

Liberação peritalar no pé torto congênito

Miguel Antonio dos Santos¹, Luciano Bahia Catábriga²

RESUMO

Os autores apresentam a técnica cirúrgica para liberação peritalar ampla e redução concêntrica da luxação do complexo articular talo-calcâneo-navículo-cuboide (TCNC), no pé torto congênito. Descrevem o eixo principal do protocolo utilizado no serviço, para pacientes na faixa etária dos 6 aos 24 meses.

Descritores: Pé torto congênito/cirurgia; Pé equino-varo/cirurgia; Liberação peritalar/cirurgia; Via de acesso de Cincinnati.

SUMMARY

The authors present the surgical technique for a wide peritalar release and concentric reduction of the talo-calcaneus naviculocuboid (TCNC) articular complex, of congenital equinovarus clubfoot. This protocol is used in their service for patients at the 6 to 24 months average age.

Key Words: Congenital clubfoot / surgery; Equinovarus foot/ surgery; Peri-talar release/ surgery; Cincinnati incision

INTRODUÇÃO

O pé torto congênito é a expressão de uma embriopatia, onde um defeito no modelo cartilaginoso do talo, decorrente da ação de genes relacionados com o desenvolvimento do pé, além de outros fatores não genéticos, resultará em um desalinhamento intra-útero do complexo articular TCNC (teoria multifatorial do defeito no plasma germinativo do talo).⁽¹⁾

As contraturas e retrações de estruturas relacionadas a esse complexo articular, como cápsulas, ligamentos, tendões, bainhas tendinosas e retináculos, que ocorrem secundariamente, tornarão as alterações progressivamente mais acentuadas e rígidas, determinando, desta maneira obstáculos à redução da luxação TCNC.^(1, 2) Os pés rígidos mostram pregas cutâneas características. (fig. 01)

Diferentemente de pé torto congênito postural, o pé torto congênito engloba em sua condição patológica, fatores que dificultam ou impedem a sua correção através de métodos incruentos.⁽¹⁾

Em uma elevada percentagem de pacientes só poderemos obter correção de suas deformidades através do tratamento cirúrgico.^(1, 2)

Muitas técnicas e suas variantes têm sido utilizadas em vários centros de referência. Optamos por utilizar a técnica de Mac Kay e cols^(2, 3, 4) modificada e adaptada às características próprias do nosso serviço e perfil dos pacientes.

Acreditamos que a adequada liberação peritalar, a redução concêntrica TCNC e restauração do equilíbrio dinâmico entre inversores e eversores e entre flexores plantares e dorsiflexores, sejam fundamentais para obtenção de resultados satisfatórios.^(1, 2, 3, 4, 5, 6, 7)

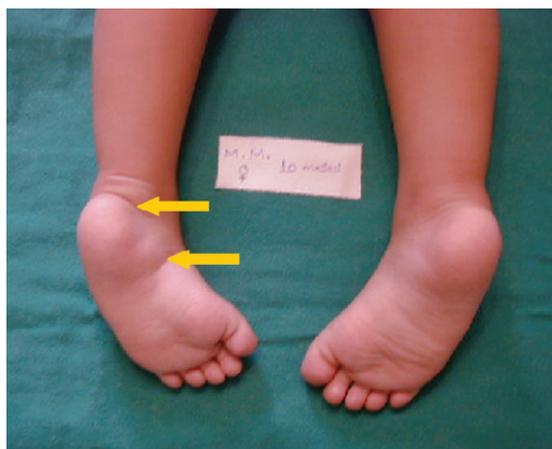


Figura 1. Visão posterior do pé esquerdo mostrando pregas cutâneas, posterior e medial, comparando com o pé direito normal conforme indicam as setas.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Indicamos a liberação peritalar no pé torto congênito aos seis meses de idade, quando o método incruento mostra-se insuficiente.

Entendemos que a mesma abordagem possa ser utilizada em pacientes com idade de até 24 meses. Acima desta idade a indicação dessa técnica é relativa. Preferimos analisar caso a caso a possibilidade de outras técnicas e procedimentos.

As contra-indicações podem ser decorrentes de condições clínicas desfavoráveis do paciente para o ato anestésico/cirúrgico. A presença de lesões cutâneas infectadas é uma contra-indicação absoluta. Cicatrizes cirúrgicas prévias podem ser contra-indicação relativa.

PLANEJAMENTO PRÉ - OPERATÓRIO

O paciente deverá estar com exame clínico/pediátrico e exames complementares dentro da normalidade.

São necessárias radiografias dos pés em ântero-posterior e perfil, conforme técnica descrita por Simons.⁽⁸⁾

A internação é realizada na véspera da cirurgia. O jejum prévio ao ato anestésico é de 6 horas.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O procedimento é realizado sob anestesia geral e/ou bloqueio caudal, com monitoração ininterrupta.

A antibioticoprofilaxia é realizada com cefalotina sódica (20mg/kg), durante a indução anestésica, exceto nos pacientes com antecedentes de hipersensibilidade à droga.

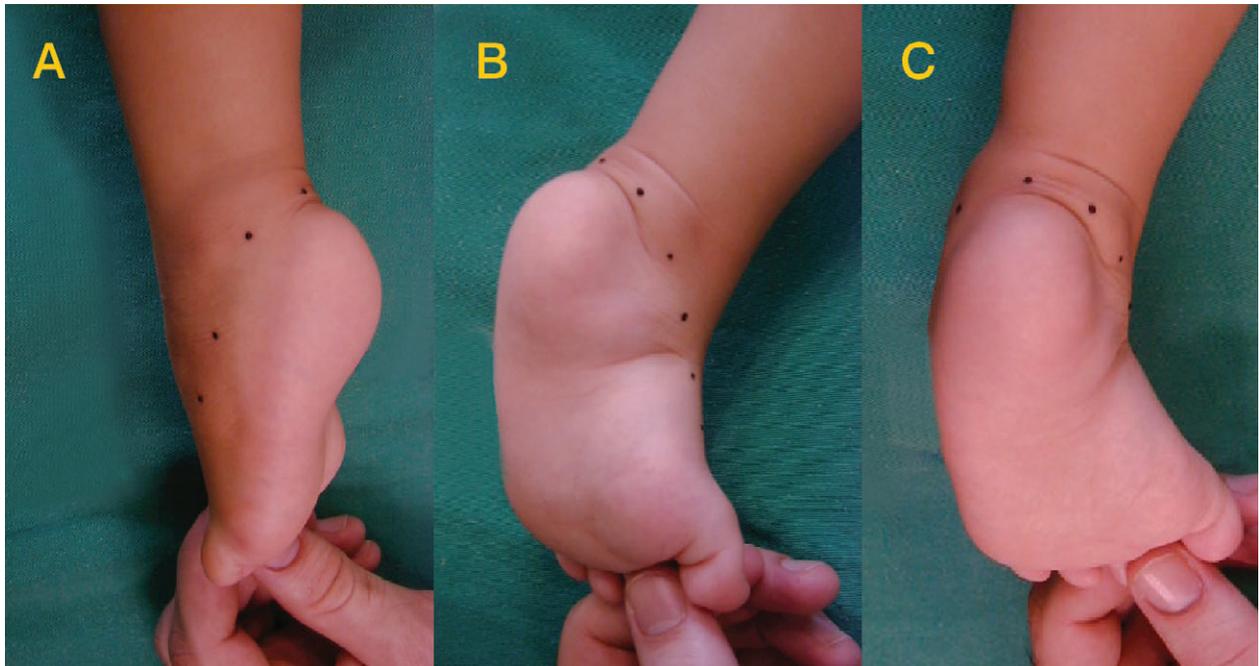


Figura 2. Visão lateral (A), medial (B) e posterior (C) da projeção da incisão de Cincinnati

LIBERAÇÃO PERITALAR

O posicionamento do paciente é em decúbito prono.

A assepsia é feita com polivinilpirrolidona sódica.

O campo cirúrgico é exangue, por esvaziamento do membro e garroteamento da coxa com faixa de Esmarch. O tempo total de garroteamento tolerado é de 60 (sessenta) minutos.

A via de acesso cirúrgico é a de Cincinnati. (fig. 02)

A técnica utilizada é a liberação peritalar ampla e redução concêntrica do complexo articular TCNC.

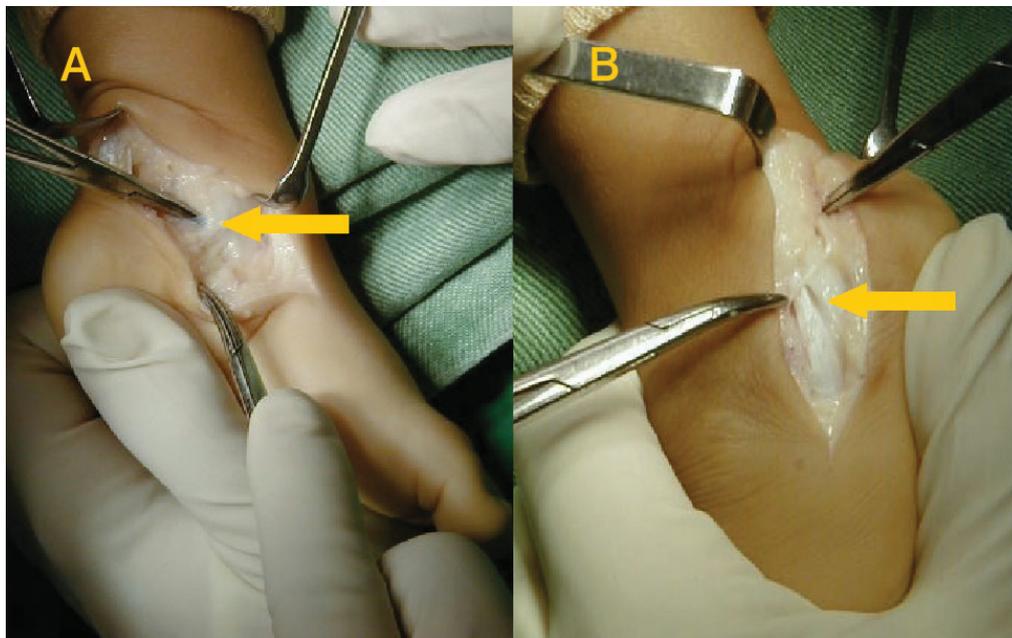
Realizamos a dissecação da pele e tecido celular subcutâneo em um único plano, com a ponta do bisturi. Isolamos os feixes vâsculo-nervosos tibial posterior e sural, e reparamos com dreno de Penrose. (fig. 03-A)

Procedemos ao alongamento em “Z” dos tendões tibial posterior, flexor longo do hálux, flexor longo dos dedos e tendão calcâneo, sendo que a desinserção distal deste, é feita junto à sua porção medial.

As capsulotomias envolvem as articulações cúneo-primeiro metatarsiano, navículo-cuneiforme, talo-navicular, tíbio-talar e calcâneo-cubóidea.

Seccionamos os ligamentos talo-navicular plantar, tíbio-navicular, bifurcado, fíbulo-calcâneo, talo-fibular posterior e folheto superficial do deltóideo.

Isolamos e liberamos o nó de Henry, o retináculo superior dos fibulares e suas bainhas. (fig. 03-B) A fascia plantar, o abductor do hálux e o abductor do quinto dedo são liberados, conjuntamente na sua origem.



Figuras 3. A via de acesso com isolamento do feixe vâsculo-nervoso em A e visão pósterolateral identificando os tendões fibulares em B.

Reduzimos a luxação do complexo articular TCNC e observamos o grau de estabilidade.

Fixamos a articulação talo-navicular e a calcâneo-talar com fios de Kirschner rosqueados, com diâmetro não superior a 1,5mm. (fig. 04 e 05)



Figura 4. A foto mostra a sutura da ferida operatória e o fio de Kirschner fixando a articulação subtalar.

Liberamos a faixa de Esmarch e revisamos criteriosamente a hemostasia.

Fazemos controle radiográfico intra-operatório e, a seguir, procedemos as tenorrafias com fio mononylon 5.0 e tensão apropriada dos tendões, com o pé na posição corrigida.

O subcutâneo é aproximado com Vycril 3.0 e a pele é suturada com Mono-nylon 5.0. (fig. 04 e 05)

Colocamos gaze protegendo a sutura e os fios de Kirschner.

A imobilização é feita com tala gessada suro-podálica com o tornozelo em posição equino de 10 graus.

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA

O paciente permanece internado até o segundo dia pós-operatório.

A antibioticoprofilaxia é completada por três doses adicionais de cefalexina.

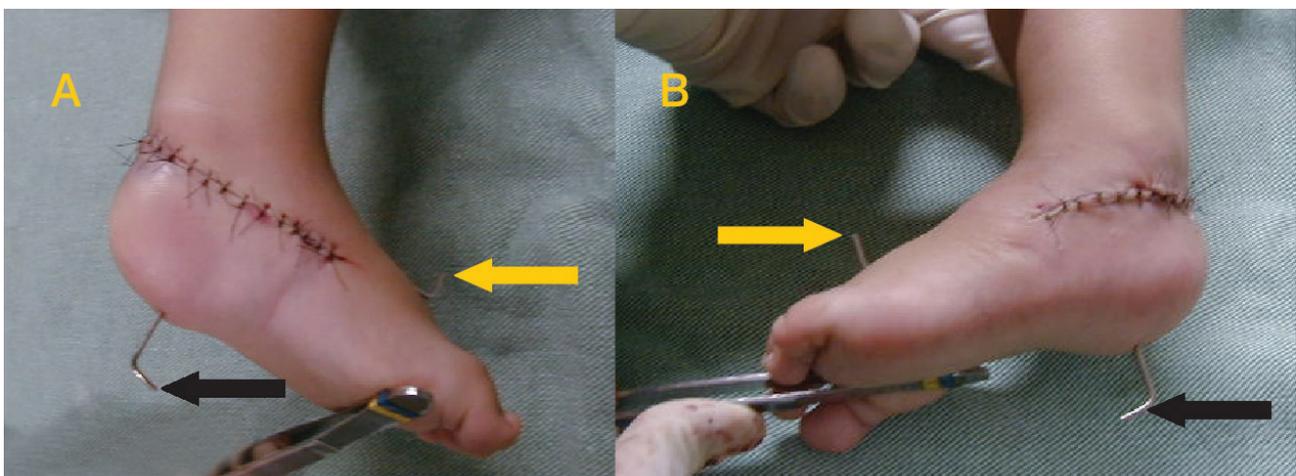


Figura 5. As fotos mostram, numa visão medial (A) e lateral (B), a ferida no pós-operatório imediato. A seta preta mostra o fio de fixação da articulação subtalar e a seta amarela o fio de fixação da articulação talonavicular.

LIBERAÇÃO PERITALAR

Os analgésicos são administrados conforme a necessidade.

O primeiro retorno ambulatorial é feito após uma semana e nesta avaliação não trocamos o curativo e imobilização, exceto se houver alguma intercorrência que justifique.

No décimo quarto dia pós-operatório é efetuado o primeiro curativo, sendo realizado então, manobra suave de flexão plantar e dorsiflexão, no sentido de liberar as aderências que estejam se formando.

Substituímos a tala gessada por gesso suro-podálico, corrigindo o equinismo e moldando adequadamente, para manter o pé na posição anatômica.

Na quinta semana pós-operatória, o paciente é submetido à retirada dos pontos e dos fios de Kirschner sob narcose, seguido de manipulação suave e aparelho suro-podálico, promovendo hipercorreção do aduto (5°) e dorsiflexão tornozelo (5°).

Os retornos ambulatoriais são realizados a cada duas semanas, para manipulação suave e confecção de novo aparelho gessado, até completar doze semanas de pós-operatório.

As radiografias de controle são feitas a cada quatro semanas.

REABILITAÇÃO

Ao final das doze semanas de pós-operatório inicia-se a fisioterapia, como exercícios orientados e treino de marcha, quando a idade for compatível.(fig. 06)

Indicamos o uso de órtese de polipropileno moldada para manutenção da correção.

Para deambulação são utilizados tênis ortopédico e palmilhas com cunha lateral pronadora.

Os controles ambulatoriais são realizados a cada dois meses no primeiro ano e em seguida, a cada seis meses até a adolescência.



Figura 6. A foto mostra o aspecto do pé esquerdo com 12 meses de pós-operatório.

COMPLICAÇÕES

Além das possíveis complicações e intercorrências clínicas e anestésicas, poderão ocorrer complicações ortopédicas, propriamente ditas, sendo várias as possibilidades.

Resumidamente podemos dividir em:

1- Complicações intra-operatórias:

- a- Lesão, laceração ou transecção do feixe vasculonervoso tibial posterior.
- b- Lesão da cartilagem hialina devido à má técnica ou uso de material inadequado.
- c- Alongamento insuficiente do tendão calcâneo, por dificuldade inerente à via de acesso de Cincinnati.
- d- Liberação peritalar inadequada, com impossibilidade de correção das deformidades.
- e- Secção do colo do talo.

2- Complicações mediatas e precoces

- a- Deiscência de sutura.
- b- Necrose cutânea.
- c- Infecção superficial ou profunda.
- d- Migração dos fios de kirschner.
- e- Perda de redução.

3- Complicações tardias

- a- Cicatriz retrátil.
- b- Hipocorreção.
- c- Hipercorreção.
- d- Ruptura transversa ao nível do mediopé (pé em “mata borrão”).
- e- Rigidez por artrofibrose.
- f- Deformidades residuais.
- g- Necrose do talo.
- h- Lesão da placa de crescimento do primeiro metatarsiano.

RECOMENDAÇÕES

Estabelecer um protocolo de tratamento que supra as necessidades inerentes ao serviço e que possa ser aplicado de acordo com o perfil sócio econômico e cultural dos pacientes/familiares.

Estabelecer rotinas próprias com a equipe cirúrgica, para um desenrolar harmônico de todos os tempos do procedimento.

A dissecação, o afastamento e qualquer manipulação deverão ser efetuados com delicadeza. Essa cirurgia não permite manobras intempestivas.

Utilizar fios de kirschner rosqueados, uma vez que os lisos migram com frequência.

Não trocar o curativo nas duas primeiras semanas de pós-operatório, exceto quando suspeitar de complicações ou houver necessidade de inspecionar a ferida cirúrgica.

Considerar os procedimentos pós-operatórios tão importantes, quanto a cirurgia, realizando-os de forma adequada.

REFERÊNCIAS

1. Tachdjian, MO. Ortopedia Pediátrica. 2ª ed. São Paulo: Manole - 2438-559.
2. McKay DW. New Concept of and Approach to Clubfoot Treatment: Section I – Principles and Morbid anatomy. J Pediatr Orthop 1982; 2: 347-56.
3. McKay DW. New Concept of and Approach to Clubfoot Treatment: section II – Correction of the clubfoot. J Pediatr Orthop 1983; 3:10-21.
4. McKay DW. New Concept of and Approach to Clubfoot Treatment: section III – Evaluation and results. J Pediatr Orthop 1983; 3:141-48.
5. Simons GW. Complete subtalar release in clubfeet: Parte I – A preliminary report. J. Bone Joint Surg (A) 1985; 67: 1044-55.
6. Crawford AH, Marxsen JL and Osterfeld DL. The Cincinnati incision: A comprehensive approach for surgical procedures for the foot and ankle in childhood. J. Bone Joint Surg (A) 1982; 64: 1355-58.
7. Sodré H, Mestriner LA, Pinto JA, Adames MK. Tratamento cirúrgico do pé equino varo congênito idiopático. Rev Bras Ortop 1997; 32: 21-26.
8. Simons GW. A Standardized Method for the radiographic evaluation of clubfeet. Clin Orthop 1978; 135: 107-18.