

# Tratamento do Pé Torto Complexo pelo Método Ponseti

Monica Paschoal Nogueira I, Alessandro Monterroso Felix II , Paulo Kanaji III, William Martins Ferreira IV

---

## RESUMO

O tratamento do pé torto complexo é um desafio para o ortopedista porque é muito difícil a moldagem e manutenção no gesso desses pés com subcutâneo mais abundante, uma prega plantar de medial a lateral do pé, características que lembram a distrofia simpático reflexa e uma tendência maior a recidivas.

Esse artigo apresenta a variação do Método Ponseti necessária para o adequado tratamento desses pés.

**Descritores:** pé torto congênito, Método Ponseti.

## ABSTRACT

The treatment of complex clubfoot is a challenge for the orthopaedic surgeon because the moulding and maintainance of cast position is difficult in these feet, with a fatty subcutaneous tissue , a deep medial to plantar crease, features that can be compared to sympathetic dystrophy and a stronger tendency to recurrences.



This article describes the variation of Ponseti method necessary to treat correctly these feet.

## INTRODUÇÃO

O pé torto considerado complexo é rígido, “resistente” à correção, com o primeiro raio mais curto, com hiperextensão do hálux, e uma prega transversa, denotando a hiperflexão dos metatarsos. Os gessos corretivos “caem” desses pés, frequentemente com lesões de pele.

- 
- I. médica ortopedista chefe do grupo de ortopedia pediátrica do HSPE.
  - II. médico ortopedista assistente do grupo de ortopedia pediátrica do HSPE.
  - III. médico ortopedista colaborador do grupo de ortopedia pediátrica do HSPE.

Apesar de ser facilmente identificável quando se apresenta com esse aspecto “gordo” e com calcanhar pouco visível, aventa-se que esses pés ao nascimento PODERIAM TER uma supinação mais importante, o tálus extremamente fletido e rodado interno, adução, cavo e equino extremos e um pé geralmente mais hipoplásico, com tamanho menor (Fig 1). Mesmo assim, ele pode se apresentar inicialmente como um pé torto congênito sem nenhuma característica especial, e depois evoluir para um complexo.

Eles são em bem menor número que os outros – cerca de 2%, e aventa-se que muitos deles sejam iatrogênicos. Esses pés não respondem bem às manobras de supinação e abdução. Aventa-se a hipótese de esse edema ser causado por uma alteração simpática, pois esses pés ficam muitas vezes hiperemiados. A alteração simpática pode ter ocorrido por manipulações seriadas forçadas, ou pressa na correção, sem dar o tempo para que o tecido possa se adaptar.

A forma de correção desses pés foi descrita em 2006<sup>1</sup>, e consiste em elevação de todo o antepé, e confecção cuidadosa do gesso, com moldagem perfeita, como relatado a seguir.

## INDICAÇÕES

Pés tortos com características de complexos, sendo estas: pé curto, com subcutâneo abundante, prega plantar funda que denota cavo importante com flexão plantar pronunciada do antepé (Fig 2), retropé em varo fixo. Muitas vezes o primeiro raio apresenta-se encurtado, com hiperextensão do hálux. Se o pé estiver muito sensível e edemaciado é recomendável que se aguarde uma ou duas semanas para que o componente edematoso e irritativo diminua.

## TÉCNICA

A manobra de correção é um pouco diferente da convencional do Método Ponseti 2: o apoio deve ser feito também na cabeça do tálus, mas o movimento inicial é uma elevação de todo o antepé, com correção do cavo pronunciado. Muitas vezes são necessários dois ou três gessos para a



correção do cavo, e deve-se observar meticulosamente se a posição dos dedos após a confecção do gesso se mantém. Normalmente, é necessária a utilização dos dois polegares na dorsiflexão com apoio de ambos os índices na cabeça do tálus (Fig 3 e Fig 4).



A tendência à perda da posição do pé dentro do gesso é grande, pois os metatarsos em flexão forçam a retração do pé no interior do gesso. Se isso ocorrer, o calcâneo, que inicialmente estaria situado em um espaço moldado no gesso para ele, será esmagado contra o gesso posteriormente, assim como o dorso do pé será comprimido contra a parte anterior do gesso, impedindo a drenagem venosa, e originando lesões de pele.

Por isso, ainda é recomendada a flexão do joelho em 100 a 110 graus, e moldagem adequada da região poplíteia. Para evitar o excesso de gesso nesses pés volumosos, recomenda-se a colocação de uma longuete anterior de gesso (Fig 5).



Após a correção do cavo, deve-se continuar a abdução até cerca de 45 a 50 graus, e então é indicada a tenotomia percutânea do Tendão do calcâneo (Achillis). A tenotomia é seguida por um gesso com a dorsiflexão conseguida (raramente maior que 10 a 15 graus) por três semanas.

A colocação da órtese deve ser feita com cuidado dobrado para que o calcânhar fique de fato apoiado na palmilha, senão o equino recidiva muito facilmente. O protocolo segue o protocolo original do Método Ponseti, 3 meses com uso de 23 horas por dia e depois até os 4 anos com 14 horas por dia (uso noturno).

## COMPLICAÇÕES

Lesões de pele, infecção superficial, edema.

## RECOMENDAÇÕES

O pé complexo deve ser reconhecido imediatamente, (mesmo quando se inicia a quebra no mediopé com uma pequena prega lateral para que a mudança na estratégia de tratamento possa evitar que haja quebra no mediopé. Essa quebra do mediopé ocorria também no apoio inadequado com fulcro na articulação calcâneo-cuboidea, descrito como o erro de Kite 3.

É importante que se tenha uma expectativa diferente nesses pés, quanto a mobilidade e amplitude de movimentos, bastante reduzidas. Ocorre melhora em cerca de 3 meses.

A família geralmente tem boa aceitação da órtese se ela é explicada ao início do tratamento, não colocada como opcional 4, 5. É muito importante que a ortetização seja adequada, senão todo o esforço do profissional na fase de correção gessada será perdido. Se conseguirmos o posicionamento adequado, com 3 a 6 meses a rigidez melhora, e a prega desaparece em cerca de 1 ano. O tamanho do pé aumenta.

Importante acompanhar a evolução, a dorsiflexão vai melhorando, o calcanhar continua vazio por alguns anos e a marcha melhora o pé. As recidivas, no entanto, são bem mais frequentes, é importante estar preparado para tratar precocemente se elas ocorrerem.



fig. 6  
Inicial: podemos notar intensa supinação e acentuada prega posterior.



fig. 7 - No sétimo gesso, houve parada da correção e o calcâneo - desapareceu significando a migração do pé no gesso. O pé fica encurtado, gordinho, edemaciado, e aparece uma prega plantar de lateral a medial.



fig. 8 - No entanto, após o tratamento adequado, o pé aos 7 meses apresenta boa correção, desaparecimento quase total da prega plantar, aumento do tamanho do pé e boa dorsiflexão.



fig. 9 - Radiografias desse pé aos 7 meses.



fig. 10 - Aos 14 meses, o pé mantém boa mobilidade e correção.

1. Ponseti IV, Zhivkov M , Davis N, et al. Treatment of the complex idiopathic clubfoot. *Clin Orthop Relat Res.* 2006;(451):171-6.
2. Ponseti IV. *Congenital clubfoot: fundamentals of treatment.* New York: Oxford University, 1996.
3. Ponseti IV. Common errors in the treatment of congenital clubfoot. *Int Orthop.* 1997;21(2):137-41.
4. Nogueira MP, Fox MH, Miller KK, et al. The Ponseti method in Brazil: barriers to bracing compliance. *I Orthop J.* 2013;33: 161-6.
5. Nogueira MP, Farcetta M, Fox MH, et al. Treatment of congenital clubfoot with the Ponseti method: the parents' perspective. *J Pediatr Orthop B.* In press.