

Técnica de Sauvé-kapandji no tratamento da deformidade de Madelung

Luiz Carlos Angelini¹, Rafael de Souza Ribeiro²

RESUMO

A Deformidade de Madelung caracteriza-se por uma alteração congênita do terço distal do rádio nas regiões palmar e ulnar da fise radial distal que, como consequência, produz luxação radioulnar distal e um rádio curvo^{1,2}. Essa alteração torna-se evidente durante a adolescência e causa sérios desarranjos funcionais e estéticos.

A técnica cirúrgica de Sauvé – Kapandji consiste na ressecção segmentar da ulna distal que promove, por seu turno, uma automática liberação do antebraço. Ela atua diretamente corrigindo duas das três principais características da Deformidade de Madelung. Por esta técnica é possível corrigir a subluxação dorsal da ulna distal e, ao mesmo tempo, proporcionar apoio para o carpo, suprimido pela agenesia radial.

Descritores: Punho; Anormalidades; Madelung; Congênita.

SUMMARY

The Deformity of Madelung is characterized by a congenital alteration of distal radius in the palmary and ulnae regions by consequence cause dislocation of distal radioulnar joint and a curve radius. These alterations are apparent during adolescence causing serious functional and esthetic disarrangement.

The surgical technique of Sauvé-Kapandji consists in a segmental cut of distal ulna that causes, by its spell, an automatic liberation of the forearm. It corrects directly two of three main characteristics of Deformity of Madelung. By this technique is possible correct the dislocation of distal radioulnar joint and, at the same time, give support to the wrist put down by the radial deficiency.

Keywords: Wrist; Abnormalities; Madelung.

INTRODUÇÃO

Quanto ao aspecto clínico, a extremidade distal da ulna conserva-se em sua posição anatômica normal, crescendo e produzindo uma proeminência visível nas superfícies dorsal e ulnar do punho. Em condições normais, a apófise estilóide radial ultrapassa um centímetro da ulna distal, situação inversa à observada na deformidade de Madelung³.

1. Chefe da Clínica de Cirurgia da Mão do Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, SP.

2. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT, Residente do segundo ano da Clínica de Cirurgia da Mão do Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, SP.

Endereço para correspondência: Avenida Aclimação, nº68, conjuntos 31 e 32, 3º andar, Aclimação, São Paulo, SP. CEP: 01531-001. Tel: (11)32099700. Fax: (11)32083691. E-mail: lcangelini@uol.com.br

No exame radiográfico em condições normais a superfície articular distal do rádio tem 10° de inclinação em sentido volar e 25° em sentido ulnar, apresentando sua superfície dorsal e borda radial convexas, bem como sua superfície volar e borda ulnar côncavas^{4,5}.

Na deformidade descrita por Madelung, em 1878, a superfície articular distal do rádio pode ter inclinação de aproximadamente 35° para a superfície volar e de 60° para o lado cubital. Em um punho normal, a fileira proximal dos ossos do carpo tem forma convexa. Na deformidade de Madelung, a inclinação radial encontra, em sua porção distal, o ápice do carpo triangulado constituído pelo osso semilunar; além disso, o carpo está desviado para o lado ulnar³.

Existem vários tipos de tratamento descritos para tal deformidade. São eles: para esqueleto imaturo: epifisiólise com ressecção ligamentar; para esqueleto maduro: 1-ressecção ligamentar e osteotomia em cúpula; 2- osteotomia em cunha de fechamento do rádio com encurtamento da ulna; 3- osteotomia em cunha de abertura do rádio; 4- osteotomia radial e ressecção da ulna distal; 5- osteotomia radial e cirurgia de Sauvé – Kapandji².

O objetivo deste trabalho é descrever a cirurgia de Sauvé – Kapandji nas Deformidades de Madelung, demonstrando sua importância no apoio carpal, na correção da estética e na melhora funcional, principalmente da pronação e supinação, proporcionada pela osteotomia da ulna, ao mesmo tempo em que preserva o complexo ligamentar e fibrocartilaginoso do lado ulnar do carpo, aumentando a nova estabilidade carpal obtida.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Acreditamos que a maior indicação para o uso da Técnica de Sauvé-Kapandji no tratamento da Deformidade de Madelung seria naqueles pacientes que apresentam limitação importante de movimentos, principalmente de prono-supinação, acompanhada de artrite da articulação radioulnar distal^{1,2}. Outras indicações seriam para aliviar dores na região ulnar do carpo devidas ao impacto ulnocarpal e melhorar a estética nos pacientes com grande deformidade do punho.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Realizamos a hemostasia com garrote pneumático colocado no terço médio do braço. No des-sangramento o membro deve ser elevado a 90° por período de cinco minutos; a seguir uma faixa elástica de Esmarch deve ser aplicada com movimentos helicoidais, com pressão suficiente para bloqueio da circulação arterial e de forma que cada volta seja parcialmente sobreposta à anterior⁷. Utilizamos uma incisão longitudinal dorsal, aproximadamente a 5cm da cabeça da ulna, curvando-se a esse nível em sentido lateral até o centro do carpo. No plano subcutâneo expõem-se as modificações ocorridas com a ulna distal e com o tendão do músculo extensor ulnar do carpo e retináculo extensor¹ (figura 1 A e B).

Após a exposição subperiosteal da ulna, um fio de Kirschner é passado através de sua cabeça para facilitar o seu manuseio e assegurar a boa colocação no local da fusão com o rádio.

Realizamos uma primeira osteotomia transversalmente ao início da cabeça da ulna, deixando 1cm de sua parte distal (figura 2 A e B).

O local da segunda osteotomia é definido radiograficamente como a soma da variação ulnar distal resultante da primeira osteotomia, mais 12mm de pseudartrose da ulna ocasionada intencionalmente de acordo com o diagrama (figura 3).

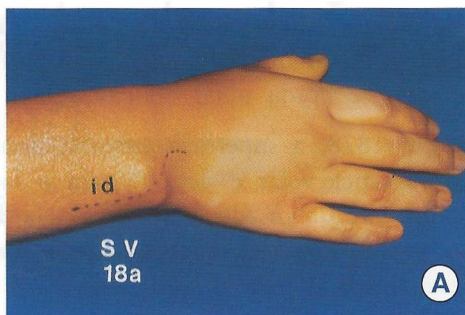


Figura 1 A - Demarcação da incisão.

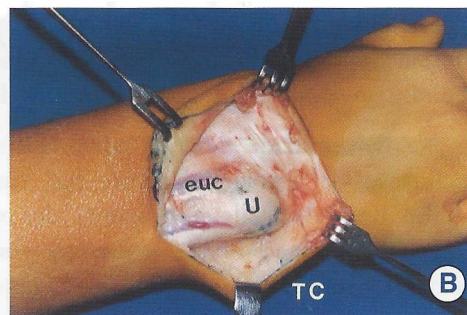


Figura 1 B - euc=extensor ulnar do corpo; U=ulna.

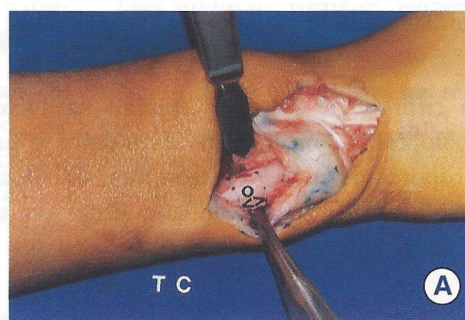


Figura 2 A - O=osteotomia.



Figura 2 B - r=rádio; e=enxerto; u=ulna; o=osteotomia.

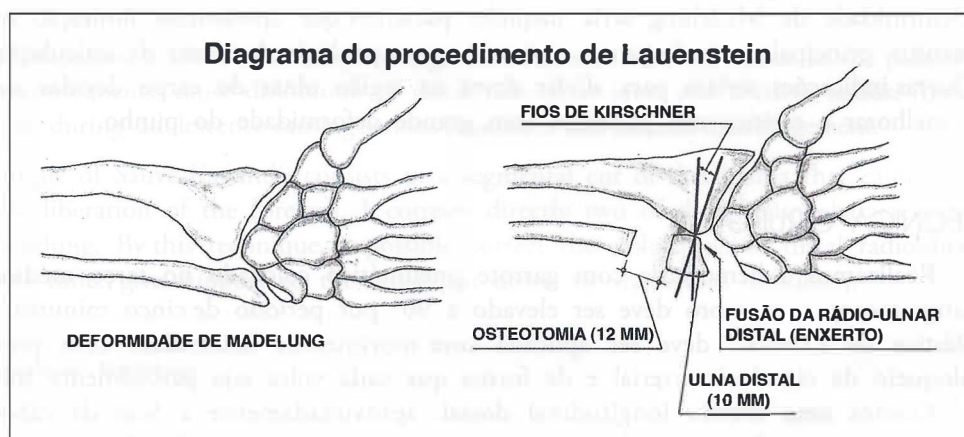


Figura 3 - Diagrama

Após preparo da área radial de fusão, a cabeça ulnar decorticada em sua face lateral é conduzida e fixada ao rádio por dois fios de Kirschner cruzados ou um parafuso maleolar de 2,7 mm.

O tratamento do coto da ulna distal é realizado por uma capsuloplastia palmar, envolvendo a região da pseudartrose.

Retirado o garrote pneumático e feita a hemostasia, suturamos a pele com fio de mononáilon 5.0.

A imobilização é feita com tala gessada braquiopalmar, deixando-se o punho em posição neutra, assim como o antebraço.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

A imobilização braquiopalmar é mantida por cinco dias, quando é feito o primeiro curativo. Colocamos então uma imobilização antebraquiopalmar por quatro semanas, liberando o movimento de rotação do antebraço, que permanece assim por quatro semanas, quando então na ausência de dor incentivamos a reabilitação ativa da articulação do punho.

Após a fusão radiográfica da artrodese, que ocorre em média em quatro semanas, procedemos a retirada dos fios de Kirschner sob anestesia local.

Os pacientes são encaminhados para fisioterapia, permanecendo em tratamento por um período que varia de dois a três meses, dependendo da resposta de cada um. O controle radiográfico é feito após a retirada dos fios, com 30 e 60 dias e depois anualmente (figuras 4 A e B e 5 A, B, C e D).



Figura 4 A e B - Controle radiográfico após 10 anos de seguimento.

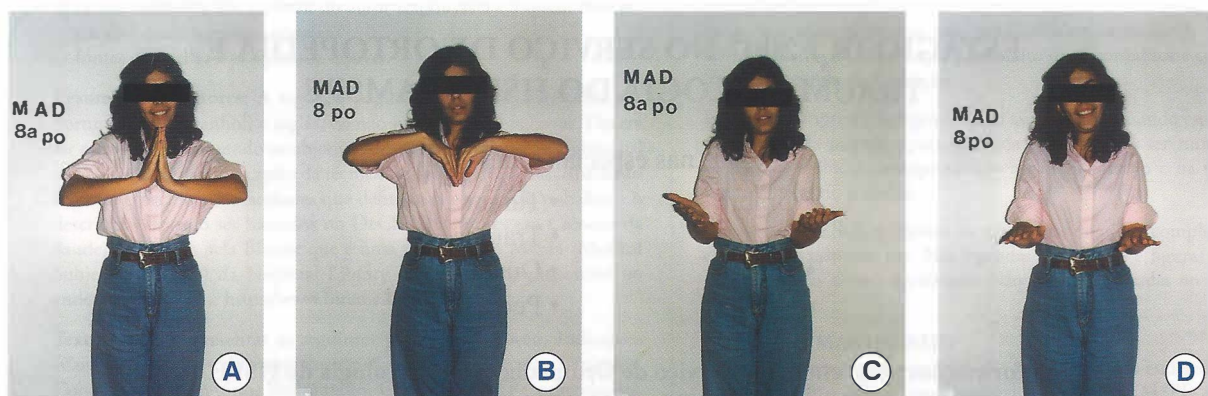


Figura 5 A, B, C e D - Oitavo ano após operatório.

COMPLICAÇÕES

As complicações potenciais da técnica de Sauvé-Kapandji incluem instabilidade do coto ulnar e regeneração do segmento ressecado, resultando em perda do movimento.

Outros problemas, como distrofia simpático-reflexa, infecção profunda e infecção no trajeto dos fios, também podem ocorrer.

RECOMENDAÇÕES

- A técnica de Sauvé-Kapandji só deve ser realizada nos pacientes que já completaram a maturidade esquelética para não causar danos adicionais no crescimento do rádio distal;
- O enxerto autólogo no local da artrodese, retirado da crista ilíaca, deve ser sempre realizado;
- A reabilitação deve ser feita o mais precoce possível para o ganho total da mobilidade do membro superior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. L.C. Angelini, V.M. Leite, F. Faloppa. Surgical treatment of Madelung disease by the Sauvé-Kapandji technique. Annales De Chirurgie De La Main 1996; XV:4:257-264.
2. Green's Operative Hand Surgery. Madelung's Deformity 2005;2:5:p.1484.
3. Abadie, J. De la subluxation progressive du poignet, chez l'adolescent. Revue d'Orthopédie 1903;4:481-510.
4. Clariborne, E. M., & Kauts, F. G. Madelung's deformity of the wrist. Radiology 1936;27:594-9.
5. Felman, A.H. & Kirkpatrick, J.A. Madelung's deformity: observations in 17 patients. Radiology 1969;93:1037-42.
6. Madelung, O.W.- Die spontanie subluxation der hand vorne Langenbecks. Arch. Klin. Chir. 1878;23:395 et Vern. Dtsch. Ges. Chir. 1878;7:259-76.
7. Almiro Dos Reis Júnior. Dessangramento e Garroteamento De Membros 1998;1:p.15-21.

ESTÁGIO (R₄) 2007 NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HSPE - IAMSPE

Vagas nas especialidades:

- | | |
|----------|--------------|
| • Ombro | • Tumor |
| • Joelho | • Trauma |
| • Coluna | • Quadril |
| • Pé | • Pediátrica |

Informações: Secretaria do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE - IAMSPE
Tel.: (11) 5088-8271