

Fraturas do Tálus: Acesso com Osteotomia do Maléolo Medial

Wellington F. Molina¹, Kelly C. Stefani²

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.

Keywords: Fractures ; Talus ; Osteotomy ; Surgery.

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 avião”.

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.

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.

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 medial 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) pósteromedial do corpo do tálus, sendo a redução extremamente difícil nos casos sem fraturas associadas do maléolo medial.

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

O paciente deverá ser submetido a radiografias do 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 raque, 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, com uma serra de baixa oscilação.

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 para osso esponjoso de 4,0 mm. Figura 1 e 2



Figura 1 - Aspecto intra-operatório com a osteotomia do maléolo medial

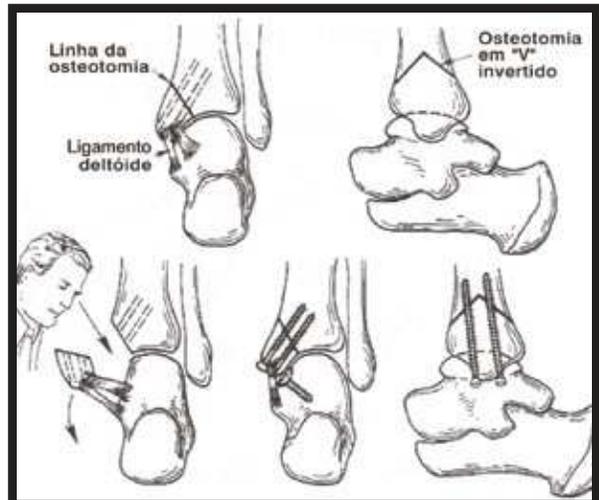


Figura 2 - Esquema didático da osteotomia em V

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

Aplicado aparelho gessado suro-podálico.



Figura 3 - Radiografia pós-operatória

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS

Deve-se manter o aparelho gessado por 6 a 8 semanas permitindo-se, então, mobilização subtalar e tíbio-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 , além de permitir uma adequada visualização da fratura do tálus possibilitando sua adequada redução e 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. Sanders R. Fractures and fracture – dislocations of the talus. In: Mann R A, Coughlin M J. Surgery of the foot and ankle. Mosby, 2007. 2075-2136.