

Tratamento cirúrgico na fase inicial da insuficiência do Tendão tibial posterior

Luiz Sérgio Martins Pimenta¹, Wellington Farias Molina², Clóvis Amódio²,
Tácio André da Silva Carvalho³

RESUMO

A insuficiência do tendão tibial posterior é uma das principais causas de pé plano adquirido do adulto. Os autores descrevem a técnica da tenodese lado a lado do tendão do tibial posterior com o tendão flexor comum dos dedos, que deve ser utilizada nos estágios iniciais desta patologia quando não há deformidade .

Descritores: Disfunção do tendão tibial posterior; Transferência de tendão

SUMMARY

Dysfunction of the posterior tibial tendon is an important cause of acquired flatfoot in adults. The authors describe a technique with a tenodesis side by side of the tibialis posterior to the flexor digitorum longus, that can be used at the initial stages of this condition where there is no deformity.

Key Words: Dysfunction of the posterior tibial tendon; Tendon tranferency

1 - Chefe do Grupo do Tornozelo e Pé do Serviço de Ortopedia do Hospital do Servidor Público Estadual (SOT-HSPE)

2 - Médico Assistente do Grupo do Tornozelo e Pé do SOT-HSPE

3 - Médico Residente do segundo ano do SOT-HSPE

INTRODUÇÃO

O primeiro autor a referir-se à patologia do tendão tibial posterior foi Kulowski¹ em 1936. Willians² em 1963 relatou o tratamento cirúrgico em casos de tenossinovite. Após 33 anos, Kettelkamp e Alexander³ descreveram o reparo de ruptura espontânea deste tendão. Somente em 1980 é que a insuficiência do tendão tibial posterior foi reconhecida como entidade própria.

O tendão tibial posterior origina-se no terço proximal da perna e tem múltiplas inserções incluindo o navicular e o cuneiforme medial. Sua localização anatômica é posterior ao eixo de rotação do tornozelo e medial ao da articulação subtalar, invertendo o retropé durante a marcha, com a medialização do tendão de Aquiles, permitindo o impulso do corpo⁴.

Existem várias hipóteses etiológicas da insuficiência do tendão tibial posterior dentre elas destacam-se: impacto do túnel osteofibroso, posterior ao maléolo medial⁵; presença de navicular acessório⁶; área hipovascular retromaleolar⁷; artropatias inflamatórias⁸; injeção de corticóides locais⁸; sobrecarga mecânica em pés planos posturais⁹ e traumas.

Por ser uma patologia de caráter progressivo^{8,10}, exceto quando de origem traumática, é imperioso o tratamento precoce, pois além de ser mais simples, previne a ocorrência de deformidades e artrite degenerativa do retropé e tornozelo evitando-se assim procedimentos mais complexos.

ESTADIAMENTO DA INSUFICIÊNCIA DO TIBIAL POSTERIOR⁹

	Estágio 1	Estágio 2	Estágio 3	Estágio 4
Tendão tibial posterior	Tenossinovite ou degeneração, ou ambos	Alongamento e degeneração	Alongamento e degeneração	Alongamento e degeneração
Deformidade	Ausente	Flexível, pé plano valgo com retro-pé em eqüino redutível	Pé plano valgo rígido	Pé plano valgo rígido
Dor	Medial	Medial ou lateral ou ambos	Medial ou lateral ou ambos	Medial ou lateral ou ambos
Elevação do calcâneo com apoio monopodálico	Discreta fraqueza/ Retro-pé inverte normalmente	Fraca ou nenhuma inversão do retro-pé	Não realiza teste / sem inversão do retro-pé	Não realiza teste / sem inversão do retro-pé
Sinal "Too-many-toes"	Ausente	Presente	Presente	Presente
Deformidade em valgo e artrite do tornozelo	Não	Não	Não	Sim

INDICAÇÕES

- Estágio 1 após falha do tratamento incruento (após 06 meses sem melhora dos sintomas);
- Estágio 2 inicial, desde que não haja degeneração do tibial posterior;
- Demais situações, como técnica associada a osteotomia do calcâneo ou artrodese subtalar ou tríplice, e também, à própria transferência do flexor comum dos dedos para a tuberosidade do navicular.

CONTRA-INDICAÇÕES

Lesões extensas da substância do tibial posterior que inviabilizem sua manutenção para tenodese, exigindo transferência do flexor comum dos dedos sob tensão para a tuberosidade navicular.

Também é contra-indicada nos estágios 3 e 4 como procedimento isolado, uma vez que a deformidade já está presente.

PLANEJAMENTO PRÉ OPERATÓRIO

São necessárias radiografias com carga nas incidências antero-posterior e perfil de ambos os pés e tornozelos antero-posterior

Na avaliação radiográfica faz-se o estadiamento (artrose), verifica-se o grau da deformidade e realiza-se o seguimento de pé plano prévio. A radiografia simples também é útil para o diagnóstico diferencial, quando podem ser de valor a tomografia computadorizada e a ressonância magnética.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente sob anestesia epidural é colocado em decúbito dorsal horizontal, e após assepsia, antissepsia e passagem de Esmarch estéril, realiza-se incisão cerca de um centímetro posterior e quatro centímetros proximal à ponta do maléolo tibial estendendo-se até a tuberosidade do navicular. Explora-se o tendão em todo seu trajeto, em busca de lesões após ressecção da bainha do tibial posterior em região de espessamento (tenossinovite). Após limpeza exhaustiva e desbridamento de pequenas lesões, individualizam-se respectivamente os tendões tibial posterior e flexor comum dos dedos, efetuando-se sutura lado-a-lado entre os mesmos para efeito de reforço do primeiro e consequente tenodese com o segundo.

Desinflado o garrote, segue-se revisão hemostática criteriosa e fechamento por planos.



PÓS OPERATÓRIO E REABILITAÇÃO

No pós-operatório imediato, o paciente é submetido à colocação de enfaixamento compressivo gessado por um ou dois dias, e a seguir instala-se bota gessada com carga, mantendo-se leve inversão nas primeiras três semanas e posição neutra por mais três semanas. Após seis semanas é permitida carga com utilização de palmilhas com apoio do arco longitudinal medial.



RECOMENDAÇÕES

A principal recomendação é que a indicação seja precisa, ou seja, apenas no estágio inicial da doença, sem envolvimento degenerativo do tendão tibial posterior, permitindo resultado satisfatório da técnica.

REFÊRENCIAS

1. Kulowski J. Tendovaginitis (tenosynovitis). General discussion and report of one case involving the posterior tibial tendon. J Missouri State Med Assn 1936; 33: 135-137.
2. Willians R. Chronic non-specific tendovaginitis of the tibialis posterior. J Bone Joint Surg (B) 1963; 45: 542-545.
3. Kettelkamp D, Alexander HH. Spontaneous rupture of the posterior tibial tendon. J Bone Joint Surg (A) 1969; 51A: 759-764.
4. Sutherland DH. An electromyographic study of the plantar flexors of the ankle in normal walking on the level. J Bone Joint Surg (A) 1966; 48: 66-71.
5. Jahss MH. Tendon disorders of the foot and ankle. Em Disorders of the Foot and Ankle. Medical and Surgical Management 1991; 1461-1513. Ed. Saunders
6. Kidner FC. The prehallux in relation to flatfoot. J Am Med Assn, 1933; 101: 1539-1542.
7. Frey C, Shereff M, Greendige N. Vascularity of the posterior tibial tendon. J Bone Joint Surg (A) 1990; 72: 884-888.
8. Downey DJ, Scupkin PA, Mack LA, Richardson ML, Kilcoyne RF, Hansen ST. Tibialis posterior tendon rupture: a cause of rheumatoid flat foot. Arthrit Rheumat 1988; 31: 441-446.
9. Johnson KA and Strom, DE. Tibialis posterior tendon dysfunction. Clin Orthop 1989; 229: 196.
10. Pomeroy GC, Pike MRH, Beals TC, Manoli A. Acquired flatfoot in adults due to dysfunction of the posterior tibial tendon. J Bone Joint Surg (A) 1999; 81: 1173-1182.

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