

Fraturas do tálus: acesso medial com osteotomia do maléolo interno

Luiz Sérgio M. Pimenta¹, Wellington F. Molina²

RESUMO

Os autores descrevem a técnica de abordagem das fraturas do corpo do tálus através de uma osteotomia em “V” do maléolo medial, discutindo suas indicações e contra - indicações.

Descritores: Fraturas; Tálus; Osteotomia; Cirurgia.

SUMMARY

The authors describe a technique of approach the fractures of talar body by a “V” osteotomy of medial malleolus discussing its indications.

Key Words: Fractures ; Talus ; Osteotomy ; Surgery.

1. Médico chefe do grupo de pé e tornozelo do Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE - São Paulo - SP.
2. Médico assistente do grupo de pé e tornozelo do Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE - São Paulo - SP.
Endereço para correspondência: Centro de Estudos Ortopédicos - HSPE - SP - R. Borges Lagoa, 1755 - 1º andar
V. Clementino - CEP 04038-034 - São Paulo - SP.

INTRODUÇÃO

O tálus sustenta e distribui as forças mecânicas do corpo acima dele.

As fraturas do tálus ocupam o segundo lugar nas fraturas do tarso. Ocorrem em traumas de alta energia, como em acidentes aéreos, conforme relatado por Anderson em 1919, daí o nome “fratura do aviador”.

A irrigação do tálus é feita principalmente pela artéria do seio do tarso (alça anastomótica, entre o ramo perfurante da artéria fibular e um ramo da artéria dorsal do pé) e artéria do canal do tarso que origina o ramo deltóide que irriga o terço medial do corpo do tálus, de tal forma que a via de acesso medial deve preservar tal irrigação.

As fraturas do colo atingem 50% das fraturas do tálus, tendo sido classificadas por Hawkins em 1970:

tipo I - Fratura vertical do colo sem desvio;

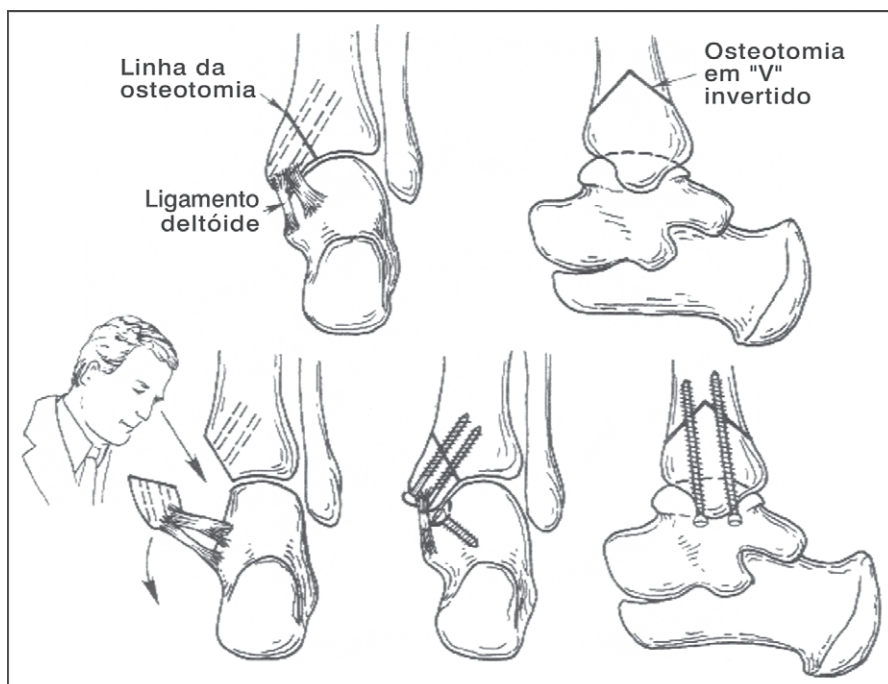
tipo II - Fratura do colo com desvio e luxação ou subluxação subtalar;

tipo III - Fratura do colo com desvio, com luxação do corpo do tálus, da subtalar e túbio-társica;

tipo IV - Tipo III mais luxação talo-navicular (Canale e Kelly).

As fraturas do corpo do tálus podem ser: fraturas osteocondrais da cúpula talar; fraturas por cisalhamento que atingem tanto a túbio-társica quanto a subtalar (13 a

20% das lesões tálares); fraturas do processo posterior; fraturas do processo lateral ou fraturas cominutivas.



INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

O acesso medial com osteotomia do maléolo está indicado nas fraturas do colo do tálus tipo III de Hawkins e nas fraturas do corpo do tálus por cisalhamento com desvio (acima de 2 mm) póstero-medial do corpo do tálus, tornando a redução extremamente difícil nos casos com maléolo medial íntegro.

Figura 1. Osteotomia em “V” invertido do maléolo medial nas fraturas do tálus.

FRATURAS DO TÁLUS

Tal abordagem geralmente não está indicada nos demais tipos de fraturas do tálus.

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

O paciente deverá ser submetido a radiografias de tornozelo frente e perfil, além da incidência de Canale e Kelly (realizada com o pé em equino máximo e em 15° de valgo e com o tubo de Rx posicionado a 75° sentido cefálico do plano da mesa).

A tomografia computadorizada nos planos coronal e axial é fundamental no estudo da fratura em si, e das lesões associadas.

TÉCNICA CIRÚRGICA

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

Faz-se uma incisão medial do tubérculo do navicular até acima do maléolo medial; identifica-se a veia safena longa, que deve ser afastada medialmente ou ligada.

O maléolo medial é pré – broqueado e pré – macheado para facilitar sua síntese posterior; realiza-se osteotomia em “V” invertido do maléolo medial, inicialmente com uma serra de baixa oscilação completando-se com um osteótomo.

Afasta-se o maléolo medial osteotomizado para visualização, redução e síntese da fratura do tálus sob controle radioscópico de preferência.

Efetua-se a síntese do maléolo medial a partir dos orifícios pré - estabelecidos com 01 ou 02 parafusos de esponjosa de 4,0 mm.

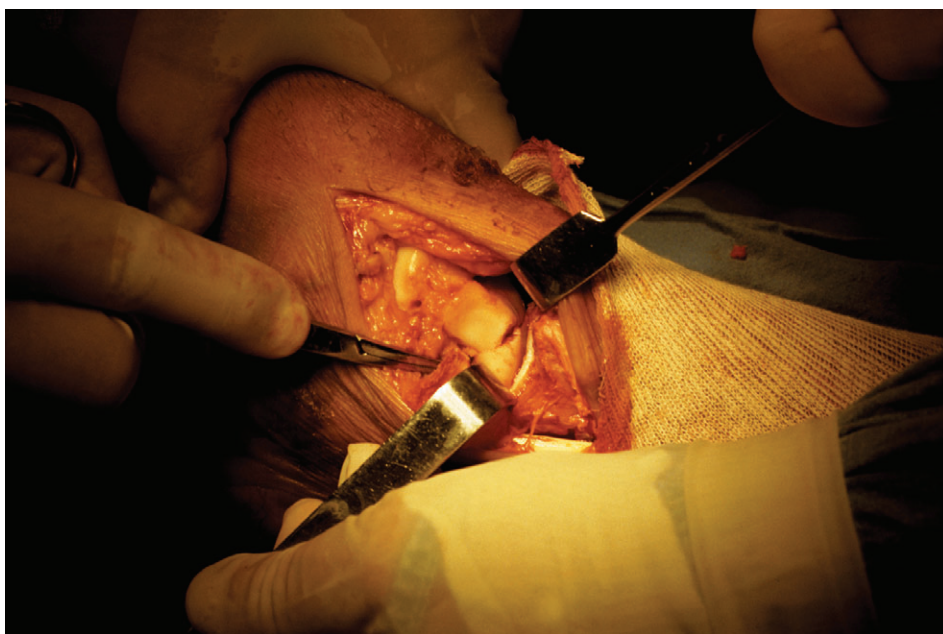
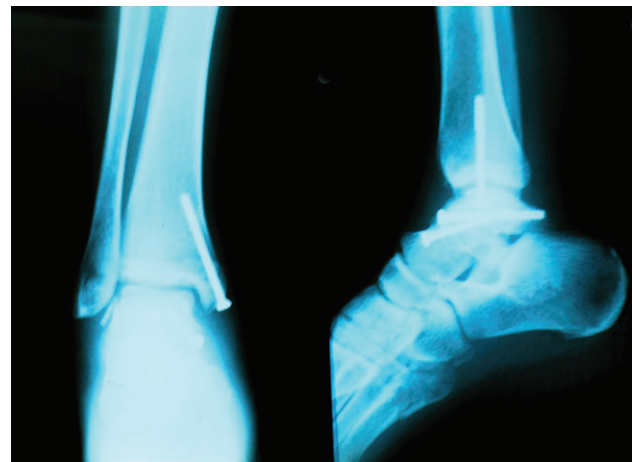
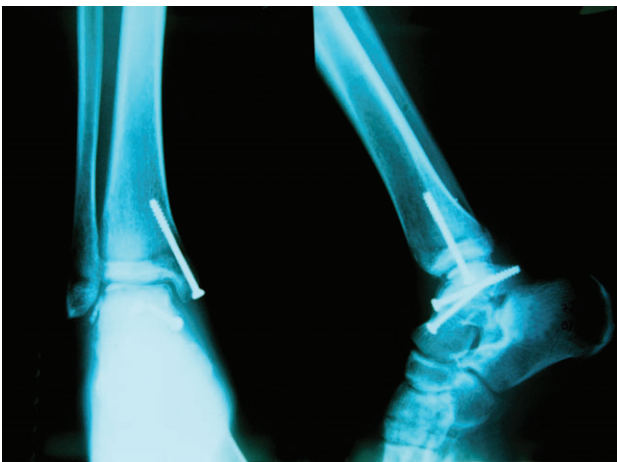


Figura 2. Osteotomia do maléolo medial – aspecto intra-operatório.



Figuras 3, 4, 5 e 6. Aspecto radiográfico pós- operatório.

Retirada do garrote para revisão hemostática. Realizado controle radioscópico e fechamento por planos.

Aplicado aparelho gessado suro-podálico.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Deve-se manter o aparelho gessado por 6 a 8 semanas permitindo-se, então, mobilização subtalar e tálbio-társica; entretanto o paciente é mantido sem carga por 10 a 12 semanas. A carga só deve ser iniciada após visualização radiográfica de consolidação óssea.

COMPLICAÇÕES

- 1- Pseudoartrose do maléolo medial (rara);
- 2- Consolidação viciosa do maléolo medial .

RECOMENDAÇÕES

O corte em “V” invertido tipo “Chevron “, bem como a pré perfuração do maléolo medial, permitem uma perfeita redução dos fragmentos facilitando sua posterior fixação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andersen H G. The medical and surgical aspects of aviation. London, 1919, Hodder.
2. Canale S T, Kelly F B Jr. Fractures of the neck of the talus. J Bone Joint Surg (A) 1978; 60: 143-156.
3. Comfort T H, Behrens F, Gaither D W. Long-term results of displaced talar neck fractures. Clin Orthop 1985; 199: 81-87.
4. Hawkins L G. Fractures of the neck of the talus. J Bone Joint Surg (A) 1970; 52: 991-1002.
5. Pimenta L S M. Afecções traumáticas do tornozelo e pé. CD-ROM, 1999.
6. Sanders R. Fractures and fracture – dislocations of the talus. In: Mann R A, Coughlin M J. Surgery of the foot and ankle. Mosby, 1999. 1465-1518.

ENVIE SEU ARTIGO PARA A REVISTA TÉCNICAS EM ORTOPEDIA

Os documentos deverão ser enviados pelo correio, ao endereço:

Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE - IAMSPE

Rua Borges Lagoa, 1755 - 1º andar - sala 180 – CEP 04038-034 - Vila Clementino

São Paulo - Brasil – Fone/Fax (11) 5573-3087