

Tratamento do hálux valgo pela associação das técnicas de Chevron e Akin

Alceu Gomes Chueire¹, Helencar Ignácio², Márcio Gomes Figueiredo³

RESUMO

Os autores descrevem a associação das técnicas de Chevron e Akin no tratamento do hálux valgo.

Descritores: Hálux valgo, Chevron, Akin.

SUMMARY

The authors here describe the combination of Chevron's and Akin's techniques for hallux valgus treatment.

Keywords: Hallux valgus, Chevron, Akin

INTRODUÇÃO

O hálux valgo é uma das patologias não traumáticas do pé que mais freqüentemente leva o paciente a buscar por auxílio médico. Caracteriza-se principalmente pelo desvio lateral, em valgo, do hálux, associado com um desvio medial da cabeça do primeiro metatarsiano⁽¹⁻⁵⁾. Vários fatores encontram-se envolvidos na sua gênese, porém é senso comum que o uso de calçados inadequados seja o principal fator extrínseco^(1,3,5). O tratamento inicialmente é conservador, com medidas comportamentais, como mudança dos calçados e colocação de proteção nas áreas de atrito com os mesmos^(1,4). Quando esta forma de tratamento já não é mais suficiente, impõe-se o tratamento cirúrgico e para tal fim temos na literatura mundial uma variada gama de procedimentos, cada qual com sua indicação, suas vantagens e desvantagens^(1,2,3,6).

INDICAÇÕES

Apresentaremos aqui a associação de duas técnicas cirúrgicas, Chevron e Akin^(7,8,9,10), as quais utilizamos para tratamento do hálux valgo leve e moderado, ou seja, aqueles cujo o ângulo de valgismo do hálux é menor que 40° e o ângulo intermetatarsal não ultrapassa 16°^(2,3,11), que apresente congruência da metatarso falângica do primeiro raio.

CONTRA-INDICAÇÕES

Não apresenta associação com nenhuma outra patologia sistêmica (Figuras 1A e 1B).

-
1. Livre docente, Chefe do Serviço de Ortopedia e Traumatologia da Funfarme e Chefe da Disciplina de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
 2. Doutor, Vice-chefe do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; Chefe do Grupo de Cirurgia de Pé e Tornozelo do Hospital de Base / Funfarme.
 3. Ortopedista, membro do Grupo de Cirurgia de Pé e Tornozelo do Hospital de Base / Funfarme.

Endereço para correspondência: Av. Brigadeiro Faria Lima, 5544 – Bairro São Pedro – CEP 15090-000 – São José do Rio Preto – SP –
Email: grupodope@terra.com.br

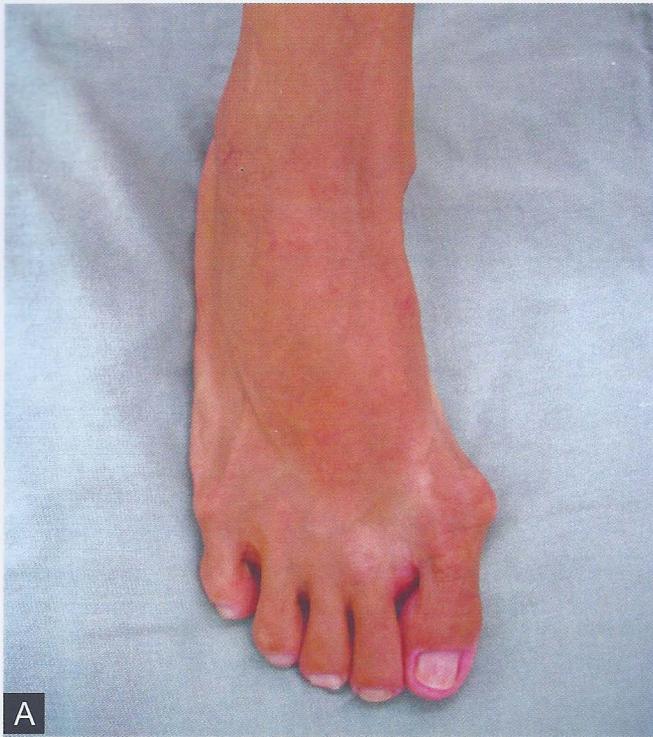


Figura 1A: Aspecto clínico da deformidade em valgo do hálux

Figura 1B: Raio X pré operatório

TÉCNICA CIRÚRGICA

Com paciente em decúbito dorsal, fazemos esvaziamento e garroteamento do membro com uso de faixas de Esmarch. Realizamos uma incisão de aproximadamente 5-7 cm sobre a face medial da falange proximal do hálux e primeiro metatarsiano, na transição entre a pele da região dorsal e plantar (Figura 2).



Figura 2: Desenho sobre a pele mostrando local no qual é realizada a incisão

Procedemos a dissecação cuidadosa do subcutâneo tendo o cuidado de visualizar e isolar o nervo sensitivo dorsal do hálux (Figura 3).



Figura 3: Detalhe do nervo sensitivo dorsal do hálux que deve ser reconhecido e isolado durante o procedimento cirúrgico

Nossa preferência quando fazemos uso desta associação de técnicas é por realizar a abertura da cápsula em linha reta, havendo a opção de realizar esta incisão em “L” ou em “Y”, conforme a experiência pessoal de cada cirurgião.

Com isso, visualizamos a eminência medial, “bunion”, (Figura 4), que é excisada com o auxílio de uma serra oscilatória, acompanhando-se uma linha imaginária com a borda medial do pé (Figura 5). Este corte evita o envolvimento da diáfise do primeiro metatarso na área ressecada, o que poderia comprometer a estabilidade do foco da osteotomia.

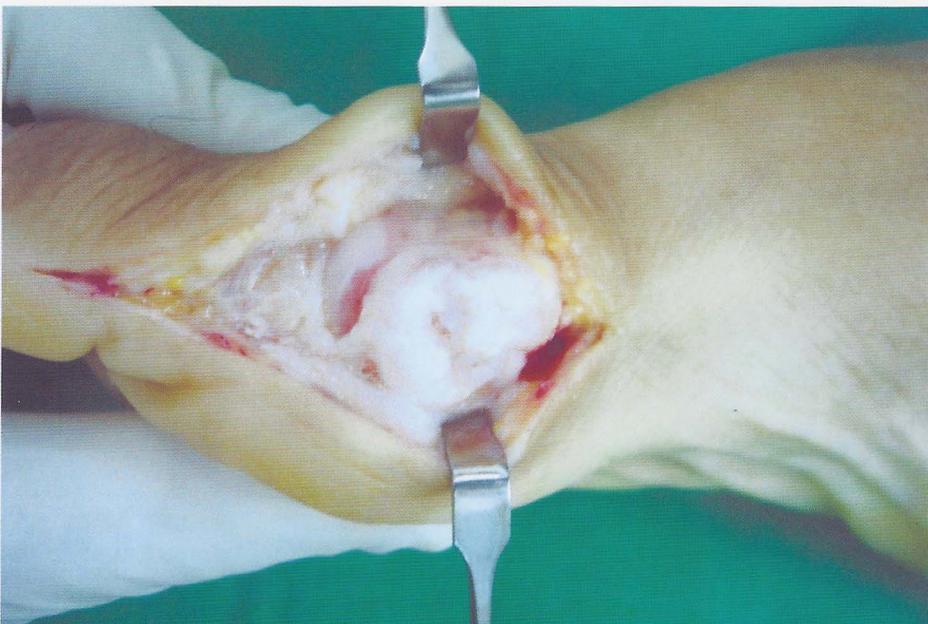


Figura 4: Eminência medial do Hálux, “bunion”, visualizado após capsulotomia



Figura 5:
Posicionamento
da microserra
oscilante para
excisão da
eminência medial

Marca-se o centro da cabeça do metatarsiano com o auxílio do bisturi elétrico (Figura 6) e deste partem os dois braços da osteotomia em “V” com 60° – 70° de abertura entre eles.

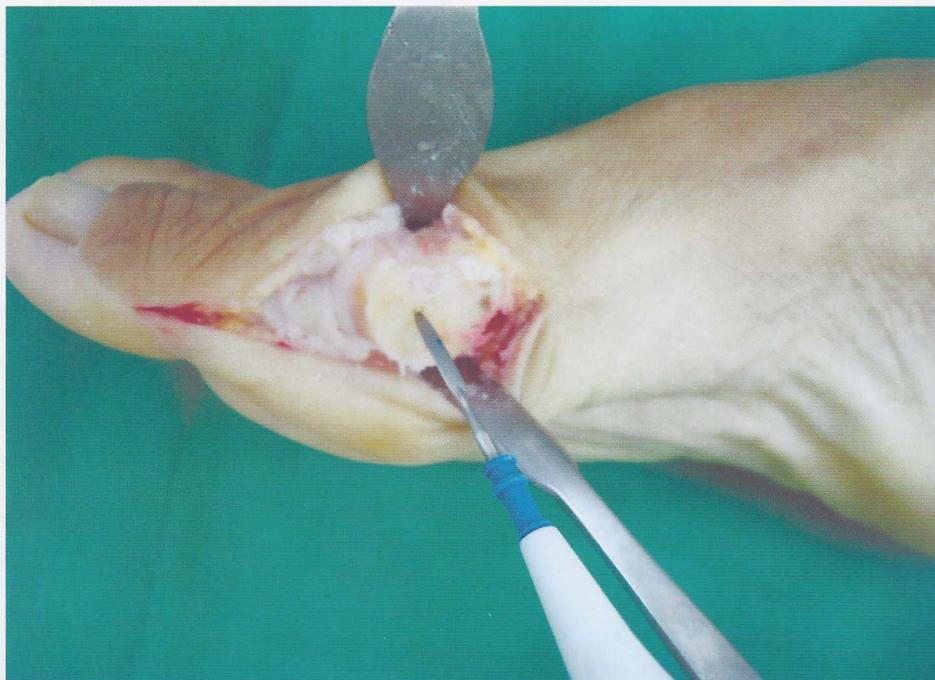


Figura 6: com auxílio
 do bisturi elétrico
 marca-se o centro
 da cabeça do 1º
 metatarsiano

Uma vez realizada a osteotomia, também com uso de microserra oscilatória, promovemos o deslocamento lateral da cabeça do primeiro metatarso. Nesta etapa devemos tomar o cuidado de não ultrapassar a metade da

largura da cabeça do metatarso para não comprometermos a nossa osteotomia. Realizamos a fixação provisória com fio Kirschner 1,5mm e a fixação definitiva se faz com uso de parafuso canulado de Hebert (Figura 7).

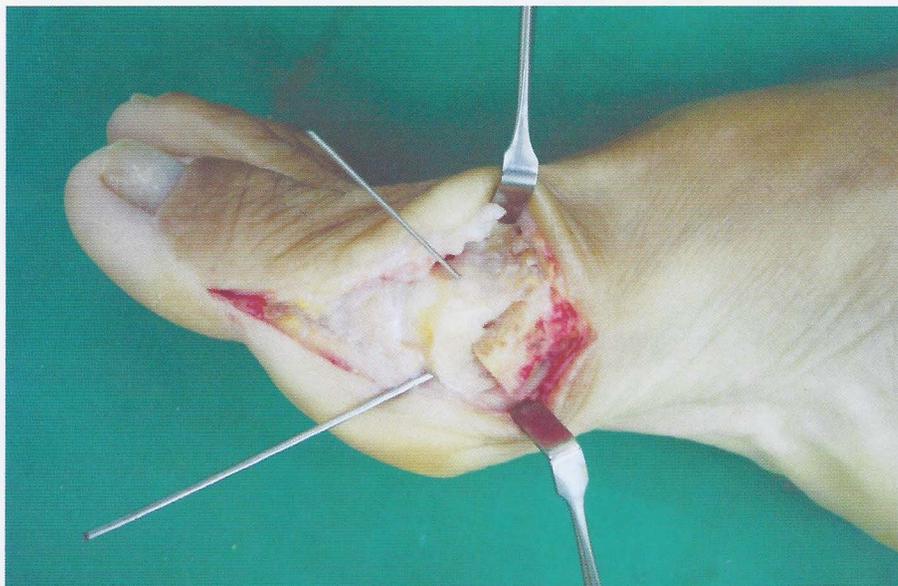


Figura 7: Detalhe da fixação provisória com fio Kirschner e do fio guia do parafuso de Hebert, pós osteotomia e deslizamento lateral da cabeça do metatarso

Uma vez fixada a osteotomia do 1º metatarso realizamos o teste do “push-up”, descrito por Mc Glamry⁽¹²⁾, que consiste em realizar pressão sob a cabeça do 1º metatarso afim de averiguar se foi obtida total correção da deformidade. Se restar alguma deformidade associamos a técnica de Akin^(7,8) e realizamos a dissecação periosteal da falange proximal, demarcando a cunha de base medial na região na qual situa-se o ápice da deformidade (Figuras 8A e 8B). Deve-se preservar a cortical lateral afim de evitar desvios rotacionais. Em nossa experiência tivemos 2 casos nos quais ocorreu a quebra da cortical lateral porém os mesmos evoluíram sem complicações.

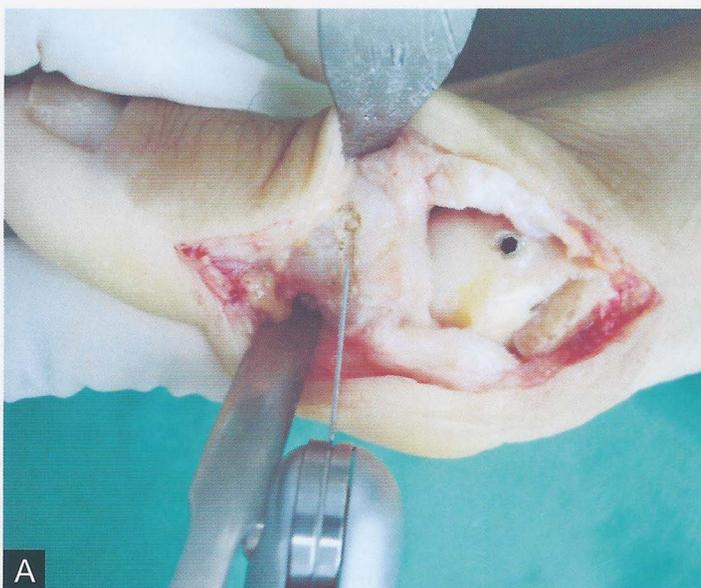


Figura 8A: Posicionamento da serra para osteotomia da falange proximal do hálux

Figura 8B: RX pós operatório

SUGESTÃO

Um detalhe técnico aqui é realizar o traço da osteotomia mais próximo da articulação paralelamente à esta, fixando a osteotomia com 1 ou 2 fios de Kirschner 1,5mm.

Passamos então á sutura da cápsula. Antes de realizá-la, ressecamos um pequeno filete da porção inferior. Também tomamos o cuidado de tracionar a porção inferior no momento da sutura afim de tentar obter um maior grau de correção da luxação dos sesamóides.

Feito isto resta apenas o fechamento da incisão da pele, o qual fazemos com fio nylon 4.0.

Realizamos um curativo em "H" com gaze entre o 1º e 2º dedos que ajuda a manter a correção obtida. Usamos tala suro podálica no pós-operatório imediato.

PÓS-OPERATÓRIO

- Alta hospitalar no dia seguinte.
- Troca de imobilização e curativo com 7 dias.
- Retirada dos pontos e troca de imobilização com 21 dias.
- Carga parcial com sandália de Barouk ou sandália em rampa à partir da 3ª semana.
- Retirada do(s) fio(s) do Akin com 6-8 semanas.
- Carga total com 8 semanas.

VANTAGENS

Melhora clínica significativa, com grande taxa de satisfação dos pacientes.

Única via de acesso, diminuindo a morbidade.

Alto índice de consolidação.

Pós-operatório simples.

DESVANTAGENS

Necessita uso de microserra.

Curva de aprendizado do cirurgião.

Risco de fragmentação e necrose da cabeça do metatarso.

RECOMENDAÇÕES

- O nervo sensitivo dorsal deve ser isolado e protegido afim de evitarmos a formação de neuromas.
- Uso de microserra é muito importante para perfeita confecção dos cortes.
- Evite o descolamento excessivo da porção lateral do primeiro metatarso → risco de necrose!!
- Na osteotomia de Akin a cortical lateral da falange deve permanecer intacta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mann R.A., Coughlin M.J.. Hallux Valgus in Surgery of the Foot and Ankle, 8th ed., Philadelphia, Mosby, 2007, 183-362.
2. Coughlin M.J.. Hallux Valgus, J Bone Joint Surg Am. 1996 Jun;78(6):932-66.
3. Nery, C.A.S.. Hálux Valgo, Rev Bras Ortop, 2001 Jun, 36(6): 183-199.
4. Easley M.E., Trnka H.J.. Current concepts review: hallux valgus part 1: pathomechanics, clinical assessment, and nonoperative management. Foot Ankle Int. 2007 May; 28(5):654-9.
5. Carvalho Jr., A.E., Ruara, A.F., Hálux Valgo em Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Práticas, 3ª ed., Porto Alegre, Artmed, 2003, 590-608.
6. Easley M.E., Trnka H.J.. Current concepts review: hallux valgus part II: operative treatment. Foot Ankle Int. 2007 Jun;28(6):748-58.
7. Boberg J.S., Menn J.J., Brown W.L.. The distal akin osteotomy: a new approach. J Foot Surg. 1991 Sep-Oct; 30(5):431-6.
8. Frey C., Jahss M., Kummer F.J., The Akin procedure: an analysis of results. Foot Ankle. 1991 Aug;12(1):1-6.
9. Tollison M.E., Baxter D.E., Combination chevron plus Akin osteotomy for hallux valgus: should age be a limiting factor?. Foot Ankle Int. 1997 Aug;18(8):477-81.
10. Mitchell L.A., Baxter D.E., A Chevron-Akin double osteotomy for correction of hallux valgus. Foot Ankle. 1991 Aug;12(1):7-14.
11. Coughlin M.J., Freund E., The reliability of angular measurements in hallux valgus deformities. Foot Ankle Int. 2001 May;22(5):369-79.
12. Malviya A., Makwana, N., Laing, P., Scarf osteotomy for hallux valgus – is Akin osteotomy necessary?. Foot Ankle Surg, 2007, 13,177-181.