

Pé talo vertical: tratamento pelo método Dobbs – “Ponseti invertido”

Vertical talus foot: Dobbs method treatment – “inverted Ponseti”

José Renato Saback Fonseca¹, Pothyra Campos Pascoal², Elizabeth de Alvarenga Borges da Fonsêca²,
Alessandro Felix Monterroso³, Monica Paschoal Nogueira⁴

RESUMO

Pé taloverbal congênito é uma condição em que o deslocamento dorsal do navicular sobre a cabeça do talus determina um pé plano e rígido, com retopé valgo e equino, mediopé e antepé dorsifletidos e abduzidos. Aqui, apresentamos a atualização do tratamento dessa condição pelo método Dobbs, que faz uso de gessos no sentido inverso da deformidade, uma pequena cirurgia, tenotomia e uso de órtese, substituindo a cirurgia tradicional de liberação peritalar.

Palavras-chave: pé taloverbal congênito; método Dobbs; Ponseti invertido; órtese.

SUMMARY

Congenital vertical talus is a condition characterized by dorsal displacement of the navicular over the head of the talus, leading to a flat and rigid foot with a valgus and equinus hindfoot, and a dorsiflexed and abducted midfoot and forefoot. We present an update on the treatment of this condition using the Dobbs Method. This method involves the use of plaster casts in the opposite direction of the deformity, minor surgery, tenotomy, and orthoses, providing an alternative to traditional surgery (peritalar liberation).

Keywords: congenital talovertical foot; Dobbs method; inverse Ponseti; brace.

INTRODUÇÃO

O pé taloverbal congênito é uma condição rara com uma prevalência estimada de 1 em 10.000 nascidos vivos¹, embora acredite-se que esse número possa ser maior, devido à falta de reconhecimento da condição em recém-nascidos. Sua etiologia permanece em grande parte desconhecida. Cerca de metade dos casos ocorre em conjunto com distúrbios neurológicos ou síndromes genéticas,

como artrogripose distal, mielomeningocele e aneuploidias cromossômicas, enquanto a outra metade é considerada idiopática, ocorrendo em crianças sem outras anomalias congênitas aparentes. Além disso, alguns estudos sugerem que uma proporção significativa de casos isolados (idiopáticos) também pode ter uma base genética.

A patoanatomia do pé taloverbal congênito é caracterizada por deformidades nos ossos e articulações dos pés. O retopé fica em

1. Aluno de iniciação científica do Programa de pós-Graduação do Instituto de Assistência ao Servidor Público Estadual e Acadêmico de Medicina do Segundo Ano da FICSAE – Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein

2. R4 do Grupo de Pé e Tornozelo e do Grupo de Ortopedia Infantil e Reconstrução do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

3. Médico Ortopedista do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

4. Chefe do Grupo de Ortopedia Infantil e Reconstrução do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE, São Paulo, SP, Brasil

Autor responsável: Monica Paschoal Nogueira / **E-mail:** monipn@uol.com.br

uma posição de equino e valgo, enquanto o mediopé e o antepé estão dorsiflexionados e abduzidos em relação ao retropé. O navicular também está deslocado dorsal e lateralmente na cabeça do tálus, resultando em um navicular hipoplásico e em forma de cunha. Essas anormalidades estruturais enfraquecem os tecidos moles da planta do pé, incluindo o ligamento calcaneonavicular, resultando em uma aparência de “mata-borrão”.

Se deixado sem tratamento, essa condição pode ocasionar dor e perdas funcionais significativas. O tratamento do pé talovertical congênito passou por uma atualização na última década. A intervenção passou de uma cirurgia agressiva, com diversas complicações, para uma abordagem com gessos seriados no sentido inverso da deformidade, uma cirurgia pequena concomitante a uma tenotomia do tendão de Aquiles e uso de órtese mantendo os pés em posição reta.

RELATO DO CASO

Recém-nascido, 39 semanas, sexo feminino, gestação sem intercorrências. Mãe, primigesta, relata boa mobilidade intrauterino. Com 23 semanas, ultrassonografia (USG) morfológica indicou alteração dos pés (Figura 1). Ao nascimento, diagnosticada displasia de quadril e alteração morfológica dos pés. Como antecedentes familiares, a paciente possuía um tio paterno com displasia complexa e morte ainda na gestação.

Com dois meses, realizado USG de quadril, evidenciando displasia grave ao nascimento, tendo o quadril direito morfologia D de

GRAF e o esquerdo IB de GRAF (Figura 2). Em consulta, foi diagnosticada também com pé talo vertical congênito bilateral. Foi então sugerido o diagnóstico de artrogripose. Iniciado o tratamento da displasia de quadril com Pavlik, com boa adaptação.

Com cinco meses e 21 dias, a paciente retornou bem adaptada ao Pavlik, se movimentando bem, com abdução ampla e simétrica. USG recente mostrava quadril com morfologia Ia de GRAF bilateralmente. Optou-se, então, pelo início do tratamento do pé talo vertical congênito. O tratamento seguiu o método Dobbs, com a moldagem a cada semana com gessos longos com uso da técnica Ponseti inverso, com o intuito de aduzir e fletir o mediopé e o antepé, enquanto é aplicado um fulcro medial e plantar na cabeça do talus contrária ao valgo – abdução – dorsiflexão característico da patologia (Figura 3). Foram aplicados quatro gessos ao longo de quatro semanas, seguidos de uma órtese de abdução com os pés em posição neutra enquanto a paciente aguardava a cirurgia, para ganhar mais peso, recomendação para o procedimento sob anestesia geral.

Aos oito meses e 16 dias, a paciente é submetida a cirurgia de abertura medial, redução e estabilização da redução da articulação talonavicular com fixação com um fio de Kirschner após a tenotomia percutânea do tendão de Aquiles. A incisão é horizontal, sobre a articulação talonavicular, e tem cerca de 3 cm. A dissecação por planos leva a cápsula medial, que é aberta, e a cabeça do tálus é visualizada, devido à subluxação persistente da articulação talo-navicular. Um fio de Kirshner 1,5 mm é introduzido pela cabeça do tálus para posterior, e depois de sair pela pele, o fio é repassado para anterior, com hiperadução, e flexão plantar, para a fixação talo-navicular.



Figura 1. Imagem clínica dos pés no momento do diagnóstico, evidenciando a deformidade em mata-borrão.

Controle radioscópico é essencial para a orientação da passagem do fio. Deixamos o fio subcutâneo, em ambos os pés, para retirada com anestesia local. Depois de oito semanas, os fios de Kirschner foram retirados com uma incisão subcutânea sob anestesia local. Desde então, a paciente faz uso de órtese noturna, devendo permanecer assim até os 4 anos. A paciente iniciou deambulação com a idade de 1 ano e 3 meses, mantendo a correção e o arco plantar bilateralmente, e por enquanto não precisou de órteses suropodálicas,

que possivelmente serão necessárias com o crescimento, devido a fraqueza do tríceps sural bilateralmente (Figuras 4 e 5).

DISCUSSÃO

O tratamento do pé talovertical é essencial para evitar incapacidade significativa, incluindo dor nos pés e tornozelos, bem como a formação de calos plantares na região ao redor da cabeça proemi-

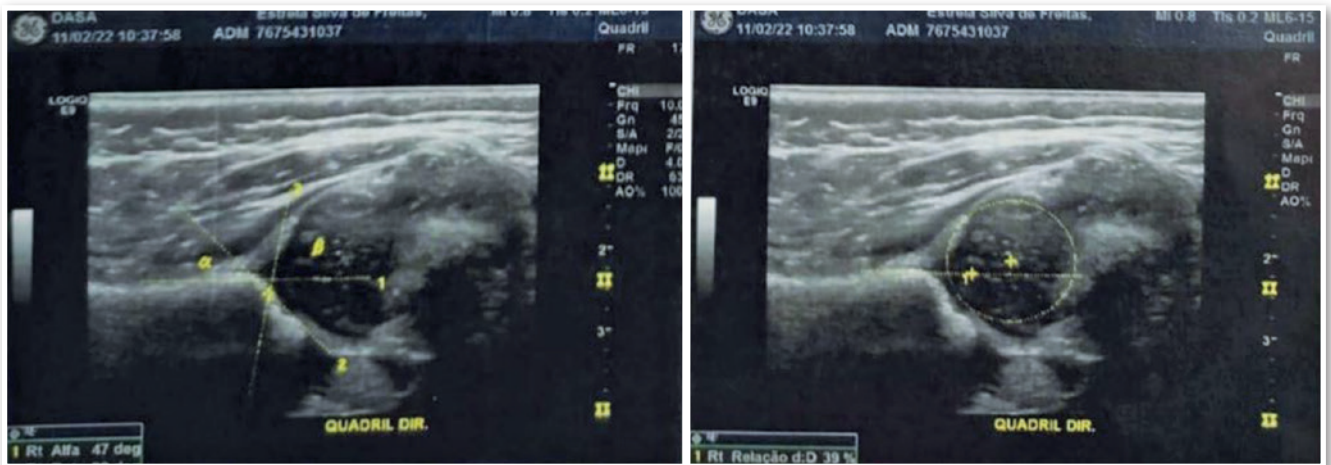


Figura 2. Ultrassonografia de quadril direito no momento do diagnóstico. Morfologia D de GRAF.

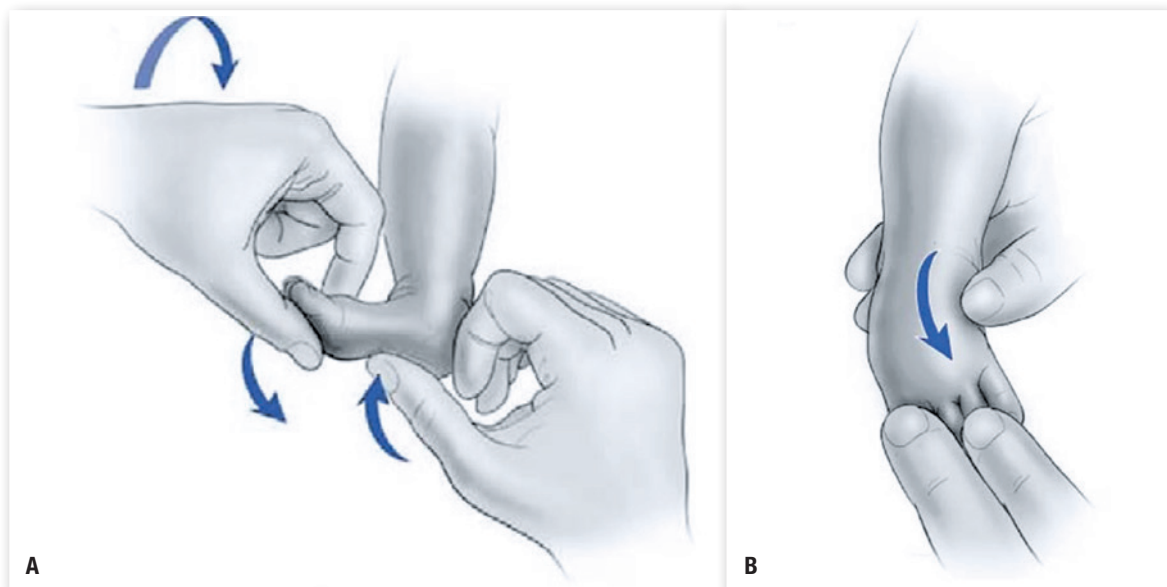


Figura 3. A) Manobra de manipulação no pé talo vertical, alongando o pé em flexão plantar e adução com uma mão. B) Enquanto a outra mão confere uma pressão plantar e medial no tálus.

Fonte: Dobbs MB et al.²

nente do tálus. Como o tratamento cirúrgico tradicional é amplo e por vezes associado a complicações, uma abordagem minimamente invasiva que pode reduzir rigidez pós-operatória pode ser vantajosa. Ela envolve manipulação seriada no sentido inverso à deformidade e moldagem com gessos. O método de Dobbs ou Ponseti-inverso

consiste em alongar o pé em flexão plantar e adução com uma mão enquanto a outra mão confere uma pressão plantar e medial na cabeça do tálus, com aplicação de um gesso longo inguino pódalico com o joelho em noventa graus. Os gessos são feitos semanalmente até a correção da articulação talonavicular. Após isto, é realizada a



Figura 4. Imagem da radiografia pós-operatória imediata dos pés em perfil, evidenciando a fixação talo navicular com fios de Kirschner.



Figura 5. Imagem clínica da paciente após tratamento, evidenciando pés plantígrados com flexão plantar $> 45^\circ$, e presença de arco longitudinal preservado após a retirada da fixação.

cirurgia de redução e estabilização temporária da articulação talonavicular com fio de Kirschner e tenotomia de Aquiles. A técnica tem demonstrado excelentes resultados a curto e médio prazo, tanto para casos isolados quanto não isolados de tálus vertical congênito².

A indicação do tratamento com o método Dobbs é endossada pela literatura mais recente, que evidenciou sua eficácia com seguimento médio de 45 meses, com poucas recorrências em casos idiopáticos³⁻⁵. Apesar de uma maior idade ao início do tratamento estar associada a uma maior probabilidade de recorrência, constatou-se também que a aplicação dessa técnica causou melhora significativa em crianças acima dos 18 meses. Em casos em que houve recidiva, a reaplicação do método, seguido de uma cirurgia minimamente invasiva, pode ser eficaz.

Neste caso, o tratamento conduzido seguiu o preconizado pela literatura mais recente. O uso de uma órtese mantendo os pés em zero de abdução (neutra) entre o período de gessos e a cirurgia foi necessária pela impossibilidade de realização do procedimento assim que o último gesso fosse colocado. Isso, no entanto, não acarretou prejuízo. A criança se encontra hoje com 1 ano e 10 meses, fará uso noturno dessa órtese até os 4 anos e é acompanhada em intervalos a cada três meses.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Miller M, Dobbs MB. Congenital Vertical Talus: Etiology and Management. *J Am Acad Orthop Surg*. 2015;23(10):604-11.
2. Dobbs MB, Purcell DB, Nunley R, Morcuende JA. Early results of a new method of treatment for idiopathic congenital vertical talus. *J Bone Joint Surg Am*. 2006 Jun;88(6):1192-200.
3. Cummings JL, Hosseinzadeh P. Minimally Invasive Method in Treatment of Idiopathic Congenital Vertical Talus: Recurrence is Uncommon. *J Pediatr Orthop*. 2022;42(9):503-8.
4. Cummings JL, Hosseinzadeh P. Untreated congenital vertical talus deformity in walking age: Minimally invasive method works. *J Pediatr Orthop Part B*. 2023;32(1):1-7.
5. Cummings JL, Hosseinzadeh P. Relapsed Congenital Vertical Talus Deformity: Outcomes of a Modified Minimally Invasive Method. *J Pediatr Orthop*. 2023;43(3):E236-43.