

Mosaicoplastia para tratamento das lesões osteocondrais do tálus

Luiz Sérgio M. Pimenta¹, Wellington F. Molina², Clóvis Amódio², Kelly C. Stéfani²

RESUMO

Os autores apresentam a técnica da mosaicoplastia para o tratamento das lesões osteocondrais póstero – mediais do tálus, destacando suas vantagens no acesso à lesão, e a melhor visualização da mesma, quando comparada à via artroscópica.

Descritores: Mosaicoplastia ; Lesões osteocondrais do tálus.

SUMMARY

The authors present the mosaicplasty technique for treatment of posteromedial osteochondral lesions of the talus, with emphasis to its advantages on lesion access in order to provide better visualization of the lesion than by arthroscopic surgery.

Keywords: Mosaicplasty ; Osteochondral lesions of the talus.

INTRODUÇÃO

As lesões osteocondrais do tálus são defeitos da cartilagem e do osso subcondral na cúpula talar. Podem resultar de trauma ou condições isquêmicas prolongadas.

Em sua maioria as lesões são póstero-mediais ou ântero-laterais na cúpula talar.^(1,3,4,5)

As lesões póstero-mediais são mais comuns e profundas, em geral envolvendo o osso subcondral, tendo origem isquêmica frequentemente associada a trauma.

As ântero-laterais normalmente decorrem de um trauma ou traumas repetidos após entorses e tendem a ser menos profundas^(1,3,6) (Figura 1).

O quadro clínico cursa com dor crônica no tornozelo, que pode ser anterior, medial, lateral ou difusa, algumas vezes associada à entorses freqüentes, podendo ocorrer sensação de “travamento”.

1. Chefe do Grupo de Afecções do Pé e Tornozelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE –SP

2. Médico Assistente do Grupo de Afecções do Pé e Tornozelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE –SP

Endereço para correspondência: Centro de Estudos Ortopédicos – HSPE – SP – Rua Borges Lagoa, 1755, 1º andar, sala 180 – V. Clementino – CEP 04038-034 – São Paulo – SP

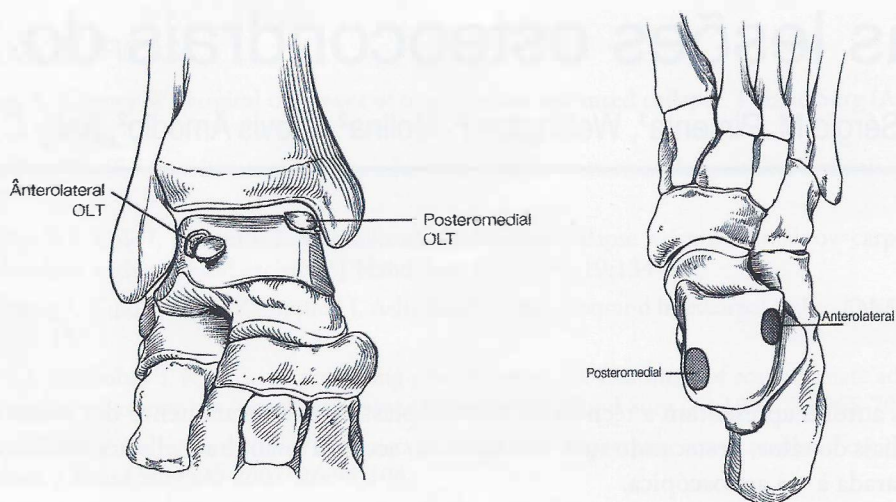


Figura 1: Lesão lateral (anterior) e medial (posterior) e sua localização.

O diagnóstico radiográfico é difícil, visto ser o exame radiográfico na maioria das vezes normal. A ressonância magnética é o método de escolha para avaliação do tamanho, localização e extensão da lesão (1,2,6) (Figura 2).

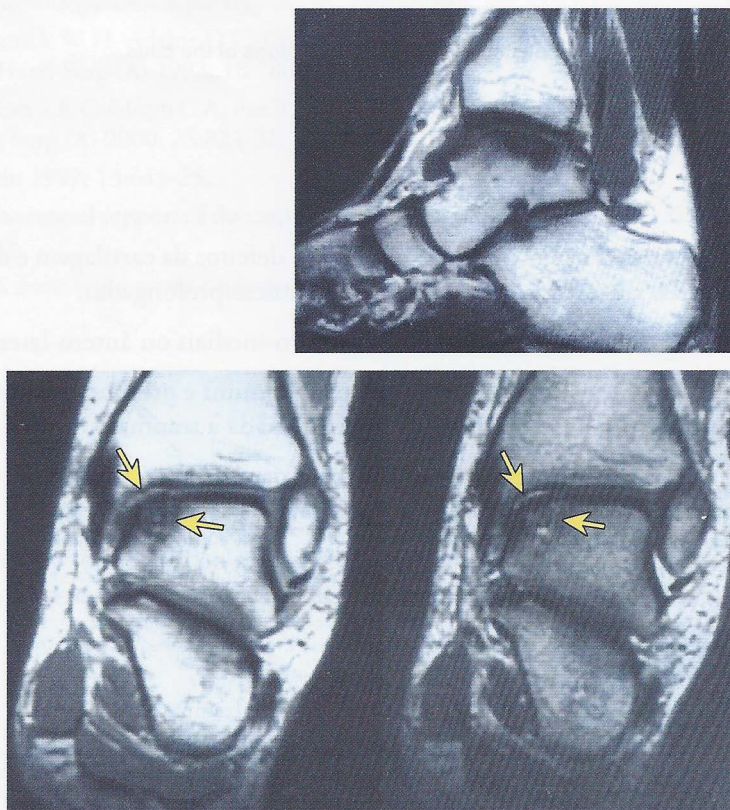


Figura 2: RM tornozelo com lesão osteocondral medial

Nas lesões sem destacamento, o tratamento é não cirúrgico. As lesões agudas com destacamento recente podem ser reduzidas e fixadas por síntese absorvível por via artroscópica ou aberta.⁽³⁾

Lesões cartilagosas podem ser curetadas e perfuradas para estimular a formação de fibrocartilagem no local. Lesões com envolvimento ósseo devem ser curetadas e enxertadas ou perfuradas. Via de regra as lesões póstero-mediais necessitam osteotomia do maléolo medial, uma vez que o acesso por via artroscópica é difícil, e por vezes impraticável, já que requer instrumental específico, nem sempre disponível (Figura 3).

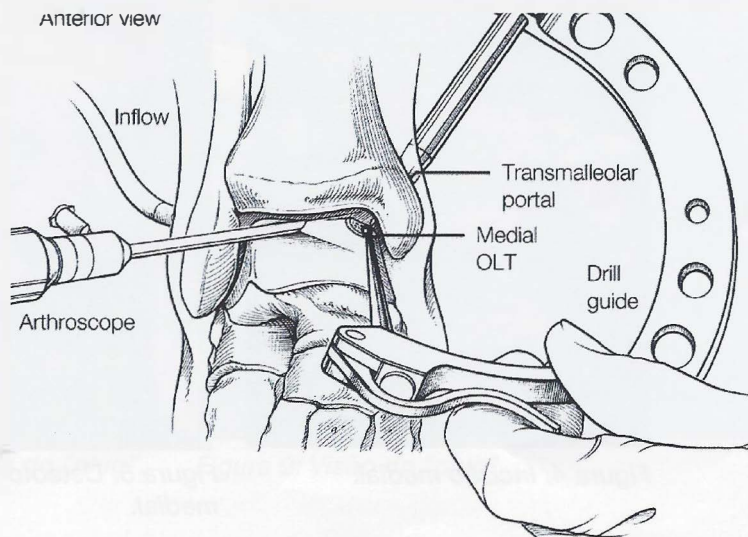


Figura 3: Portal de entrada artroscópico.

A mosaicoplastia com enxerto osteocondral autólogo do joelho ipsilateral é uma excelente opção com boa integração a médio prazo, embora careça de resultados à longo prazo.^(2,5)

A implantação de condrócitos autólogos também pode ser usada, embora precise de melhor avaliação de seus resultados a médio e longo prazo.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

A técnica da mosaicoplastia está indicada no tratamento das lesões osteocondrais póstero-mediais destacadas na cúpula do tálus, onde o acesso por artroscopia é extremamente difícil.

Está contra-indicada quando ocorrer alteração degenerativa extensa, infecciosa ou reumatológica no joelho ipsilateral.

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Devemos realizar uma propedêutica minuciosa, no sentido de descartar outras lesões que possam causar os sintomas ao paciente.

A ressonância magnética é fundamental no estudo do tamanho, extensão, localização e verificação do destacamento ou não da lesão.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é posicionado em decúbito dorsal, sob raquianestesia, com garroteamento do membro inferior acometido.

Faz-se uma incisão longitudinal medial no tornozelo até o maléolo medial, que é então osteotomizado em V invertido, com auxílio de uma serra delicada (Figuras 4 e 5).

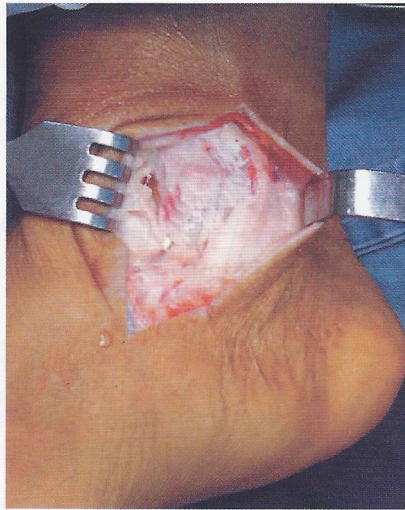


Figura 4: Incisão medial.

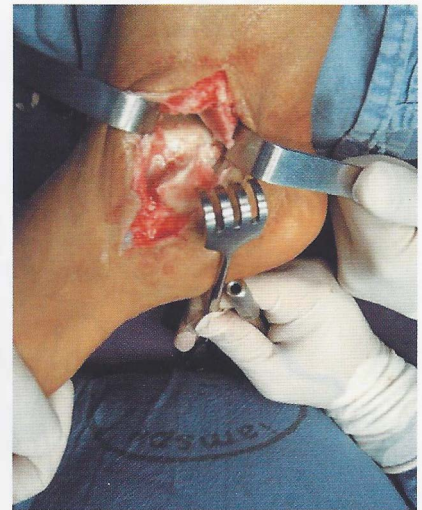


Figura 5: Osteotomia do maléolo medial.

Após a visualização e curetagem da lesão osteocondral, faz-se o preparo da área receptora, através de fresagem no centro da lesão, perpendicularmente à cartilagem articular, até atingirmos o osso subcondral saudável. Utilizamos “fresas” de 6,7 ou 8 mm de diâmetro, dependendo do tamanho da lesão (Figuras 6 e 7). Eventualmente, em lesões muito extensas, podemos transplantar 2 ou até 3 enxertos para o sítio receptor.

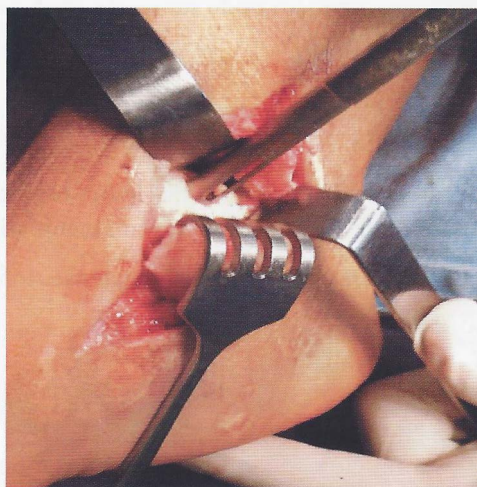


Figura 6: Fresagem da lesão.



Figura 7: Aspecto do Talus após preparo do leito receptor.

Realiza-se a medida da profundidade no sítio receptor.

É feita uma incisão mínima na porção ântero-lateral do joelho ipsilateral para visualização da área doadora.

Retira-se o “plug” osteocondral com o diâmetro e profundidade adequados, previamente estabelecidos (Figuras 8 e 9).

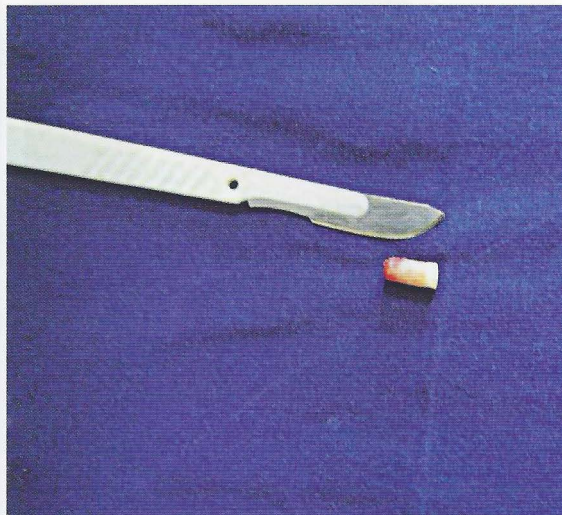


Figura 8: Retirada do “plug”. **Figura 9: Visão do “plug”.**

O “plug” osteocondral é posicionado e inserido sob pressão no sítio receptor (Figura 10).

O maléolo medial é fixado com 02 parafusos de esponjosa de 4mm (Figura 11).

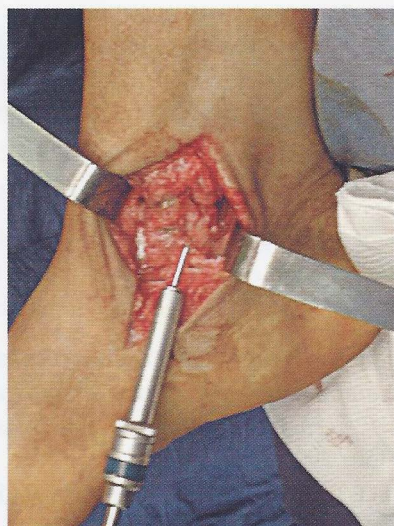
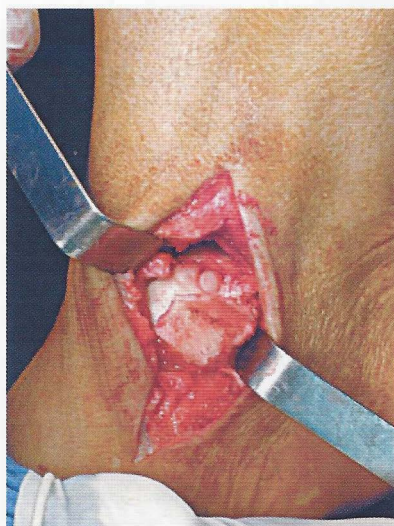
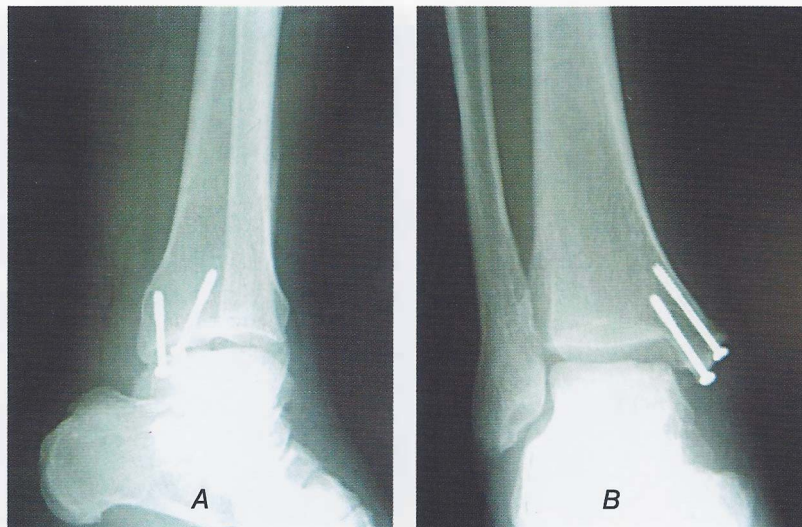


Figura 10: Inserção do “plug”. **Figura 11: Fixação do maléolo medial.**

Retira-se o garrote e as feridas são suturadas. Aplica-se gesso compressivo suro-podálico e enfaixamento na área doadora do enxerto, ou seja, o joelho ipsilateral.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

O paciente permanece três semanas imobilizado sem carga, a seguir mais três semanas com movimentação ativa e passiva, mas ainda sem carga e finalmente mais três semanas com carga através de órtese tipo "robot foot". Controle radiográfico (Figuras 12 A e B).



Figuras 12 A e B: Seguir o pós-operatório com incorporação dos plugs e consolidação da osteotomia.

RECOMENDAÇÕES

Tanto no sítio receptor quanto no doador o instrumental deve ser introduzido perpendicularmente, exceto se a lesão for na borda da cúpula talar, quando o ângulo adequado é 45°. Utilizar poucos "plugs" osteocondrais (no máximo três nas lesões muito extensas) para facilitar a integração na área receptora, bem como reduzir a morbidade na área doadora.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hangody L, Kish G, Kárpáti Z, et al: Treatment of osteochondritis dissecans of talus: the use of the mosaicplasty technique. *Foot Ankle Inter* 1997;18:628-634.
2. Hangody L, Kish G, Kárpáti Z, Szabó Z, Szerb I, Gáspár L, et al: Three to six year results of autologous osteochondral mosaicplasty on the talus. *Foot Ankle Inter* 2001;22: 552-558.
3. Giannini S, Buda R, Faldini C, Vannini F, Bevoni R, Grandi G, et al : Surgical treatment of osteochondral lesions of the talus in young active patients. *J Bone Joint Surg (A)* 2005; 87:28-41.
4. Noriega F: Mosaicplasty for the treatment of osteochondral lesions and transchondral talus fracture. *J of Bone Joint Surg - (B)* 2005; 87- Supplement I:87.
5. Scranton PE Jr, Frey CC, Feder KS: Outcome of osteochondral autograft transplantation for type-V cystic osteochondral lesions of the talus. *J Bone Joint Surg. (B)* 2006;88: 614-619.
6. Sammarco GJ, Guioa RG : Treatment of talar osteochondral lesions using local osteochondral graft. *J Bone Joint Surg - (B)* 2004; 86: 476-477.