

Tratamento cirúrgico da fratura osteocondral ântero-lateral do tálus

Wellington Farias Molina¹, Kelly Cristina Stéfani², Francisco Mendes Ferreira Neto³

RESUMO

As lesões osteocondrais do tálus são infreqüentes e geralmente representam uma seqüela tardia de um trauma no tornozelo. Este trabalho consiste na descrição da técnica cirúrgica aberta de uma lesão estágio IV de Berndt e Harty.

Descritores: Fraturas do Tálus, Lesões osteocondrais do tálus

SUMMARY

The osteochondral lesions of talus are infrequent and usually represent a belated sequel to a trauma on the ankle. The purpose of this work is to describe the surgical open technique on a stage IV lesion of Berndt and Harty.

Keywords: Talus fracture, Osteochondral lesion of the talus

INTRODUÇÃO

As lesões osteocondrais do tálus representam aproximadamente 1% de todas as fraturas do corpo humano. Berndt e Harty demonstraram que a lesão típica osteocondral do tálus é o resultado de uma força de cisalhamento com impacto e compressão da margem súpero-lateral do tálus contra a superfície articular da fíbula¹. Portanto, sua etiologia é traumática e secundária a entorse lateral do tornozelo. Essas lesões frequentemente não são reconhecidas na fase aguda e podem ser causa de dor crônica^{1,2}.

As lesões endocondrais são fraturas intra-articulares que se estendem da superfície articular para o osso subcondral. Devido ao fato da fratura ser intra-articular, o único suprimento sanguíneo vem do osso. Se o fragmento for estável haverá revascularização, caso contrário, se o fragmento for instável haverá necrose avascular^{1,2,3}.

A classificação radiográfica das lesões osteocondrais descrita por Berndt e Harty é o padrão ouro para definição da estratégia cirúrgica¹.

1. Médico chefe do grupo de afecções do pé e tornozelo do HSPE

2. Médica assistente do grupo de afecções do pé e tornozelo do HSPE

3. Médico residente do serviço de Ortopedia do HSPE

CLASSIFICAÇÃO:

Os autores apresentam o tratamento cirúrgico de uma lesão osteocondral lateral do tálus estágio III de Berndt e Harty.

- Estágio I - compressão subcondral localizada
- Estágio II - separação incompleta do fragmento
- Estágio III - separação completa do fragmento
- Estágio IV - separação e desvio do fragmento



Figura 1: Radiografia em AP do tornozelo visualizando-se a separação completa do fragmento (Estágio III de Berndt e Harty)



Figura 2: Tomografia computadorizada do tornozelo com a lesão ântero-lateral do domo talar, com separação completa do fragmento

TRATAMENTO:

O tratamento é baseado na classificação de Berndt e Harty. Os estágios I e II devem ser tratados conservadoramente. O estágio III é controverso, pois alguns autores sugerem o tratamento conservador, todavia outros sugerem tratamento cirúrgico precoce em especial nas lesões laterais, que consiste em excisão da lesão e curetagem do osso subcondral. O estágio IV é de tratamento cirúrgico^{2,4,5,6}.

Existem alguns critérios para fixação aberta do fragmento osteocondral. O melhor candidato para fixação interna é o paciente jovem, com lesão aguda. Não há recomendações específicas em relação ao tamanho da lesão, mas considera-se em média 0,75 cm. ou maior^{3,4}.

No caso apresentado pelos autores a lesão osteocondral do tálus estágio III apresentava um fragmento osteocondral grande em um paciente jovem e sintomático. Optou-se então pela redução aberta do fragmento e fixação com parafusos.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Excisão, perfuração, curetagem e fixação interna.

Paciente sob anestesia é colocado em decúbito dorsal horizontal.

Após assepsia e antisepsia, colocam-se os campos estéreis e faz a passagem de faixa de esmarch e o garrote pneumático é insuflado na raiz da coxa.

Inicia-se a incisão longitudinal ântero-lateral do tornozelo. Figura 3



Figura 3: Via de acesso ântero-lateral com exposição do leito talar

Realiza-se a dissecação dos tecidos moles até a borda ântero-lateral do domo talar, tendo cuidado específico com o nervo fibular superficial.

Faça o máximo possível de flexão plantar para visualizar a lesão.

Realiza-se a excisão do fragmento talar destacado.

O desbridamento cuidadoso do fragmento é feito, retirando o tecido fibroso e cartilagem desvitalizada. Figura 4



Figura 4:
Fragmento
osteocondral

Realiza-se microperfurações na cratera subcondral associado à irrigação para que ocorra intracrescimento vascular e produção de fibrocartilagem. Figura 5

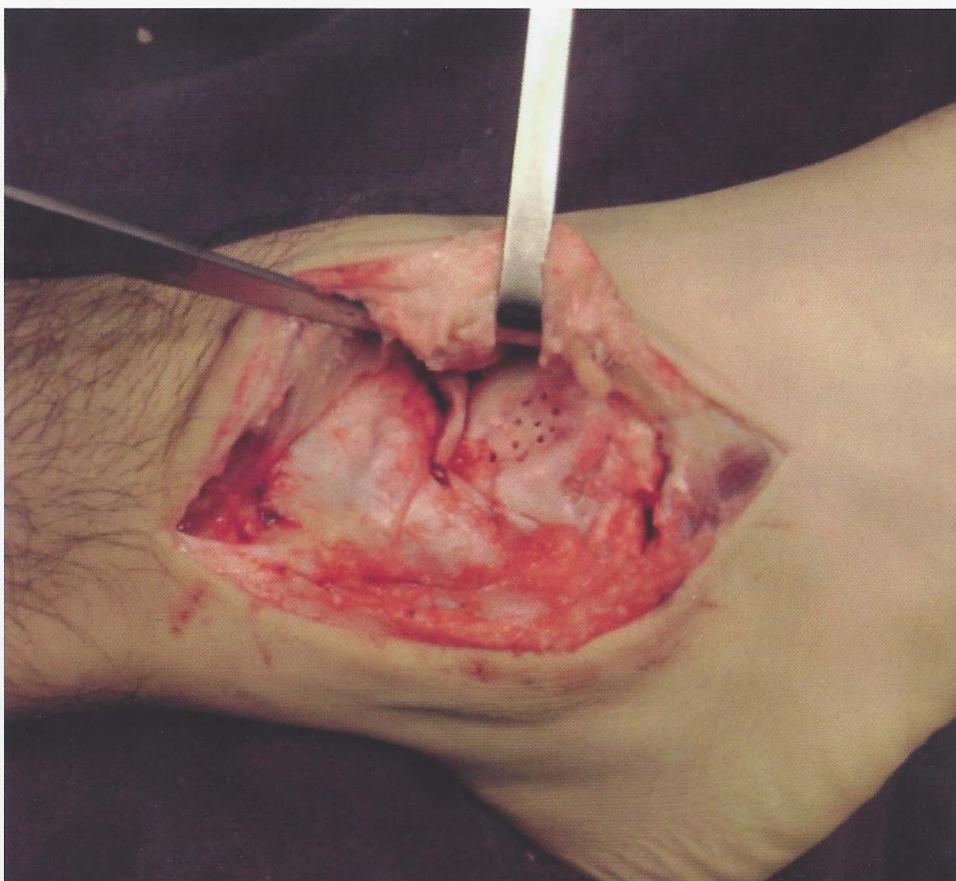
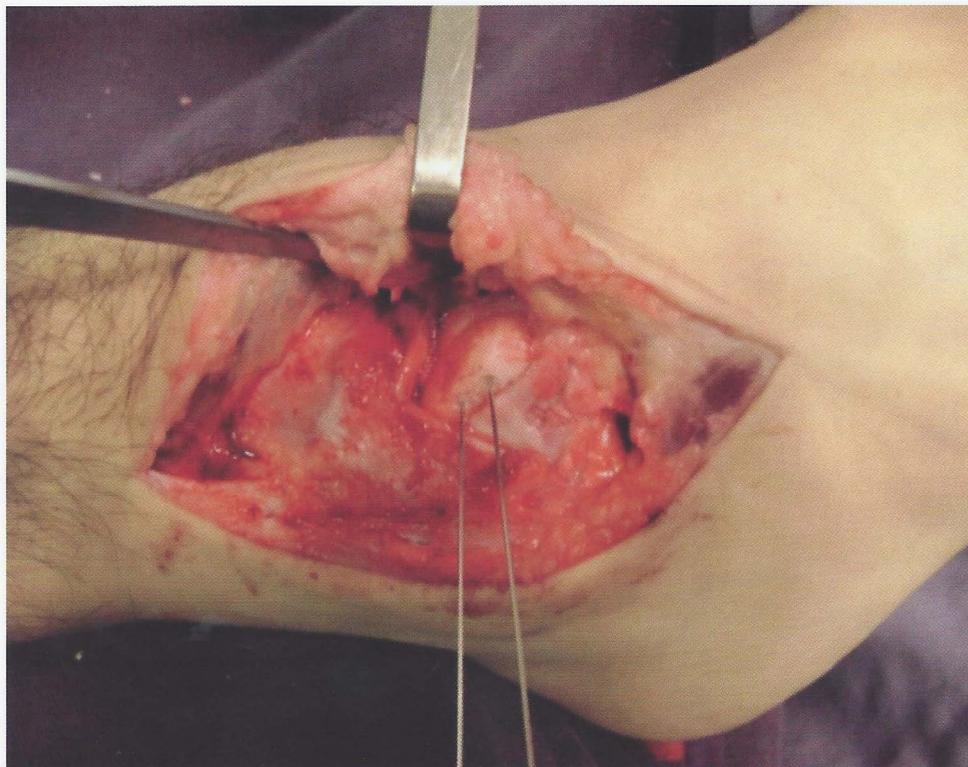


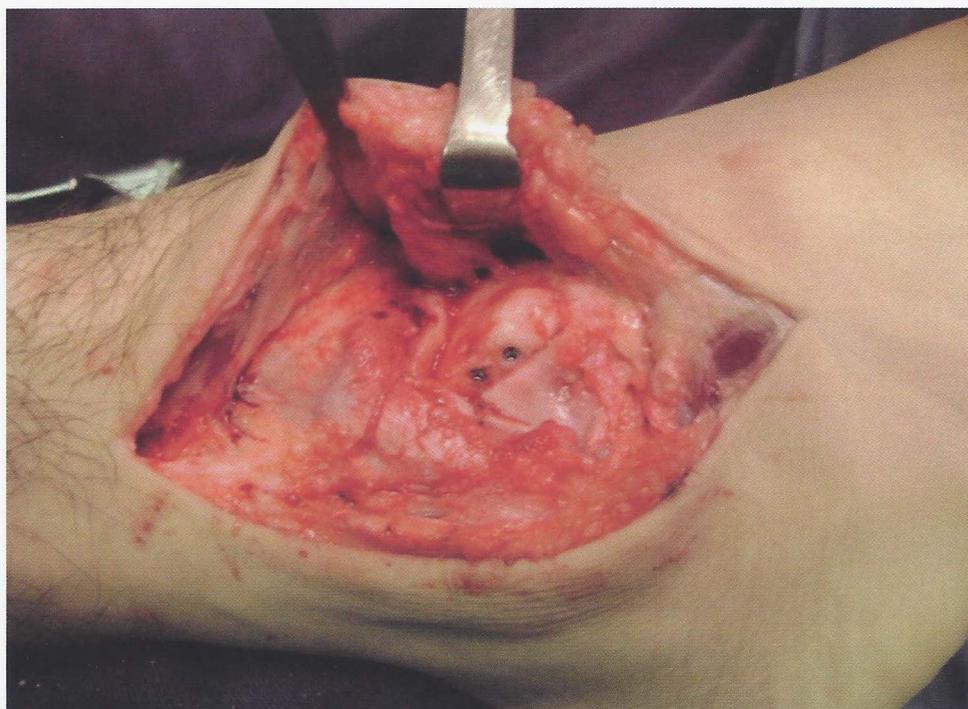
Figura 5:
Microperfurações
na superfície do
leito talar

Realinha-se o fragmento excisionado na cratera subcondral.

Realiza-se a fixação do fragmento com fio guia e posteriormente parafusos canulados de 3.0mm. Figuras 6 e 7



*Figura 6:
Redução do
fragmento
com fio guia
do parafuso
canulado de
3,0mm*



*Figura 7: Fixação
do fragmento
com parafusos
canulados de
3,0mm*

Radiografias ou fluoroscopia são utilizadas para verificar o posicionamento anatômico.

A amplitude do movimento é checada.

A ferida cirúrgica é suturada por planos e aplicada uma bota gessada.



Figura 8: Radiografias pós-operatórias (AP e P)

PÓS OPERATÓRIO

O curativo estéril realizado no centro cirúrgico é trocado após 48 horas. O paciente é mantido sem carga no membro operado até que haja consolidação radiográfica do fragmento, o que leva aproximadamente 8 semanas.

Os princípios básicos das fraturas intra-articulares devem ser seguidos: osteosíntese rígida e mobilidade precoce.

Após a consolidação radiográfica e o início da marcha é imperativo que se faça o treino de propriocepção.

RECOMENDAÇÕES

Realize flexão plantar máxima do tornozelo para visualização da superfície articular.

Após o debridamento do fragmento, o sítio da lesão deve ser preparado através da realização de microperfurações na cratera subcondral a fim de promover o intraarticular crescimento vascular e a produção de fibrocartilagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Roger A. Mann, MD , Michael J. Coughlin, MD. Surgery of the Foot and Ankle, Seventh Edition, Vol. II. Osteochondral Lesions of the Talus , Chapter 35, page 1503-07
2. Aaron K. Schachter, MD, Andrew L. Chen, MD, MS, Ponnayolu D. Reddy, MD and Nirmal C. Tejwani, MD. Osteochondral Lesions of the Talus. J Am Acad Orthop Surg, Vol 13, No 3, May/June 2005, 152-58
3. James W. Stone, MD. Osteochondral Lesions of the Talar Dome. Jam Acad Orthop Surg 1996;4:63-73. Vol 4, No 2, March/April 1996
4. Sandro Giannini, MD, Roberto Buda, MD, Cesare Faldini, MD, Francesca Vannini, MD, Roberto Bevoni, MD, Gianluca Grandi, MD, Brunela Grigolo, PHD, Lisa Berti, MD. Surgical Treatment of Osteochondral Lesions of the Talus in Young Active Patients. The Journal of Bone & Joint Surgery. Volume 87-A, Supplement 2, 2005
5. Alexander AH, Lichtman DM. Surgical treatment of transcondral talar-dome fractures (osteocondritis dissecans): Long-term follow-up. J Bone Joint Surg Am 1980; 62-A: 646-52.
6. Anderson IF, Crichton KJ, Grattan-Smith T, Cooper RA, Brazier D. Osteochondral fractures of the dome of the talus. J Bone Joint Surg Am 1989; 71-A: 1143-52.