Artroplastia de interposição com tendão abdutor longo do polegar para o tratamento da rizartrose

Cláudio Roberto Martins Xavier[1], Roberto Della Torre dos Santos[2], Tácio André da Silva Carvalho[3], Rodrigo Bergamaschi Ferreira[4]

RESUMO

A reconstrução ligamentar associada à artroplastia com interposição tendinosa é procedimento usado com freqüência para a osteoartrose da base do polegar (rizartrose). O propósito deste estudo é reproduzir o procedimento, usando a técnica de interposição do tendão abdutor longo do polegar.

Descritores: Polegar; Osteoartrite; Rizartrose; Trapeziectomia; Artroplastia.

SUMMARY

Ligament reconstruction with tendon interposition arthroplasty is a common procedure for basal joint osteoarthritis of the thumb (rhizarthrosis). The purpose of this study is to reproduce the procedure, using the abductor pollicis longus tendon interposition technique.

Key Words: Thumb; Osteoarthritis; Rhizarthrosis; Trapeziectomy; Arthroplasty.

1. Médico-Chefe do Grupo de Mão do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual – IAMSPE - São Paulo-SP.
2. Médico Assistente do Grupo de Mão do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual - IAMSPE- São Paulo-SP.
3. Médico Residente do 3º ano do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual- IAMSPE - São Paulo-SP.
4. Médico Residente do 2º ano do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público Estadual – IAMSPE – São Paulo-SP.

Endereço para correspondência: Centro de Estudos Ortopédicos –HSPE-SP – Rua Borges Lagoa, 1755-1º andar-Vila Clementino-CEP 04038-034-São Paulo-SP.

INTRODUÇÃO

A osteoartrose da articulação trapeziometacarpal, também chamada de rizartrose, é uma causa comum de distúrbio de função da mão[1,2]. Caracteriza-se por dor, edema, crepitação, instabilidade, limitação progressiva do movimento, perda de força e, nos estágios finais, severa contratura em adução do polegar e hiperextensão da articulação metacarpofalangeana[1] (Figuras 1 e 2). Acomete principalmente mulheres após a menopausa.

Figuras 1 e 2: Rizartrose em estágio avançado de evolução.

Descrita como doença progressiva, nos estágios mais avançados o tratamento conservador não costuma apresentar resultados satisfatórios, exigindo na maioria das vezes intervenção cirúrgica . São descritas várias técnicas na literatura: reconstrução ligamentar, artrodese, artroplastia de ressecção com ou sem interposição, com ou sem estabilização e artroplastia total. Os métodos mais atuais baseiam-se na reconstrução do ligamento oblíquo palmar[1].

Em 1949 Gervis descreveu a técnica de ressecção isolada do trapézio com resultados satisfatórios[1,3,4,5]. Desde então várias técnicas de trapeziectomia com interposição foram relatadas: novelos de tendões, silicone, gelfoam[1,2,3,4,5,6,7]. Burton, em 1983, introduziu a ressecção do trapézio com interposição do tendão flexor radial do carpo e reconstrução ligamentar para estabilizar a articulação carpometacarpiana[6].

Thompson em 1989 desenvolveu a estabilização com uma tira do tendão do abdutor longo do polegar, introduzido através de um orifício na base do primeiro e segundo metacarpianos, conhecida como suspensoplastia[8]. Esta técnica apresenta como vantagens o menor tempo de imobilização e a ausência de necessidade de fixação com fio de Kirschner, diminuindo a morbidade e acelerando o retorno às atividades normais[5].

A classificação que utilizamos para o estadiamento da rizartrose é a proposta por Eaton e Littler[3]:

Estágio I	Sinovite sem alteração radiográfica
Estágio II	Diminuição do espaço articular EscleroseOsteófito < 02 mm
Estágio III	Diminuição do espaço articular EscleroseOsteófito > 02 mm Graus varíaveis de subluxação Articulação escafo-trapézio normal
Estágio IV	Destruição das articulações trapézio metacarpiana e escafo-trapezoidal

O objetivo deste trabalho é reproduzir a técnica de ressecção do trapézio com artroplastia de interposição tendinosa utilizando o abdutor longo do polegar (ALP), associada à reconstrução ligamentar, para o tratamento da rizartrose.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES

Os pacientes com rizartrose são inicialmente submetidos ao tratamento clínico. A terapêutica incruenta consiste no uso de imobilizadores, anti-inflamatórios , fisioterapia e ocasionalmente infiltrações com corticóide.

A principal indicação para a artroplastia de interposição é a dor persistente após o tratamento conservador, afetando as atividades de vida diária e atividade profissional. A dor costuma ser mais acentuada à noite e aos esforços, associando-se a fraqueza do polegar. A cirurgia se impõe na maioria das vezes nos estágios III e IV de Eaton e Littler (Figura 3).

Figura 3: RX Eaton-Litller III.

Há contra-indicação relativa em trabalhadores braçais, devido à perda de força de preensão e pinça. Nestes casos, a artrodese trapézio-metacarpiana parece ser uma melhor indicação.A técnica deve ser evitada também em portadores de doença reumatóide, pois a osteoporose do primeiro metacarpiano e as alterações degenerativas tendinosas decorrentes do processo inflamatório crônico, podem levar a maus resultados[4].

PLANEJAMENTO PRÉ-OPERATÓRIO

Indicada a cirurgia, a preparação inclui exame físico cuidadoso, avaliando crepitação, instabilidade, amplitude de movimento do polegar e força de preensão e pinça.

A localização do processo inflamatório ajuda a distinguir uma patologia localizada de uma doença sistêmica.

Radiografias de frente, perfil e incidências em estresse do polegar são solicitadas, devendo-se realizar também radiografias em estresse do dedo contra-lateral caso hajam dúvidas quanto ao diagnóstico.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O procedimento é realizado em ambiente cirúrgico, com o paciente submetido a anestesia regional ou geral. Utilizamos o torniquete pneumático para a produção de um campo exsangue. A via de acesso é longitudinal , dorso-radial, levemente curvada e centrada na articulação carpo-metacarpiana do polegar, com aproximadamente seis centímetros de comprimento, estendendo-se em direção ao primeiro túnel extensor.

O primeiro compartimento extensor é aberto sobre o tendão do abdutor longo do polegar (ALP). A artéria radial e os ramos superficiais do nervo radial são afastados. O trapézio é removido cuidadosamente, se necessário em partes, para não lesar o tendão do flexor radial do carpo (FRC), localizado na profundidade do campo operatório (Figura 4).

Um dos três feixes usuais do ALP, que tem cerca de um terço da espessura do tendão, é seccionado três centímetros proximalmente ao primeiro túnel extensor (se necessário são realizadas pequenas incisões transversais), criando uma tira de aproximadamente oito centímetros presa à base do primeiro metacarpiano (Figura 5). Na presença de apenas dois feixes, é realizada a hemisecção de um deles.

A tira do tendão ALP é então introduzida através de um orifício produzido com broca de três milímetros na base do primeiro metacarpiano, paralelamente à superfície articular e ancorado ao tendão do FRC, seja através de sutura direta, seja por laçadas múltiplas, sendo a seguir o ALP suturado nele mesmo com fios não absorvíveis (Figura 6).

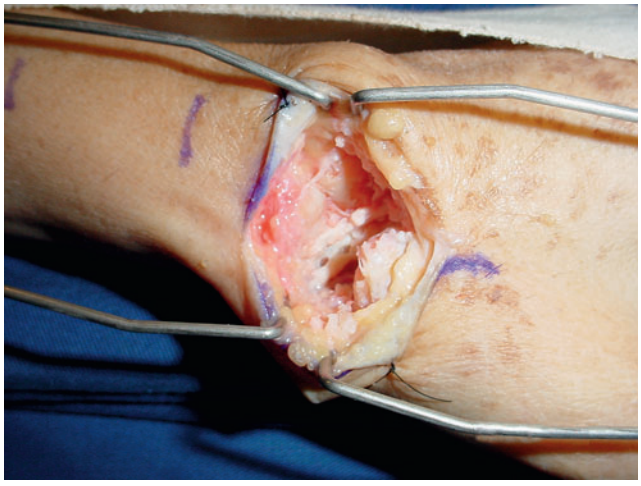

Figura 4: Via de acesso e trapeziectomia.

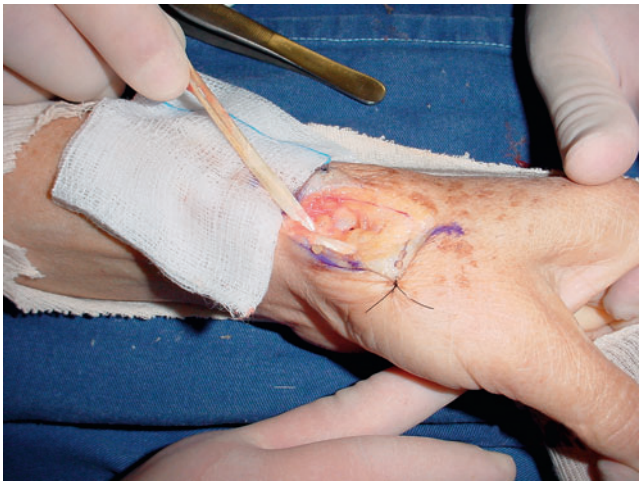

Figura 5: Preparação do tendão do abdutor longo do polegar

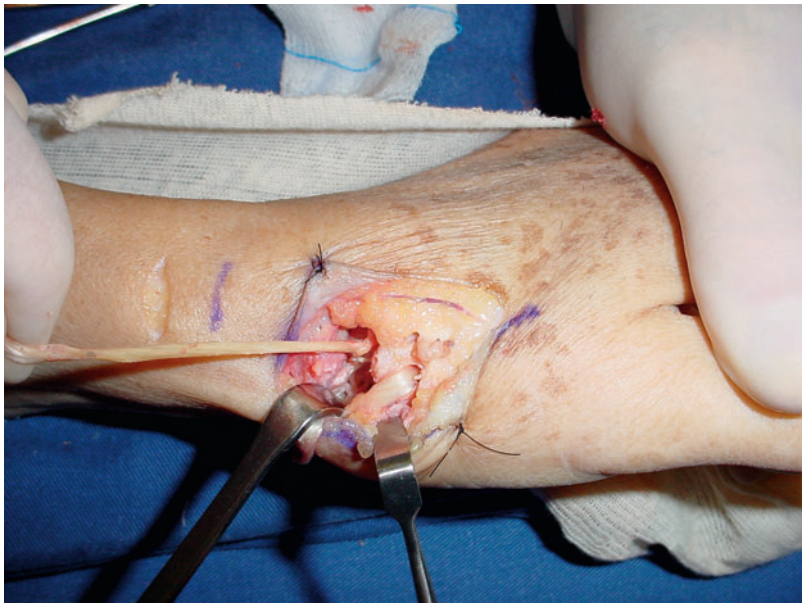

Figura 6: Passagem do Abdutor Longo do Polegar pelo túnel ósseo e ancoragem no Flexor Radial do Carpo.

A extremidade restante do ALP é então enrolada sobre si mesma e suturada como um novelo, que é introduzido no espaço antes ocupado pelo trapézio, fazendo papel de um espaçador (Figuras 7 e 8).

A cápsula dorsal e a pele são suturadas. Não há necessidade de fixação interna complementar.

PÓS-OPERATÓRIO

O membro operado é imobilizado em aparelho gessado antebráquio-palmar envolvendo o polegar, por quatro semanas, quando se iniciam movimentos ativos. Na sexta semana extensão e circundução da metacarpo- falangeana são estimulados; entre a sétima e oitava semanas, inicia-se o movimento de oposição. O fortalecimento muscular só é iniciado após a recuperação completa da amplitude de movimento. O paciente é então gradualmente liberado para as sua atividades habituais.

COMPLICAÇÕES

Na via de acesso, lesão inadvertida do ramo sensitivo dorsal do nervo radial, causando hipoestesia permanente no dorso do lado radial da mão, é a principal complicação descrida na literatura[5].

Distrofia simpático-reflexa, infecção pós-operatória e rupturas tendinosas também podem ocorrer com menor freqüência.

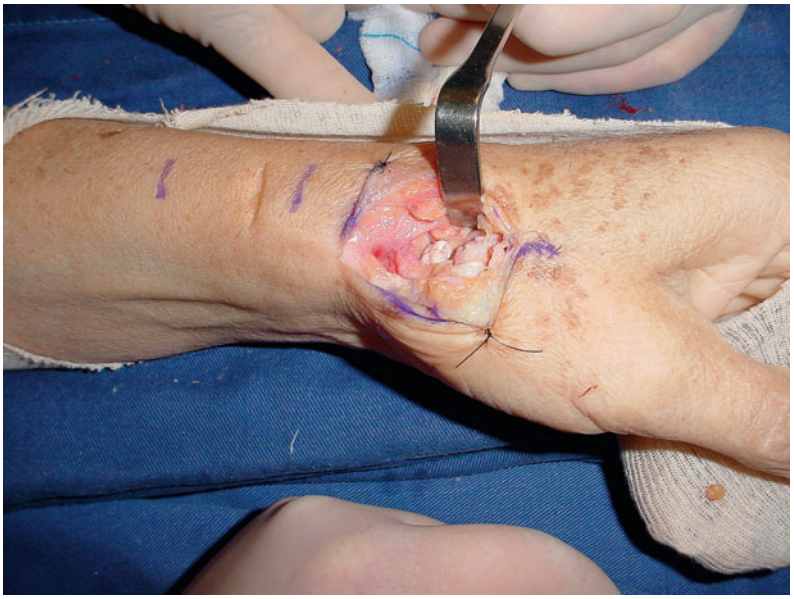

Figura 7: Interposição do novelo tendinoso.

Figura 8: Aspecto radiográfico final.

RECOMENDAÇÕES

• Durante a via de acesso, cuidado deve ser tomado na dissecção, evitando lesões dos ramos sensitivos do nervo radial , assim como de ramos da artéria radial.

• O trapézio pode ser ressecado em partes caso haja dificuldade para sua retirada como peça única.

• Durante a ressecção do trapézio , cuidado com lesões do tendão flexor radial do carpo na profundidade do campo operatório.

• Ajustar adequadamente a tensão durante a ancoragem do abdutor longo do polegar ao flexor radial do carpo, posicionando o polegar em leve abdução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Smet L, Vanfleteren L, Sioen W, Spaepen D and Ransbeeck HV. Ligament reconstruction/tendon interposition arthroplasty for thumb basal joint osteoarthritis preliminary results of a prospective outcome study. Acta Orthop Belg 2002; 68: 20-23.

2. Varitimidis SE, Fox RJ, King JA, Tara J and Sotereanos DG. Trapeziometacarpal arthroplasty using the entire flexor carpi radialis tendon. Clin Orthop 2000; 370: 164-170.

3. Eaton RG, Glickel SZ and Littler W. Tendon interposition arthroplasty for degenerative arthritis of the trapeziometacarpal joint of the thumb. J Hand Surg (A) 1985; 10: 645-654.

4. Burton RI and Pellegrini Jr. VD. Surgical management of basal joint arthritis of the thumb. Part II. Ligament reconstruction with tendon interpositin arthroplasty. J Hand Surg (A) 1986; 11: 324-332.

5. Kaarela O and Raatikainen T. Abductor pollicis longus tendon interposition arthroplasty for carpometacarpal osteoarthritis of the thumb. J Hand Surg (A) 1999; 24: 469-475.

6. Lins RE, Gelberman RH, McKeown L, Katz JN and Kadiyala RK. Basal Joint Arthritis: Trapeziectomy with ligament reconstruction and tendon interposition arthroplasty. J Hand Surg 1996 (A); 21: 202-209.

7. Saehle T, Sande S and Finsen W. Abductor pollicis longus tendon interposition for arthrosis in the first carpometacarpal joint. Acta Orthop Scand 2002; 73 ; 674-677.

8. Thompson JS. Suspensoplasty. J Orthop Surg Techn 1989; 4:1-13.