

Cirurgia de Lelièvre no tratamento do halux valgo

Luiz Sérgio Martins Pimenta¹, Wellington Farias Molina², Clóvis Amódio², Rodrigo Bergamaschi Ferreira³, Enrico Barauna³, Odyr Ruiz Azevedo³.

RESUMO

Os autores apresentam a técnica cirúrgica de Lelièvre para o tratamento de hálux valgo. São descritos, passo a passo, os procedimentos necessários para a sua aplicação, bem como indicações e contra-indicações. São apontadas eventuais complicações relacionadas ao método.

Descritores: Técnica de Lelièvre; Hálux Valgo.

SUMMARY:

The authors present the Lelièvre technique for treatment of hallux valgus. It is described its application as well as its indications. They point complications related to the technique that eventually presents itself.

Key words: Lelièvre technique; Hallux valgus.

INTRODUÇÃO

O hálux valgo afeta principalmente mulheres acima da quarta década de vida e na sua etiopatogenia vários fatores são apontados como predisponentes ao seu aparecimento. A patologia do primeiro segmento (que inclui a primeira cunha, o primeiro metatarsiano, as falanges e as articulações correspondentes) é um fator causal importante. São também consideradas na literatura internacional, como possíveis causas: fórmula digital e metatarsiana (predominância de hálux valgo no pé egípcio em comparação ao pé grego-Villadot, 1971⁶, etiologia reumatológica, hereditariedade e principalmente o uso de calçados inadequados^(7,8). Segundo Lelièvre, há um distúrbio básico no pé com predisposição ao aparecimento de deformidade, e o uso de calçados inadequado desencadeia a patologia¹⁰.

1. Médico Chefe do Grupo de pé do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-IAMSPE – São Paulo – SP
2. Médico Assistente do Grupo de pé do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-IAMSPE – São Paulo – SP
3. Médico Residente do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-IAMSPE – São Paulo – SP

Endereço para correspondência: Centro de Estudos Ortopédicos –HSPE-SP – Rua Borges Lagoa, 1755-1º andar- Vila Clementino-CEP 04038-034-São Paulo-SP.

Por tratar-se de patologia complexa várias técnicas cirúrgicas foram desenvolvidas, na tentativa de correção da deformidade, sem haver consenso quanto à melhor técnica a ser empregada^(1,5).

ANÁLISE RADIOGRÁFICA

1- Ângulo de valgismo do hálux que mede o desvio em valgo do hálux na articulação metatarsofalangeana e conseqüentemente sua gravidade. Assim de 10 a 20 graus considera-se HV leve, de 20 a 40 graus moderado, e acima de 40 graus é considerado grave⁹.

2- Ângulo intermetatarsiano I e II que não deve ser maior que 12 graus. Traduz o maior ou menor grau de varismo do primeiro metatarsiano, que também deve ser considerado na indicação da técnica a ser empregada⁹.

ALTERAÇÕES METATARSOFALANGEANA DO HÁLUX

O hálux está desviado lateralmente, os sesamóides e o retalho gleno-sesamóides encontra-se desviado junto com hálux. Os ligamentos da parte medial da articulação metatarsofalangeana estão distendidos e, conseqüentemente, a superfície articular da primeira falange articula-se mais na parte fibular do primeiro metatarsiano. A maioria dos autores aceita a proeminência medial como sendo parte da cabeça do primeiro metatarsiano, que, estando fora da articulação da falange sofre alterações degenerativas, e não uma exostose verdadeira.

A articulação metatarsofalangeana do hálux é diferente das demais. Tem reforços laterais e, em sua porção inferior, está o sistema gleno-sesamóideo, em cujo interior encontra-se os sesamóides, que funcionam como um “sapato” para o primeiro metatarsiano, cuja cabeça, durante a marcha, desliza sobre os sesamóides.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico deve ser pela queixa do paciente. A prevalência na mulher é muito maior que no homem podendo chegar em alguns trabalhos à proporção de 50:1⁽¹⁻⁴⁾.

A deformidade é visível com hálux desviado em valgo, em maior ou menor grau. Não só o pé deve ser examinado, como também todo sistema esquelético, a fim detectarmos qualquer outra anormalidade sistêmica ou localizada nos pés, tais como “joanete do alfaiate”, calosidades plantares (indicando metatarsalgia), hálux valgo interfalângico, síndrome de Kidner ou qualquer outra patologia^(7,8).

O diagnóstico é corroborado pelo exame radiográfico feito sempre na posição ortotática, em no mínimo duas incidências: dorsoplantar (ap) e perfil com carga⁹.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Indicamos em pacientes com presença de artrose na primeira metatarsofalangeana; contra-indicamos nos pacientes ativos sem artrose metatarsofalangeana

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente sob anestesia raquimedular é colocado em decúbito dorsal horizontal, e após assepsia, antissepsia, colocação de campos estéreis e passagem de faixa de Esmarch estéril na raiz da coxa, realiza-se incisão da pele (distal para proximal) no nível da primeira metatarsofalangeana, fazendo incisão da cápsula articular da primeira metatarso falangeana no mesmo plano da pele. Após, realiza-se ressecção a da eminência medial com o uso de mini-serra, liberando assim a base da primeira falange e ressecção econômica falange proximal (1/4). Faz-se ainda liberação plantar lateralizando os sesamóides, finalizando com redução dos mesmos seguido de uma capsuloplastia fibrosa, sutura da pele e curativo.



Figura 1 - Incisão da pele



Figura 2 - Eminência medial do 1º metatarso



Figura 3 - Ressecção da eminência medial



Figura 4 - Ressecção econômica da base da falange proximal



Figura 5 - Cerclagem



Figura 6 - Capsuloplastia

CONDUTA PÓS OPERATÓRIA

O pós operatório é feito somente com enfaixamento simples utilizado por seis semanas associado à sandália de Baruk. Após esse período, libera-se a carga total.

COMPLICAÇÕES

Instabilidade da articulação metatarsofalangeana, transferência de carga para o segundo raio (que leva à presença de calosidade), e dificuldade à marcha.

RECOMENDAÇÕES

- Redução dos sesamóides e manutenção do mesmo com capsuloplastia fibrosa (cerclagem fibrosa de Lelièvre)
- Ressecção econômica da base da falange proximal, ao nível da metáfise.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Du Vries H.I.: Surgery of the foot. St Louis: Mosby; 1959. P. 381-388.
2. Haines R.W., MacDougall.: The anatomy of hallux valgus. J Bone Joint Surg [Br] 1954; 36 : 272-293.
3. Inman V.T. Hallux Valgus: a review of etiologic factors. Orthop Clin North Am 1974; 5: 59-66.
4. Mann R A, Coughlin M J Hallux Valgus- Etiology, anatomy, treatment and surgical considerations. Clin Orthop 1981; 157: 31-41.
5. Lapidus P.W.: The author's bunion operation from 1931 to 1959. Clin Orthop 1960: 119-135.
6. Viladot .: "Malformaciones del dedo gordo" in Patologia del antepié. Barcelona: Ediciones Toray; 1981: p. 185-207.
7. Sangeorzan B.J., Hansen S. T., Jr.: Modified Lapidus procedure for hallux valgus. Foot Ankle; 1989; 9: 262-266.
8. Lelièvre J.: Patologia del pie, 1ª ed, Barcelona; 1970 p. 466-495.
9. Lesting J.V., Borger R.A., Pimenta L.S.M.: Reavaliação a longo prazo da cirurgia de Lelièvre no tratamento do hálux valgo. Rev. Bras. de Ortop.; 1999 34: 271-276.