

Tratamento cirúrgico do hálux valgo grave bilateral pela técnica minimamente invasiva

Lourenço Galizia Heitzmann¹ , Wellington Farias Molina² , Guilherme Bottino Martins¹ , Luiz Sergio Martins Pimenta¹ , Fernando Salgueiro Alvo³ , José Guilherme Alves Cruz⁴ 

RESUMO

O hálux valgo é uma deformidade complexa que envolve o antepé e acomete a primeira articulação metatarsofalangeana. A correção cirúrgica do hálux valgo tem como principal objetivo restabelecer a funcionalidade da primeira articulação metatarsofalangeana e do primeiro raio como um todo. Diversos procedimentos ósseos e de tecidos moles foram descritos para o tratamento do hálux valgo. Descrevemos um caso de hálux valgo grave bilateral tratado de forma percutânea utilizando uma única osteotomia para correção de todas as deformidades.

Palavras-chaves: procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos; hallux valgus; osteotomia.

ABSTRACT

Hallux valgus is a complex deformity that involves the forefoot and affects the first metatarsophalangeal joint. Surgical correction of hallux valgus is primarily aimed at restoring the functionality of the first metatarsophalangeal joint. Several bony and soft tissue procedures have been described for the treatment of hallux valgus.

Keywords: minimally invasive surgical procedures; hallux valgus; osteotomy.

INTRODUÇÃO

O hálux valgo é uma deformidade complexa que envolve o antepé e acomete a primeira articulação metatarsofalangeana. É definido como o desvio lateral do hálux associado à medialização do primeiro metatarso, produzindo uma subluxação progressiva do primeiro dedo do pé, e se torna patológico quando o ângulo entre o longo eixo do hálux e o longo eixo do primeiro metatarsofalangeano atinge uma angulação maior do que 15° de valgismo^{1,2}, entre outros fatores.

É frequente o acometimento bilateral, e os sintomas algícos são mais prevalentes nas mulheres adultas, especialmente após a sexta década. Em sua patogênese temos os fatores intrínsecos e extrínsecos. Dentre os fatores intrínsecos, incluímos: index minus, varismo do primeiro metatarso, frouxidão ligamentar, hereditariedade, formato da primeira articulação tarso metatarsiana (TMT), e também o formato da primeira articulação metatarsofalangeana e pé plano¹. Devemos considerar que a forma e a angulação da primeira articulação TMT na avaliação radiográfica são afetadas pelo posicionamento do pé³. Em relação aos fatores extrínsecos, o uso

1. Médico Assistente do Grupo de Cirurgia do Pé e Tornozelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

2. Chefe do Grupo de Cirurgia do Pé e Tornozelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

3. Médico do Grupo de Cirurgia do Pé e Tornozelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

4. Médico Residente (R4) do Grupo de Cirurgia do Pé e Tornozelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

Autor responsável: Lourenço Galizia Heitzmann / **E-mail:** lgheitzmann@msn.com

de calçados inadequados é o mais importante¹. A associação de fatores extrínsecos com fatores intrínsecos acelera o aparecimento e a progressão do hálux valgo^{4,6}.

Os sintomas clínicos incluem dor normalmente associada a bursites, calosidades e neurites e redução da amplitude de movimento da primeira articulação metatarsofalangeana nos casos mais avançados. A função do hálux durante a marcha pode estar reduzida, provocando metatarsalgia de transferência.

A correção cirúrgica do hálux valgo tem como principal objetivo restabelecer a funcionalidade da primeira articulação metatarsofalângica e do primeiro raio como um todo. Diversos procedimentos ósseos e de tecidos moles foram descritos para o tratamento do hálux valgo.

As osteotomias diafisárias são indicadas para a correção de deformidades moderadas ou graves alcançando uma correção de até 40° no ângulo de Hálux Valgo (AHV) e até 19° de correção no ângulo Intermetatarsal (AIM)⁷.

Atualmente, as técnicas minimamente invasivas têm sido preferidas a fim de minimizar o trauma cirúrgico, as complicações, o tempo de cirurgia e permitir uma recuperação mais precoce⁸.

Baseado no trabalho de Giannini et al.⁸, vamos descrever um caso de hálux valgo grave bilateral tratado pela técnica simples, efetiva, rápida e acessível.

RELATO DO CASO

Paciente de 49 anos, do sexo feminino, com queixa de dor sobre as joanetas e dificuldade de utilizar calçados.

Ao exame físico apresentava forma triangular e convexa do antepé, deformidade grave de ambos os háluxes, calosidade e sinais de bursite dolorosa sobre a face medial da cabeça do primeiro metatarso, além de pronação de ambas as falanges (Figura 1). A tentativa de redutibilidade da deformidade através da manobra de correção do valgismo do hálux foi pouco efetiva, demonstrando a contratura da porção lateral da cápsula articular e do tendão do adutor do hálux. O teste para avaliar a hiper mobilidade da articulação tarsometatarsal do primeiro raio foi positivo bilateralmente.

No exame radiográfico observamos AHV de 52° à direita e 53° à esquerda (Figura 2) e AIM de 21° à direita e 22° à esquerda (Figura 3). Observamos também a luxação do sesamoide lateral, nos permitindo classificar como hálux valgo grave bilateralmente.

O tratamento instituído foi o cirúrgico, optando por raquianestesia com a paciente posicionada em decúbito dorsal horizontal. Com auxílio de radioscopia observamos o ápice da deformidade e com auxílio de uma lâmina percutânea realizamos uma incisão roma até a parte óssea, da região plantar medial proximal ao colo do primeiro

metatarsiano na direção da articulação metatarsofalângica, liberando a cápsula articular. Com auxílio de uma seringa injetamos soro fisiológico dilatando o espaço virtual da cápsula articular. Com raspas ósseas realizamos a decorticação da face medial da cabeça do primeiro metatarsiano e posteriormente com uma fresa de desbaste, realizamos a buniectomia sob controle radioscópico. Após o procedimento distal, optamos por realizar uma osteotomia



Figura 1. Imagem da paciente em pé, demonstrando deformidade complexa do 1 raio.



Figura 2. Imagem radiográfica com carga, demonstrando AHV de 52° à direita e 53° à esquerda.

com fresa de corte pela mesma incisão na região mediodiafisária do primeiro metatarso. Realizamos a redução da deformidade transladando lateralmente o segmento distal até a cortical medial do fragmento distal apoiar-se na cortical lateral do segmento proximal. Utilizamos um fio de Kirchner 2,5 mm seguindo a técnica de Giannini de forma intramedular e posteriormente fixação através da colocação de um segundo fio de 2,0 mm do segmento distal ao segundo metatarso a fim de gerar estabilidade no plano cefalocaudal conforme figura 4.

A ferida cirúrgica foi suturada com mononylon 4.0 e foi realizado um enfaixamento com compressa de gaze. A paciente teve alta hospitalar no mesmo dia com sandálias pós cirúrgicas para joanetes. Iniciamos carga com as sandálias conforme o tolerado, após a primeira semana de pós-operatório.

Após o início da consolidação radiográfica, que se deu na quinta semana de pós-operatório, foram retirados ambulatorialmente os fios de Kirchner (Figura 5) e iniciada a fisioterapia para ganho da amplitude de movimento e fortalecimento muscular.

A paciente manteve acompanhamento ambulatorial, e com oito semanas de pós-operatório apresentava sinais de consolidação e não havia deformidades residuais (Figuras 6 e 7). Com seis meses de evolução apresentou consolidação completa e remodelação óssea (Figura 8). Na figura 9, temos a apresentação clínica final.

DISCUSSÃO

A correção cirúrgica do hálux valgo tem como principal objetivo restabelecer a funcionalidade da primeira articulação metatarso-falângica e do primeiro raio como um todo. Diversos procedimentos



Figura 3. Imagem radiográfica com carga, demonstrando AIMT de 21° à direita e 22° à esquerda.

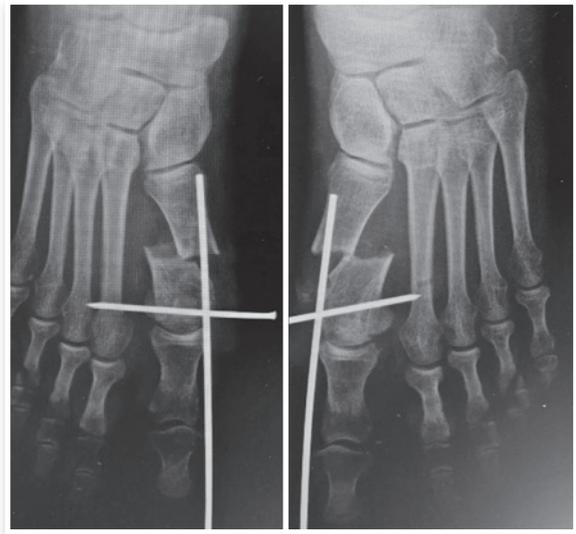


Figura 4. Imagem radiográfica do pós-operatório.



Figura 5. Imagem radiografia do pós-operatório, frente e perfil, após retirada dos fios de Kirchner (quinta semana de pós-operatório).



Figura 6. Imagem radiográfica do pós-operatório com 2 meses de evolução na incidência perfil.



Figura 7. Imagem radiográfica do pós-operatório com 2 meses de evolução na incidência anteroposterior.



Figura 8. Imagem radiografia do pós-operatório com 6 meses de evolução.

ósseos e de tecidos moles foram descritos para o tratamento do hálux valgo^{9,10}. Um conceito muito interessante de que esta deformidade realmente ocorre em três planos diferentes, e podemos ter maltratado o componente de rotação com nossas técnicas atuais¹¹.



Figura 9. Imagem clínica pós-operatório com 6 meses de evolução.

A partir deste conceito, demonstramos um caso em que foi possível realizar a correção de todas as deformidades com uma única osteotomia e sem a necessidade de liberação da cápsula lateral e ou a tenotomia do adutor do hálux.

As osteotomias transversas distais do primeiro metatarso com fixação com fio de Kirchner foram descritas inicialmente de forma aberta por Bosch¹² e posteriormente de forma minimamente invasiva por Giannini et al.⁸

Diferentemente de Giannini et al.⁸, realizamos a ressecção da eminência medial com fresa de desbaste por via percutânea, mas da mesma maneira, não realizamos a liberação lateral, pois acreditamos que a correção da rotação é obtida pela fixação das estruturas laterais à cápsula articular.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Mann RA, Coughlin MJ. Adult hallux valgus. In: Mann RA, Coughlin MJ, editors. Surgery of the foot and ankle. 6th ed. St Louis: Mosby; 1993. p. 150-269.
2. Hardy RH, Clapham JC. Observations on hallux valgus; based on a controlled series. J Bone Joint Surg Br. 1951;33(3):376-91.
3. Koury K, Staggers JR, Pinto MC, Godoy-Santos AL, Smyth NA, Shah AB, et al. Radiographic Assessment of First Tarsometatarsal Joint Shape and Orientation. Foot Ankle Int. 2019;40(12):1438-46.

4. Giannestras NJ. Foot disorders: medical and surgical management. 2nd ed. Philadelphia: Lea & Febiger;1973.
5. Lelièvre J, Lelièvre JF. Deformidades adquiridas de los dedos: Hallux valgus. En. Patología del pié. 4ª ed. Barcelona: Toray-Masson; 1982. p. 462-90.
6. Salomão O. Hálux valgo: Etiologia e Tratamento. Rev Bras Ortop. 2005;40(4):147-52.
7. Sanhudo JAV. Modificação da osteotomia em “Chevron” para correção do hálux valgo moderado a grave. Rev Bras Ortop. 2005;40(6):297-304.
8. Giannini S, Faldini C, Nanni M, Di Martino A, Luciani D, Vannini F. A minimally invasive technique for surgical treatment of hallux valgus: simple, effective, rapid, inexpensive (SERI). Int Orthop. 2013;37(9):1805-13.
9. Nery CAS. Hálux valgo. Rev Bras Ortop. 2001;36(6):183-200.
10. Coughlin MJ, Jones CP. Hallux valgus: demographics, etiology, and radiographic assessment. Foot Ankle Int. 2007;28:759-77.
11. Prado M, Baumfeld T, Nery C, Mendes A, Baumfeld D. Rotational biplanar Chevron osteotomy. Foot Ankle Surg. 2020;26(4):473-476.
12. Bosch P, Markowski H, Rannicher V. Technik und erste Ergebnisse der subkutanen distalen Metatarsale-I-Osteotomie. Orthopaedische Praxis. 1990;26:51-56.