

Artrodese tripla após liberação pósteromedial em tratamento de pé torto congênito

Monica Paschoal Nogueira¹, Luiz Alberto Barbosa Tavares², Alessandro Monterroso Felix³, Paulo Rogério Kanaji³, Willian Martins Ferreira², Bruno de Oliveira Amin², Nikita Tayana Penafort de Lima Ramos²

RESUMO

Uma adolescente de 17 anos e portadora de pé torto congênito bilateral foi submetida na infância a duas abordagens de liberação póstero-mediais no pé direito, e uma abordagem de liberação pósteromedial no pé esquerdo, seguida de tratamento pelo método Ponseti após recidiva deste mesmo pé esquerdo. Foi obtida correção da deformidade em cavo varo aduto e equino com seis trocas de gessos à esquerda. Mesmo com os pés plantigrados, a paciente evoluiu com dores nos pés aos esforços, principalmente a direita, que aos poucos foi aumentando e tornou-se incapacitante, mesmo em repouso. A dor à direita era mais importante, e localizada na região anterior do tornozelo. Realizada então uma abordagem artroscópica do impacto anterior túbio talar com melhora da dor por alguns meses. Evoluiu em três anos com piora da dor, agora referida na região subtalar e mais generalizada. A paciente foi então submetida a cirurgia para artrodese tríplice do pé.

Palavras-chave: Pé torto congênito. Liberação posteromedial. Método de Ponseti. Artrodese tríplice.

SUMMARY

A 17-year-old female with bilateral congenital clubfoot was submitted to two postmedial release approaches on the right foot, and a posteromedial release approach in the left foot, followed by Ponseti treatment after recurrence of the foot left. Correction of the deformity was obtained in adult cavus varus and equino with six changes of casts for the left foot. Even with plantigrade feet, the patient developed foot pain, especially on the right, which gradually increased and became incapacitating, even at rest. The right pain was more important and located in the anterior region of the ankle. Then, an arthroscopic approach was performed to treat anterior tibial talar impact with pain improvement for a few months. It progressed in three years with worsening of the pain, now referred to the subtalar region and more generalized. The patient undergone surgery for triple foot arthrodesis.

Keywords: Clubfoot. Posteromedial release. Ponseti method. Triple arthrodesis.

1. Chefe do Grupo de Ortopedia Infantil e Reconstrução do serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

2. Médico Residente (R4) em Ortopedia Infantil e Reconstrução do HSPE – IAMSPE – São Paulo

3. Médico Assistente do Grupo de Ortopedia Infantil e Reconstrução do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE São Paulo

Autor Responsável: Luiz Alberto Barbosa Tavares / **E-mail:** tavares.med@gmail.com

INTRODUÇÃO

O pé torto congênito é uma deformidade complexa do pé que consiste em equino do retropé, cavo devido a flexão plantar do primeiro raio, varo da articulação subtalar e aduto do antepé¹. A incidência ao nascimento é de 1:1000 nascidos vivos, que torna o pé torto o defeito congênito mais comum do sistema musculoesquelético². O pé torto congênito é uma deformidade tratável, cujo objetivo consiste em tornar o pé plantígrado, indolor, funcional e flexível³.

Até a década de 90 o tratamento cirúrgico com liberações extensas após o tratamento por diversos meses pelo Método de Kite era a regra. Entretanto, o seguimento a longo prazo mostrou resultados desfavoráveis dessa abordagem cirúrgica extensa, com maior rigidez, dor e artrose a partir da terceira década de vida^{4,5}. O Método Ponseti passou a ser nos últimos 15 anos o tratamento padrão ouro para iniciar o tratamento do pé torto congênito em crianças, com resultados satisfatórios reportados em diversas séries⁶. Os resultados a longo prazo dessa abordagem foram favoráveis, com função muito próxima ao normal relatados pelo estudo clássico de Laaveg e Ponseti³. Devido aos bons resultados, o Método foi também aplicado em pacientes já submetidos a liberação pósteromedial com resultados animadores na correção inicial⁶.

A artrodese tripla é o recurso para tratamento de dor e incapacidade nos pés por artrose. Alterações artrósicas são observadas com frequência em pacientes submetidos a liberação pósteromedial na infância, que podem se apresentar bem corrigidos nos primeiros anos após a cirurgia, mas que não raramente evoluem com dor e incapacidade após a terceira década de vida⁵.

Esse relato descreve essa evolução e a artrodese tripla é apresentada a seguir.

Relato de caso

O caso clínico retrata uma adolescente de 17 anos com pé torto bilateral submetida a duas abordagens de liberação pósteromediais no pé direito, e uma abordagem de liberação pósteromedial no pé esquerdo, seguida de tratamento pelo Método Ponseti após recidiva deste mesmo pé esquerdo. Foi obtida correção da deformidade em cavo varo aduto e equino com 6 trocas de gessos e transferência do tendão tibial anterior à esquerda (Figura 1). A paciente ficou assintomática por cerca de 4 anos, participava de atividades esportivas e deambulava sem limitações. No entanto, suas radiografias demonstravam artrose importante no pé direito e alterações de alinhamento à esquerda, principalmente na congruência talonavicular (Figura 2).

Mesmo com os pés plantígrados, a paciente evoluiu com dores nos pés aos esforços, principalmente a direita, que aos poucos foi aumentando e tornou-se incapacitante, mesmo em repouso. A dor à direita era mais importante, e localizada na região anterior do tor-



Figura 1. Pés após 2 liberações posteromediais a d e uma a esquerda, recidiva da deformidade a esquerda, e após correção com 6 gessos e transferência do tibial anterior

Fonte: Arquivo pessoal do autor

nozelo (Figura 3). Realizada então uma abordagem artroscópica do impacto anterior tÍbio talar com melhora da dor por alguns meses, evoluindo com piora da dor, agora referida como uma dor difusa na região subtalar. A paciente não referia dor no pé esquerdo, que se encontrava plantígrado. A paciente foi então submetida a cirurgia para artrodese tripla do pé.

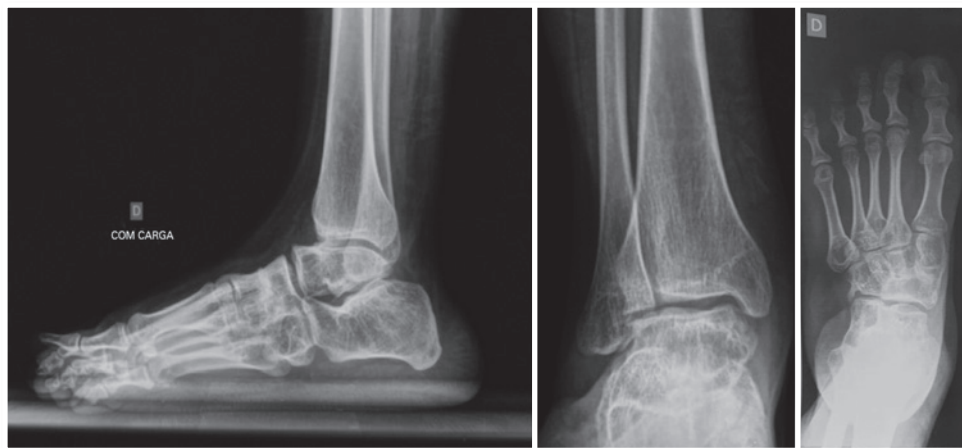


Figura 2. Radiografia ap e perfil do tornozelo Evidenciando bico talar superior, esclerose do osso subcondral da articulação de chopart e subtalar. Irregularidade e achatamento do domo talar (centro). Anquilose das articulações navicular-cunhas e diminuição do ângulo de kite

Fonte: Arquivo pessoal do autor



Figura 3. Via de acesso de ollier modificada, pontos de reparo: dois centímetros abaixo da ponta da fíbula e a base do quarto metatarsal

Fonte: Arquivo pessoal do autor

A cirurgia foi realizada por dupla via (Ollier modificada e via longitudinal medial) com fixação com 4 parafusos canulados de (6.5 mm). A paciente foi posicionada em decúbito dorsal, sob raquianestesia e coxim glúteo. Após a assepsia e antissepsia, o membro foi exsanguinado e sua raiz da coxa garroteada. A via

para a abordagem da articulação calcâneo cuboideia, a articulação subtalar e a porção lateral da articulação talo navicular foi a via de Ollier modificada cujos pontos de reparo são o ponto localizado dois centímetros abaixo da ponta da fíbula, seguindo uma incisão longitudinal em direção a base do quarto metatarso (Figura 4). Os ramos dorsais do nervo sural devem ser preservados. Após a dissecação inicial, o seio do tarso é exposto por meio da dissecação do ventre muscular do extensor curto dos dedos e do hálux. A articulação subtalar é exposta com ajuda de afastadores apropriados, após a exposição do osso subcondral com auxílio de formões, múltiplas perfurações são feitas com fios de Kirschner número 1,5. Em seguida a articulação calcâneo cuboideia é exposta e sua superfície articular é cruentizada e perfurada do mesmo modo como feito na articulação subtalar. Por essa mesma via lateral foi possível abordar a porção lateral da articulação talo navicular.

Para a abordagem medial dessa articulação uma via acessória foi necessária, cujos pontos de reparo são: ponto imediatamente inferior do maléolo medial, seguindo uma linha reta até o tendão tibial anterior. Cuidado durante a dissecação superficial com ramos da veia safena deve ser tomado. Após a exposição do osso subcondral da articulação talonavicular, perfurações com fio de Kirschner foram realizadas. As deformidades em supino e cavo foram corrigidas manualmente e fixadas provisoriamente com os fios guias dos próprios parafusos canulados. Por fim, o posicionamento do retro pé foi fixado com 4 parafusos canulados de 7,0 mm de rosca parcial, sendo dois fixando a subtalar, um na calcâneo cuboideia e um na talo navicular (Figura 4). Um gesso suropodálico foi mantido até a sexta semana de pós-operatório. Após a retirada do gesso foi oferecido carga conforme tolerado além de tratamento fisioterápico.

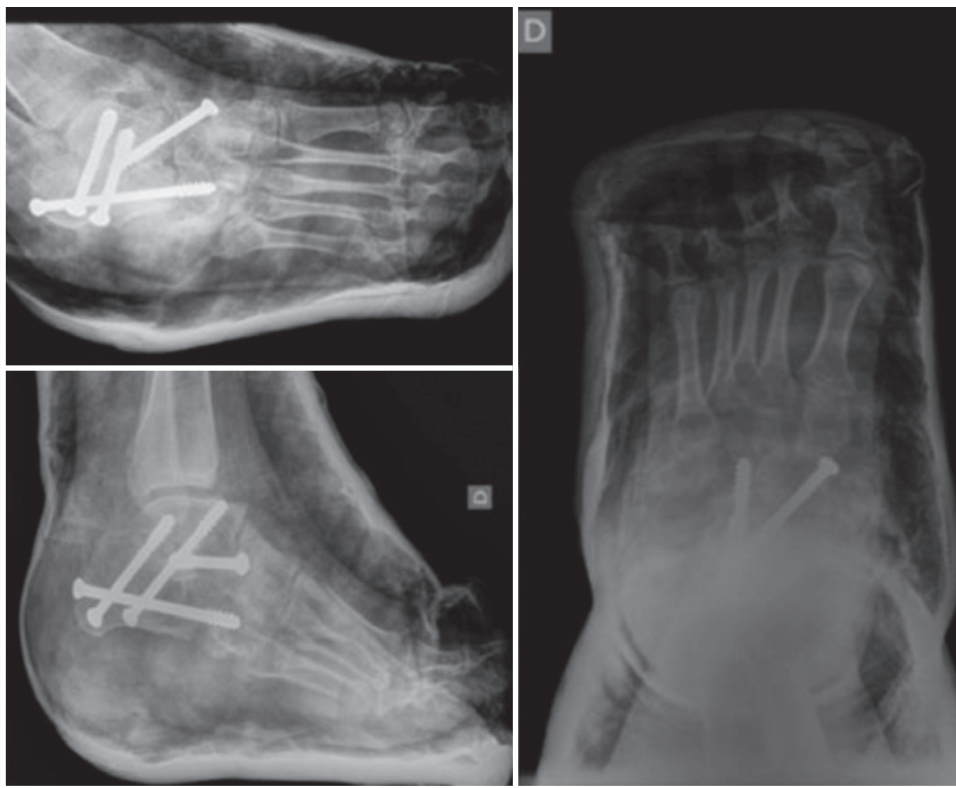


Figura 4. Pós-operatório imediato da artrodese tríplice (ainda com gesso)
Fonte: Arquivo pessoal do autor

Apesar de manter a limitação da dorsiflexão, a paciente evoluiu com melhora da dor e da função após a consolidação da artrodese. Atualmente com 5 meses de pós operatório; não foi possível realização de novas radiografias porque a paciente se encontrava com 22 semanas de gravidez. No último retorno seus pés estavam plantigrados, porém apresentava leve dor anterior do tornozelo direito. Se necessário, no futuro, será programada complementação cirúrgica para panartrodese, com inclusão do tornozelo. O pé esquerdo apresenta-se indolor.

DISCUSSÃO

A evolução do tratamento cirúrgico do pé torto congênito com liberação extensa de partes moles foi descrita em 2006 por Dobbs et al.⁵, com repercussão importante no meio acadêmico principalmente na ortopedia infantil, uma vez que a impressão geral é que os resultados obtidos são mais objetivamente alcançados com a cirurgia, e a obtenção de pés plantigrados e corrigidos é mais imediata. Além disso, a evolução dos pacientes na primeira década de vida é bastante satisfatória, com pequena limitação da amplitude de movimentos, e uma redução da força pelos alongamentos múltiplos. A artrose reportada por Dobbs et al. não parecia ser a regra

observada, mas foi achado frequente em mais de 40% dos pés nas articulações subtalares, talo-naviculares e talo-calcaneanas. Mais importante ainda, o achado de que a qualidade de vida desses pacientes adultos pelo SF 36 (33,7) assemelha-se a qualidade de vida de pacientes renais crônicos dialíticos, portadores de Doença de Parkinson ou de insuficiência cardíaca congestiva. Assim, a artrodese tripla é uma forma de tratamento definitivo para a artrose subtalar, talonavicular e talocalcaneana mas implica em sobrecarga para o tornozelo, principalmente em pacientes jovens.

O método Ponseti foi inicialmente proposto para o tratamento de pés tortos idiopáticos não tratados, em pacientes com até dois anos de idade. Entretanto, a melhora técnica por parte dos ortopedistas permitiu que ela fosse aplicada em pés não tratados anteriormente com obtenção da correção total da deformidade, pés plantigrados e arco de movimento do tornozelo de 10° de dorsiflexão e 30° de flexão plantar⁷. Em 2009, Nogueira et al. avaliaram e trataram 58 crianças (83 pés) de 8 meses a 14 anos com recidiva após a liberação pósterio medial, comprovando com uma eficácia 89% que este tratamento poderia ser utilizado nestes pacientes. A condição *sine quanon* para o sucesso nesses casos é a ausência de fusão subtalar, uma complicação comum após a confecção do gesso de kite seguido de liberações extensas de partes moles⁶.

Neste relato de caso podemos observar o tratamento da dor e incapacidade em um paciente já submetido a duas cirurgias prévias de liberação posteromedial, (com a artrodese) assim como o tratamento da recidiva do outro pé após uma liberação pósteromedial com o método Ponseti que evoluiu satisfatoriamente com pé plantigrado e sem dor até o momento.

REFERÊNCIAS

1. Ponseti IV. Clubfoot: fundamentals of treatment. Oxford University Press Inc., New York; 1996:61-97.
2. Werler MM, Yazdy MM, Mitchell AA, Meyer RE, Druschel CM, Anderka M, Kasser JR, Mahan ST. Descriptive epidemiology of idiopathic clubfoot. *Am J Med Genet A*. 2013;161A(7):1569-78.
3. Laaveg SJ, Ponseti IV. Long-term results of treatment of congenital club foot. *J Bone Joint Surg Am*. 1980;62(1):23-31.
4. Aronson DD, Stewart MC, Crissman JD. Experimental tibial fractures in rabbits simulating proximal tibial metaphyseal fractures in children. *Clin Orthop Relat Res*. 1990;(255):61-7.
5. Dobbs MB, Nunley R, Schoenecker PL. Long-term follow-up of patients with clubfeet treated with extensive soft-tissue release. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88(5):986-96.
6. Nogueira MP, Ey Batlle AM, Alves CG. Is it possible to treat recurrent clubfoot with the Ponseti technique after posteromedial release?: a preliminary study. *Clin Orthop Relat Res*. 2009;467(5):1298-305.
7. Lourenço AF, Morcuende JA. Correction of neglected idiopathic club foot by the Ponseti method. *J Bone Joint Surg Br*. 2007; 89(3):378-81.