

Tratamento da Coalizão Tarsal do Tipo Calcâneo-navicular

Pedro José Labronici¹, Gustavo José Labronici², Marcos Donato Serra³,
Jonas Pessoa de Campos⁴.

RESUMO

Os autores descrevem a técnica cirúrgica para tratamento da coalisão tarsal calcâneo-navicular nos pés planos dolorosos.

Descritores: Pé chato; Calcâneo/Cirurgia

SUMMARY

The authors describe a technique for surgical management of calcaneonavicular coalition in painful flatfoot.

Keywords: Flatfoot; Calcaneus/Surgery

INTRODUÇÃO:

A prevalência da coalizão tarsal na população é de aproximadamente 1%. Entretanto, a incidência dos sintomas nos pacientes com esta anormalidade ainda é desconhecida⁽¹⁾. Cowell⁽²⁾ relatou presença de bilateralidade em 60% dos casos com coalisões calcâneo-navicular.

As coalisões tarsais podem ser classificadas de acordo com o grau de ossificação. Quando a barra está completamente ossificada, é chamada de sinostose; preenchida com tecido cartilaginoso é uma sincondrose e com tecido fibroso é uma sindesmose.

Durante a infância, os pacientes com coalizão tarsal dificilmente se queixam de dor, portanto, é raramente diagnosticada. A presença dos sintomas parece estar relacionada com a idade da ossificação da barra, que varia entre 9 e 13 anos de idade⁽¹⁾. Mitchell e Gibson⁽³⁾ recomendam a excisão da barra calcâneo-navicular em crianças menores de 14 anos de idade que não apresentem evidências de alterações degenerativas ao exame radiográfico

1. Doutor em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, Chefe de Clínica do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Prof. Dr. Donato D'Ángelo – Hospital Santa Tereza e Professor Titular da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

2. Médico do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Prof. Dr. Donato D'Ángelo – Hospital Santa Tereza e Professor Auxiliar da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

3. Médico do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Prof. Dr. Donato D'Ángelo – Hospital Santa Tereza e Professor Convidado da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

4. Médico Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia e Professor Convidado da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

A cirurgia está indicada quando o paciente apresenta dor persistente, presença de espasmo muscular^(4,5) (pé peroneiro espástico), deformidades dos pés, ou não respondem ao tratamento conservador.

Este procedimento está contra-indicado em pacientes que apresentem alterações degenerativas das articulações adjacentes no exame radiográfico.

AVALIAÇÃO PRÉ-OPERATÓRIO

A radiografia simples em ântero-posterior, perfil e oblíqua em 45° do pé, são suficientes para o diagnóstico e localização precisa da coalisão calcâneo-navicular. (Figura 1)

TÉCNICA CIRÚRGICA

A – É realizado um acesso lateral de Ollier. A incisão começa abaixo do maléolo lateral e curva-se superiormente até a face lateral da articulação talo-navicular.(Figura 2)

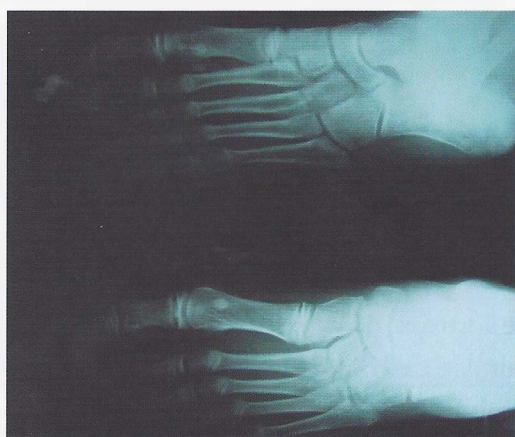


Figura 1: Radiografia em posição oblíqua e ântero-posterior demonstrando barra entre o calcâneo e o navicular.

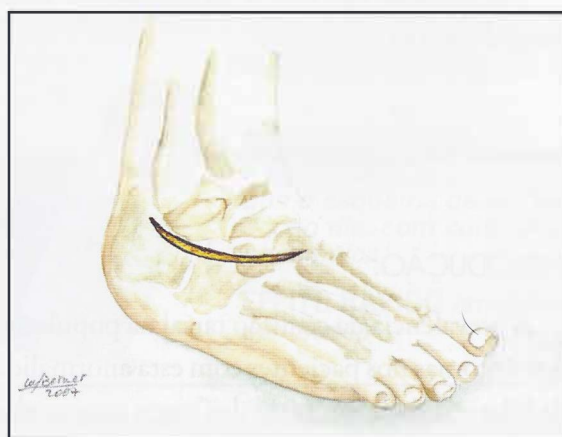


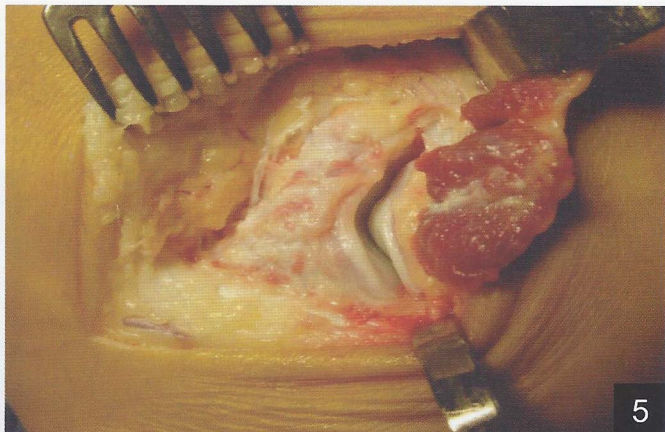
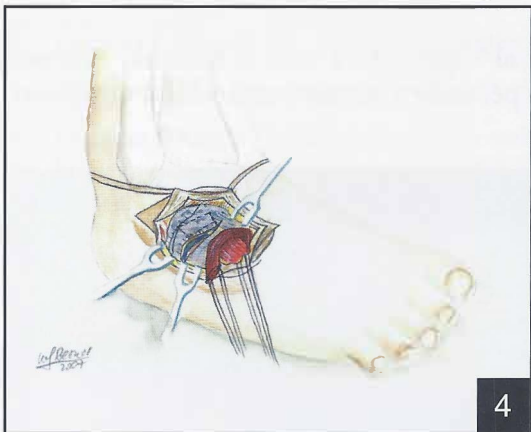
Figura 2: Incisão ântero-lateral de Ollier.

B - Os tendões fibulares são afastados posteriormente e os extensores longos dos dedos são afastados dorsalmente. Desinsere em sua origem o músculo extensor curto dos dedos. Elevar todo o músculo e refletir distalmente.(Figura 3)

C – O calcâneo, cubóide e o navicular são identificados. A cápsula da articulação calcâneo-cuboide é aberta para facilitar a exposição da barra calcâneo-navicular. Não se deve abrir a cápsula da articulação talo-navicular, pois pode haver uma subluxação dorsal do navicular sobre a cabeça do tálus. A barra deve então ser totalmente ressecada com um formato retangular. (Nunca ressecar de forma triangular, para não haver contato entre os ossos). Por isso, deve-se utilizar dois osteótomos para se realizar o procedimento. A osteotomia na região do calcanhar deve ser direcionada horizontalmente, enquanto que a do navicular deve ser angulada na direção plantar. (Figura 4)

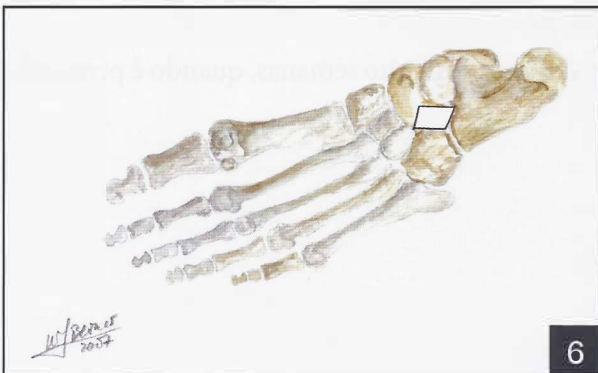


Figura 3: Liberação do tendão extensor curto dos dedos em sua origem.



Figuras 4 e 5: Exposição da articulação calcâneo-cuboide e da barra óssea.

D – É importante remover adequadamente a barra com porções do calcâneo e do navicular. (Figuras 6 e 7) A região plantar do navicular e a cabeça do tálus devem estar ao mesmo nível. O sangramento do osso esponjoso deve ser coagulado. (Figura 8)



Figuras 6 e 7: Área da retirada da barra óssea e seu formato trapezoidal.

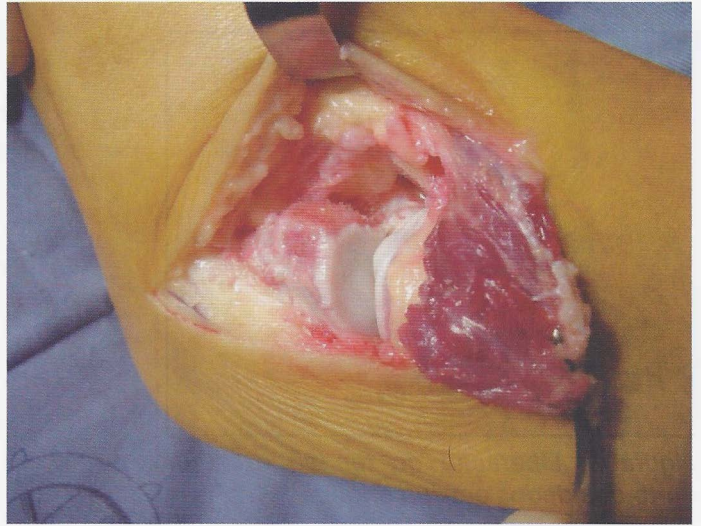


Figura 8 : Área da retirada da barra.

E – Utilizamos a técnica de Cowell e Gonzalez et al⁽⁶⁾ que coloca todo o músculo extensor curto dos dedos no defeito e fixa-se na região medial do pé, onde a sutura é amarrada a um botão. (Figuras 9 e 10).



Figura 9: Interposição do músculo extensor curto dos dedos no local da barra.

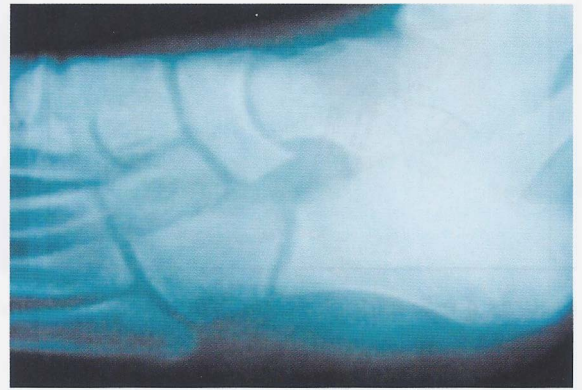


Figura 10: Radiografia demonstrando o resultado final.

CONDUTA PÓS-OPERATÓRIA

- Tala suro-podálica é utilizada por um período de três semanas.
- Iniciar exercícios de inversão e eversão do ante-pé.
- Manter o pé com um imobilizador, sem carga, durante seis a oito semanas, quando é permitida a carga.

COMPLICAÇÕES

- Manutenção da dor
- Recidiva da barra
- Subluxação dorsal da articulação talo-navicular
- Desenvolvimento de osteoartrose

RECOMENDAÇÕES

- Realizar boas radiografias, principalmente as oblíquas de 45° para um bom diagnóstico
- Observar presença de alterações degenerativas
- Seguir criteriosamente os tempos cirúrgicos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vincent KA. Tarsal coalition and painful flatfoot. J Am Acad Orthop Surg 1998; 6:274-81.
2. Cowell HR. Diagnosis and management of peroneal spastic flatfoot. Instr Course Lect 1975; 24:94-103.
3. Michell GP, Gibson JMC. Excision of calcaneonavicular bar for painful spasmodic flat foot. J Bone Joint Surg [Br] 1967; 49:281-7.
4. Outland T, Murphy ID. The pathomechanics of peroneal spastic flat foot. Clin Orthop. 1960; 16:64-73.
5. Braddock GTE. A prolonged follow-up of peroneal spastic flat foot. J Bone Joint Surg [Br] 1961; 43:734-7.
6. Gonzalez P, Kumar SJ. Calcaneo-navicular coalition treated by resection and interposition of the extensor digitorum brevis muscle. J Bone Joint Surg [Am] 1990; 72:71-7.