — Sangue e urina normais. Radiografia da coluna lombosacra: escoliose lombar dextroconvexa, espondilolistese da 5ª vértebra lombar. Radiculografia com Dimer X: compressão radicular bilateral ao nível do espaço intervertebral L5-S1. O líquido cefalorraqueano colhido no espaço L3-L4 foi normal.

Trabalho da Disciplina de Neurologia, Faculdade de Medicina UFPEL: * Professor Assistente de Neurologia; ** Auxiliar de Ensino de Neurologia; *** Professor Assistente de Ortopedia; **** Doutorando.

Intervenção cirúrgica — Laminectomia ampla de L3 a S1 sob anestesia geral. Remoção do ligamento amarelo nesta extensão e foraminotomia. Não foi aberta a dura-mater. Em seguida foi colocado enxerto ósseo retirado da tíbia direita, tendo o sacro e a apófise espinhosa de L2 como pontos de fixação (artrodese posterior). Após a hemostasia foi feito o fechamento por planos. A paciente permaneceu com colete gessado pelvepodálico durante 60 dias, recuperando-se sem maiores alterações. *Evolução* — Quatro meses após a cirurgia as úlceras estavam cicatrizadas e a paciente negava dor ao deambular. As áreas de deficiência sensitiva permaneceram inalteradas.

COMENTARIOS

A úlcera perfurante plantar usualmente ocorre sob a base no hálux, mas pode ocorrer no bordo externo do pé, sendo devida a alterações vasculares locais e modificações do trofismo nas áreas de anestesia. Este tipo de úlcera é encontrável no diabete mellitus, tabes dorsalis, fenômeno de Raynaud e tromboangeite obliterante⁵. Quando a úlcera plantar é bilateral deve ser de origem familiar, tal como na moléstia de Thevenard. Pareceu-nos pertinente acrescentar a espondilolistese degenerativa à lista das causas de úlcera plantar. Essa patologia, descrita por Kilian em 1854, como subluxação da articulação lombosacra, passou a ter importância clínica com os trabalhos de Wiltse, devido à lombociatalgia, diminuição de força nos membros inferiores ao deambular e alterações miccionais, todos secundários à compressão radicular e de cauda equina^{6,7}. O caso aqui relatado mostra características de sofrimento das raízes da cauda equina, culminando com o aparecimento de úlcera plantar bilateral. É sabido que na coluna vertebral normal, o eixo de flexão e extensão passa pelo núcleo pulposo, mas na degeneração discal, este eixo se move posteriormente pelas articulações apofisárias. Em consequência disso, se desenvolve hipertrofia e artrose destas articulações e estenose do canal lombar, causando compressão de raízes da cauda equina, as quais podem ser seccionadas pelas lâminas e facetas inferiores das vértebras que se deslocam⁴. Por isso, a artrodese posterior pode ser sugerida nos casos de grande instabilidade da coluna lombosacra e sofrimento radicular associado antes que se desenvolvam sinais definitivos de deficiência motora, sensitiva ou trófica.

RESUMO

É relatado o caso de uma paciente de 41 anos de idade com queixas de dor lombar de longa data e úlcera plantar bilateral, secundárias a espondilolistese lombar. A laminectomia e artrodese posterior permitiram recuperação dos sinais e sintomas. São feitos breves comentários sobre os aspectos clínicos e cirúrgicos deste caso.

SUMMARY

Plantar ulcer due to lumbar spondylolisthesis: a case report.

A case of a 41 year-old-woman with a long history of back pain and bilateral plantar ulcer due to spondylolisthesis is reported. Symptomatology was solved by decompression followed by spinal fusion. Brief comments are presented on clinical aspects and surgical treatment.

REFERENCIAS

1. BLAU, J. N. & LOGUE, V. — Intermittent claudication of the cauda equina. *Lancet* 20:10, 1961.
2. BRODSKY, A. E. — Low back pain syndromes due to spinal stenosis and posterior cauda equina compression. *Bull. Hospital for Joint Diseases* 36:66, 1975.
3. DEJERINE — citado por Blau, J. N. & Logue, V.1.
4. EPSTEIN, J. A.; EPSTEIN, B. S.; LAVINE, L. S.; CARRAS, R. & ROSENTHAL, A. D. — Degenerative lumbar spondylolisthesis with an intact neural arch. *J. Neurosurg.* 44:139, 1976.
5. HART, F. D. — French's Index of Differential Diagnosis. 10 th Edition. Wright, Ltd, Bristol. 1973, pág. 273.
6. KILIAN, H. F. — *In* Newman P. H. & Stone K. H. — The etiology of spondylolisthesis. *J. Bone Joint Surg.* 45B:39, 1963.
7. WILTSE, L. L. & HUTCHINSON, R. H. — Surgical treatment of spondylolisthesis. *Clin. Orthop.* 35:116, 1966.

Disciplina de Neurologia, Departamento de Medicina Geral — Faculdade de Medicina UFPEL — Av. Duque de Caxias 250 — 96100 Pelotas, RS — Brasil.