

Músculo solear acessório: relato de caso

Accessory soleus muscle: a case report

Wilel de Almeida Benevides¹, Thiago Alexandre Alves Silva¹, Matheus Levy de Almeida Taveira de Souza¹

RESUMO

A presença do músculo solear acessório é uma variante anatômica congênita, raramente vista e diagnosticada na prática clínica. Sua incidência varia de 0,7 a 5,5% segundo a literatura médica. É mais comumente diagnosticada na segunda ou terceira décadas de vida, e pode ser assintomática, mas, geralmente, manifesta-se como dor, edema e/ou massa posteromedial do tornozelo. Várias formas de tratamento são descritas, desde abordagens conservadoras, até fasciotomia e excisão cirúrgica. Relatamos um caso refratário a medidas conservadoras com necessidade de abordagem cirúrgica.

Descritores:

Anormalidades congênitas/diagnóstico; Diagnóstico diferencial; Músculo esquelético/anormalidades; Músculo esquelético/patologia; Músculo esquelético/cirurgia; Relatos de casos

ABSTRACT

Soleus accessory muscle is a congenital anatomical variant rarely seen and diagnosed in the daily practice. This disease incidence ranges from 0,7-5.5% according to the medical literature, and it usually occurs in the second/third decade of patients' life. The disease can be asymptomatic but normally it presents pain, swelling and/or mass in the posterior medial ankle. A variety of treatment options have been described, from conservative treatment to fasciotomy and surgical excision. We report a case resistant to conservative treatment that required surgical approach.

Keywords:

Congenital abnormalities/diagnosis; Diagnosis, differential; Muscle, skeletal/abnormalities; Muscle, skeletal/pathology; Muscle, skeletal/surgery; Case reports

INTRODUÇÃO

O músculo solear acessório, também chamado de solear supranumérico ou solear segundo, foi primeiramente descrito na literatura em 1843 por Fucruvelhier e é uma variação anatômica congênita com incidência de 0,7 a 5,5%.⁽¹⁾ Localizado na face posterior do tornozelo, tem inervação própria pelo nervo tibial e suprimento sanguíneo por meio da artéria tibial posterior.⁽¹⁾

Geralmente é assintomático até a segunda década de vida. Esta variação anatômica pode se apresentar como massa na região posteromedial do tornozelo e dor relacionada principalmente à atividade física. A real incidência

dos sintomas nesta rara patologia ainda é discutida. Brodie et al.⁽¹⁾ relatam que esta condição geralmente manifesta-se com massa dolorosa, em contraposição a Doda et al.,⁽²⁾ que afirmam que a maioria dos casos é assintomática.

Este músculo supranumérico encontra-se profundamente ao gastrocnêmio, na região posterior do terço superior da fíbula na linha oblíqua solear, entre a cabeça da fíbula e a parte posterior da tíbia. Desde sua origem, o solear acessório desce anteromedialmente até o tendão de Aquiles. Cinco tipos de inserções foram descritas: (1) no tendão de Aquiles, (2) do tipo muscular, na região superior do calcâneo, (3) tendinosa, na região superior do calcâneo,

Correspondência:

Wilel de Almeida Benevides
Hospital Madre Teresa
Avenida Raja Gabáglia, 1.002 – Gutierrez
CEP: 30441070 – Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: wilelbenevides@hotmail.com

Conflito de interesse:

não há.

Fonte de financiamento:

não há.

Data de recebimento:

14/9/2016

Data de aceite:

3/11/2016

¹ Hospital Madre Teresa, Belo Horizonte, MG, Brasil.

(4) do tipo muscular, na região medial do calcâneo, (5) tendinosa, na região medial do calcâneo.⁽³⁾

A terapêutica ainda é controversa para os casos de solear acessório sintomático. Em casos refratários ao tratamento conservador, medidas cirúrgicas devem ser tomadas, as quais variam de fasciotomia, excisão, liberação muscular e embolização do fluxo sanguíneo. A seguir, apresentamos nossa opção de tratamento cirúrgico.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 28 anos de idade, estudante de direito, compareceu ao consultório com queixa de dor e parestesia persistente em face medial do tornozelo esquerdo durante prática de esporte. Paciente relatou também massa em região posteromedial. Ela não queixava dor e/ou desconforto durante as atividades diárias e marcha.

Durante o exame físico, foi palpada uma massa, de consistência amolecida posterior ao maléolo medial no triângulo de Böhler do tornozelo esquerdo (Figura 1). A massa era indolor e mostrava-se mais proeminente durante a flexo-extensão do tornozelo. A amplitude de movimento do pé e do tornozelo e o exame neurovascular encontravam-se dentro dos padrões de normalidade.



Figura 1 | Tornozelo no pré-operatório demonstrando presença de massa em região posterior ao maléolo lateral.

Foi solicitado exame de radiografia em anteroposterior e perfil do tornozelo e pé, que não tiveram alterações. O exame de ressonância magnética não demonstrou presença de neoplasias de partes moles, mas uma massa com sinal intermediário nas imagens em T1 e T2 na região posteromedial do tornozelo, com hipótese diagnóstica de variação anatômica na forma de músculo solear acessório (Figura 2).

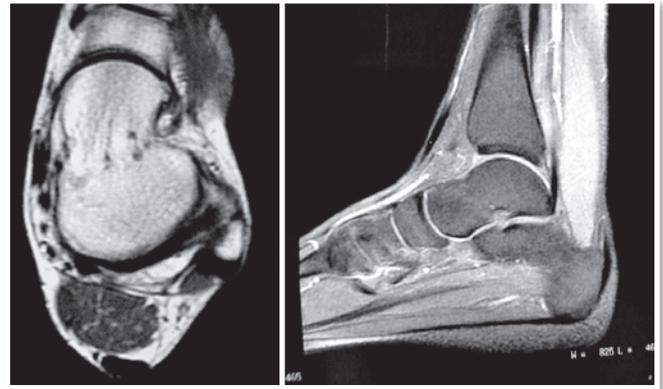


Figura 2 | Ressonância magnética do tornozelo em corte axial e sagital apresentando lesão com sinal intermediário nas imagens em T1 e T2 na região posteromedial do tornozelo.

A paciente foi submetida a tratamento conservador com analgésicos/anti-inflamatórios não esteroidais, imobilização, órtese e fisioterapia. Após 3 meses, retornou para reavaliação sem melhora dos sintomas.

Por conta de falha do tratamento conservador, optou-se por tratamento cirúrgico. O procedimento foi realizado sob raquianestesia, com paciente em decúbito ventral, com torniquete na raiz da coxa. Foi realizado acesso cirúrgico por via posteromedial ao terço distal do pé e tornozelo esquerdo, sendo visualizado o ventre do músculo solear acessório após a abertura da fáscia. Observamos que uma massa muscular de aproximadamente 10,5cm (Figura 3) ocasionava compressão do feixe vâsculo-nervoso devido ao seu volume, sendo responsável pela sintomatologia da paciente. Foi realizada ressecção de todo o músculo, desde sua origem até a inserção no superomedial calcâneo (Figura 4), com envio do material para exame anatomopatológico (Figura 5). Após o fechamento por planos foi realizada imobilização tipo Jones, e paciente foi orientada a realizar carga progressiva no pós-operatório, de acordo com a tolerância. Os pontos foram retirados após 15 dias, e reabilitação funcional com fisioterapia foi iniciada.



Figura 3 | Tratamento cirúrgico com ressecção de massa muscular.

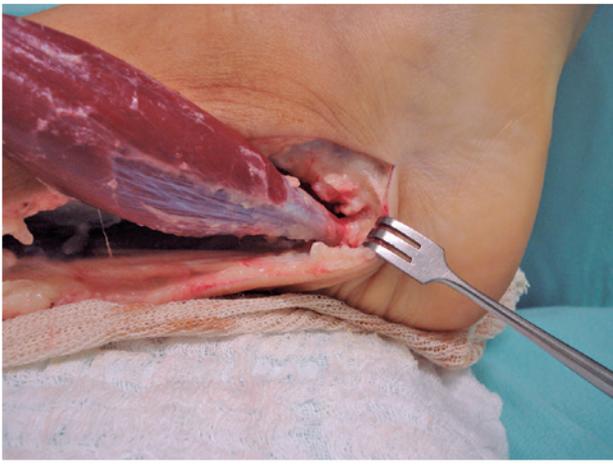


Figura 4 | Inserção do músculo solear acessório no tubérculo superomedial do calcâneo.



Figura 5 | Músculo solear acessório ressecado com aproximadamente 10,5cm.

A paciente foi reavaliada periodicamente, permanecendo assintomática após o tratamento cirúrgico. Com 3 meses de pós-operatório já tinha retornado plenamente a prática de atividades físicas e, após 1 ano de cirurgia, não apresentava queixas.

DISCUSSÃO

O músculo solear acessório tem características de uma musculatura normal em uma localização anormal, sendo considerado uma variante anatômica que se desenvolve na região anteromedial do sóleo e do tendão calcâneo. Gordon e Matheson⁽⁴⁾ descreveram a origem do músculo solear acessório como uma divisão precoce de uma única anlage progenitora, na altura da diferenciação do músculo. A prevalência desta variante anatômica é de 6%, e sua bilateralidade é estimada em um terço dos casos. A origem do solear acessório é o aspecto posterior da tibia e a superfície anterior do sóleo. Sua vascularização origina-se na artéria tibial posterior e na inervação do nervo tibial.

A incidência média achada em estudos com cadáveres foi de quase 2% com uma razão de homem para mulher de 2:1. Na maioria dos casos, o músculo solear acessório é assintomático e consiste em um achado ocasional. Quando sintomático, geralmente se faz presente em homens jovens (20 a 30 anos) que praticam atividades físicas.⁽⁵⁾

A dor aparece durante a prática de atividades físicas e é localizada na região posteromedial do tornozelo, em associação com uma massa visível ou palpável. Sintomas desaparecem com repouso, normalmente não afetam as atividades de vida diária e não têm relação com trauma.

O exame físico revela tumefação macia e indolor na região posteromedial do tornozelo, que se torna rígida e dolorosa com contração contrarresistência.

Várias hipóteses têm sido discutidas como forma de explicar a dor causada pela presença do solear acessório: compressão do nervo tibial que causa síndrome do túnel do tarso; claudicação intermitente durante o exercício, devido à vascularização insuficiente; e pressão excessiva devido ao aumento de volume durante os exercícios, que causa síndrome compartimental (hipótese mais aceita).

Dentre os diagnósticos diferenciais de massas nos membros inferiores, devemos incluir: lipoma, linfangioma, hemangioma, sarcoma de partes moles entre outros. Caso a tumoração seja dolorosa, devemos lembrar também de síndrome compartimental posterior crônica, síndrome do túnel do tarso, lesões do tendão tibial posterior, coalizão tarsal e tendinite do Aquiles. Apesar de incomum, a presença do músculo solear acessório deve ser lembrada para todas as massas na região posterior do tornozelo.

Vários tipos de métodos de imagem podem ser utilizados para auxiliar no diagnóstico desta variação anatômica. Radiografias simples geralmente mostram um aumento de densidade de partes moles consistente com uma massa na região distal da perna, entre a tíbia e o tríceps sural, podendo obliterar o triângulo adiposo de Kager. No passado, a tomografia computadorizada foi muito utilizada para confirmar o diagnóstico de músculo solear acessório. Uma massa de tecidos moles na região posterior do tornozelo, com a mesma atenuação da musculatura adjacente, é consistente com uma massa muscular. Entretanto, diferenciar entre um tumor de partes moles e o músculo solear acessório pode ser difícil, uma vez que ambos podem apresentar o mesmo aspecto na tomografia computadorizada. Nos dias atuais, a utilização da RM permite distinguir com certa facilidade uma massa muscular normal de neoplasias de partes moles. A ressonância magnética, com a possibilidade de cortes em múltiplos planos, proporciona maior detalhamento anatômico, e avaliação de origem e inserção da massa. Alguns autores relataram a utilização de ultrassonografia para avaliar a presença do músculo solear acessório. Com essa técnica é possível avaliar a textura e a localização do tumor.⁽⁶⁾ Eletro-neuromiografia e testes de condução nervosa também podem fazer parte da propedêutica.

Tratamento conservador, com repouso, elevação, imobilização e fisioterapia, deve ser, em geral, a primeira opção, tanto para atletas quanto para sedentários. Na abordagem inicial, a primeira medida a ser tomada é evitar os exercícios que causam dor, seguido da reabilitação fisioterápica. Não existem, na literatura, protocolos fisioterápicos para estes casos. De acordo com Rossi et al.,⁽⁷⁾ tais protocolos devem incluir massagens, alongamentos e fortalecimento do gastrocnêmio, sóleo e tendão calcâneo. Após 12 semanas, o paciente pode retornar de maneira progressiva a prática de atividades físicas, iniciando com corridas leves e agachamentos, e progredindo até treinos de arrancada e impacto.

Na falha do tratamento conservador, as opções cirúrgicas mais comuns para atletas e praticantes de atividades físicas são a fasciotomia e a excisão.⁽⁸⁾ Os dois procedimentos se mostraram igualmente eficientes, e a opção terapêutica pode ser desafiadora.^(1,9) Kouvalchouk et al.⁽¹⁰⁾ relataram a maior série de casos (17 pacientes atletas de 21 descritos) e afirmaram que a ressecção completa é o tratamento mais confiável para pacientes sintomáticos.

Em nosso paciente, optou-se pela excisão completa da musculatura devido a: falha do tratamento conservador, presença de massa volumosa na região do tornozelo, necessidade de resolução completa e imediata dos sintomas, aumento das taxas de tendinopatia do Aquiles associada à presença do solear acessório e suporte da literatura médica em relação a esta técnica.

CONCLUSÃO

A presença do músculo solear acessório é uma variação anatômica rara, que deve ser incluída como diagnóstico diferencial das tumorações na região posteromedial do tornozelo. Nos casos sintomáticos, com falha do tratamento conservador, devem-se utilizar opções cirúrgicas. Apesar dos resultados na literatura ainda serem inconclusivos devido aos poucos relatos, os pequenos casos de série e a falta de dados, a fasciotomia e a excisão apresentam resultados igualmente eficientes.

REFERÊNCIAS

1. Brodie JT, Dormans JP, Gregg JR, Davidson RS. Accessory soleus muscle: a report of 4 cases and review of literature. *Clin Orthop Relat Res.* 1997;(337):180-6.
2. Doda N, Peh WC, Chawla A. Symptomatic accessory soleus muscle: diagnosis and follow-up on magnetic resonance imaging. *Br J Radiol.* 2006;79(946):e129-32.
3. Del Nero FB, Ruiz CR, Aliaga Júnior R. The presence of accessory soleus muscle in humans. *einstein (Sao Paulo).* 2012;10(1):79-81.
4. Gordon SL, Matheson DW. The accessory soleus. *Clin Orthop.* 1973;(97):129-32.
5. Mukish P, Reybet-Degat PY, Demangel A, Trouilloud P, Baulot E. Accessory soleus muscle: a difficult diagnosis: a case report and a review of the literature. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2012;22 Suppl 1:205-9.
6. Downey MS, Siegerman J. Accessory soleus muscle: a review of the literature and case report. *J Foot Ankle Surg.* 1996;35(6):537-43.
7. Rossi R, Bonasia DE, Tron A, Ferro A, Castoldi F. Accessory soleus in the athletes: literature review and case report of a massive muscle in a soccer player. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2009;17(8):990-5.
8. Christodoulou A, Terzidis I, Natzsis K, Gigis I, Pourmaras J. Soleus accessorius, an anomalous muscle in a young athlete: case report and analysis of the literature. *Br J Sports Med.* 2004;38(6):e38.
9. Leswick DA, Chow V, Stoneham GW. Resident's corner. Answer to case of the month #94. Accessory soleus muscle. *Can Assoc Radiol J.* 2003;54(5):313-5.
10. Kouvalchouk JF, Lecocq J, Parier J, Fischer M. [The accessory soleus muscle: a report of 21 cases and a review of the literature]. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot.* 2005;91(3):232-8. French.