

# Pé torto congênito recidivado tratado com Método Ponseti após liberação póstero-medial

Nikita Tayana Penafort de Lima Ramos<sup>1</sup>, Bruno de Oliveira Amin<sup>1</sup>, Luiz Alberto Barbosa Tavares<sup>1</sup>, Paulo Sergio Kanaji<sup>2</sup>, Alessandro Monterroso Felix<sup>2</sup>, Monica Paschoal Nogueira<sup>3</sup>

## RESUMO

O Método Ponseti é utilizado para tratamento do pé torto idiopático. Os autores descrevem um caso de pé torto recidivado e submetido a duas cirurgias de liberação póstero-medial prévias que foi corrigido apenas com o método Ponseti.

**Palavras-chave:** Pé torto idiopático. Método Ponseti. Recidiva.

## SUMMARY

The Ponseti Method is used to clubfoot treatment idiopathic. The authors describe a case of clubfoot relapsed and undergone two previous posteromedial release surgery that was corrected only with Ponseti method.

**Keywords:** Idiopathic clubfoot. Ponseti Method. Relapse.

## INTRODUÇÃO

O tratamento de pé torto congênito pelo método Ponseti tem sido popularizado para o tratamento de pés tortos idiopáticos; mais recentemente tem sido indicado também em casos síndrômicos.

A técnica consiste de gessos seriados com abdução progressiva do pé, mantendo contra pressão na parte lateral da cabeça do tálus. O equino é a última deformidade a ser corrigida e em alguns casos pode ser feito com uma tenotomia percutânea de Aquiles e novo gesso por três semanas. A segunda fase consiste no uso de órtese de abdução inicialmente por 3 meses, 23 horas por dia, seguida de outra fase de uso noturno por 14 horas por dia até a criança ter 4 anos de idade<sup>1</sup>.

Na literatura há um relato do grupo Ponseti de correção de pé torto congênito idiopático até os dois anos de idade, mas os limites da idade para tratamento com o método Ponseti tem sido estendidos em crianças até 12 anos de idade<sup>3</sup>.

O método Ponseti não foi originalmente descrito para uso em crianças que já tenham submetidos para liberação póstero-medial. Como o sucesso da técnica se pauta na habilidade do calcâneo mover-se abaixo do tálus, é conceitualmente difícil de entender como podem funcionar em pés cirurgicamente já tratados.

Essas cirurgias (muitas vezes múltiplos procedimentos) produzem fibrose e as recidivas ou correções incompletas estão associadas com contraturas e rigidez<sup>4-6</sup>. No entanto devido ao sucesso do tratamento pelo método Ponseti em vários pés tortos difíceis, em 2001 começamos a utilizar o Método Ponseti em pacientes com recidivas após a liberação póstero-medial.

## RELATO DE CASO

Uma menina de 5 anos de idade, apresentou-se com deformidade em aduto, cavo, varo e equino do pé direito (Figura 1). A deformidade era rígida e havia uma cicatriz em L medial do pé e posterior da perna,

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

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

3. Chefe do Grupo de Ortopedia Infantil e Reconstrução do serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE - IAMSPE - São Paulo

**Autor Responsável:** Monica Paschoal Nogueira / **E-mail:** monipn@uol.com.br

como pode ser observado na figura 1. O cavo era de 40 graus, o aduto de 30 graus e o varo do calcâneo rígido em 40 graus. Ela havia sido submetida a uma cirurgia pósterio-medial aos 8 meses, e outra novamente aos 3 anos (Figura 1). O pé era bastante rígido e a paciente tinha problemas para usar calçados normais e sua deambulação era difícil. A paciente não apresentava dor e sua família não estava muito motivada a um novo tratamento cirúrgico.

Foi proposto tratamento pelo Método Ponseti e foram confeccionados 10 gessos inguinopodálicos trocados semanalmente e foi observada uma correção gradual e total da deformidade (Figura 2). Assim como aumento da flexibilidade do pé direito. Inicialmente o aspecto parecia plano valgo e foi recomendado o uso de órtese de abdução noturno com 70 graus do lado tratado e 40 graus do lado normal (Figura 2, 3 e 4). A paciente apresentou melhora gradual da

força, e manutenção na amplitude de movimento de 10 graus de dorsiflexão e 30 graus de flexão plantar, com seguimento de 7 anos (Figura 5).

## DISCUSSÃO

Os primeiros relatos de tratamento de pés recidivados já operados com método Ponseti são Nogueira et al.<sup>2</sup> e Garg e Dobbs<sup>7</sup>. Estes trabalhos descrevem bons resultados na aplicação do método Ponseti em 4 países (Índia, Brasil, Espanha e Portugal) com resultados satisfatórios com relação ao aspecto estético e funcionais dos pés tratados. Os europeus tiveram uma tendência a maior indicação de transferência de Tibial anterior junto com a tenotomia do Aquiles. O caso relatado não foi submetido a nenhum procedimento cirúrgico, nem tenotomia de Aquiles nem transferência do Tibial anterior.



**Figura 1.** Aspecto na apresentação da paciente após 2 cirurgias prévias e recidiva ou persistência da deformidade em equinovaroaduto  
**Fonte:** Arquivo pessoal do autor



**Figura 2.** Aspectos pré e pós tratamento com o Método Ponseti  
**Fonte:** Arquivo pessoal do autor



**Figura 3.** Aspecto pré e pós tratamento

**Fonte:** Arquivo pessoal do autor



**Figura 4.** Aspecto radiográfico pré (A) e pós tratamento

**Fonte:** Arquivo pessoal do autor



**Figura 5.** Aspecto clínico pré (A) e pós tratamento  
**Fonte:** Arquivo pessoal do autor

O conhecimento da biomecânica e da cinemática da articulação subtalar ajuda a entender a patologia e o tratamento do pé torto, mas não consegue explicar como o método Ponseti consegue atuar em meio à fibrose que envolve as articulações de pés cirúrgicos já tratados. Acreditamos que as cicatrizes e os tecidos fibróticos são alongados permitindo a mobilidade e remodelação dos ossos e cartilagens.

A correção do equino ocorreu através da correção do varo da articulação subtalar obtida com a abdução progressiva. Dessa forma não foi necessária a tenotomia do Aquiles para o tratamento desta menina.

Uma dificuldade na aplicação do método Ponseti em crianças mais velhas é o uso de gessos inguinopodálicos que restringem a deambulação e a mobilidade<sup>2</sup>. Isso pode ser superado através da motivação e preparação das famílias para o tratamento. Acreditamos que estes resultados são encorajadores e podem contribuir na motivação de colegas para este tratamento com redução na indicação de novas cirurgias nestas crianças com liberações pós-tero-mediais.

## REFERÊNCIAS

1. Ponseti IV. Congenital Clubfoot: Fundamentals of treatment. Oxford, UK: Oxford University Press; 1996.
2. Nogueira MP, battle AME, Alves CG. Is it possible to treated recurrent clubfoot with the Ponseti technique after posteromedial release? Clin Orthop Relat Res. 2009;467:1298-1305.
3. Haje DP. Neglected Idiopathic Bilateral Clubfoot Successfully Treated with the Ponseti Method. JBJS Case Connect, 2013; 23:1-3.
4. Aronson J, Puksarich CL, Deformity and disability from treated clubfoot. J Pediaatr Orthop. 1990;10:109-112.
5. Atar D, Lehman wB, Grant AD. Complications in clubfoot surgery. Orthop Rev. 1991;20:223-239.
6. 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;88:986-996.
7. Garg S, Dobbs MB. Use of the Ponseti method for recurrent clubfoot following posteromedial release. Indian J. Orthop. 2008; 42:68-72.