

Luxação anterior do tendão do músculo tibial posterior: relato de caso

Anterior dislocation of posterior tibial tendon: a case report

Carlos Alfredo Lobo Jasmin¹

Resumo

Em contraste com as lesões do tendão tibial posterior, suas luxações são consideradas extremamente raras. Por consequência, o diagnóstico desta afecção ainda não é facilmente estabelecido, o que retarda o início do tratamento. Apresenta um caso, que pode ter origem não relacionada ao trauma. Paciente de 29 anos, do sexo masculino, referiu dores no tornozelo direito que não melhoraram com os tratamentos que foram empregados nos últimos 12 meses. Não referia trauma local ou torção do tornozelo. Informou aumento de volume do maléolo medial e dores à palpação, além de não conseguir manter-se apoiado na ponta do pé afetado e que, após começar a jogar futebol, era obrigado a interromper a atividade. Foi submetido a tratamento cirúrgico com relocação do tendão, seguida de imobilização com gesso cruropodálico por 30 dias. Após a retirada, o paciente foi submetido à fisioterapia por mais 30 dias. Iniciou o suporte do peso do corpo sobre o pé direito e na ponta do pé, sem queixar de dores ou incapacidade. Retornou a prática do futebol, sem queixas, em 3 meses.

Descritores: Tendões/cirurgia; Luxações/diagnóstico; Luxações/terapia; Relatos de casos

Abstract

In contrast to the posterior tibial tendon injuries, its dislocations are considered extremely rare. Consequently, the diagnosis of this condition is not usually established, and such fact delays the beginning of the treatment. We present a rare case, which may have an origin that is not related to trauma. A 29-year-old, male, patient appeared at our office stating that pain in his right ankle did not improve with treatments that were used in the past 12 months. He denied local trauma or sprain of the ankle. He reported increased volume of the medial malleolus and pain on palpation. He also referred not being able to remain supported on the tip of the affected foot, and after that start playing football with friends he was forced to interrupt the activity. He underwent surgical reduction followed by immobilization on short leg cast for 30 days. After removal of the immobilization, the patient underwent physical therapy for 30 days. After the physical therapy, he was able to support full weight on his foot and neutral and full plantar flexion (tip toes), without pain. Patient returned to recreational sport (soccer) with no complaints, 90 days after the end of the physical therapy.

Keywords: Tendons/surgery; Dislocations/diagnosis; Dislocations/therapy; Case reports

Correspondência

Carlos Alfredo Lobo Jasmin
Avenida Quintino Bocaiúva, 151 - casa 04
São Francisco - CEP: 24360-022 - Niterói (RJ), Brasil
E-mail: jasmin@cirugiadope.com.br

Data de recebimento

20/02/2011

Data de aceite

01/01/2011

Trabalho realizado na Clínica Privada Corsat - Centro Ortopédico Ltda. - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹ Pós-graduado em Ortopedia e Traumatologia e Cirurgia do Pé, Médico da Clínica Privada Corsat - Centro Ortopédico Ltda. - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Fonte de financiamento: não há

Conflito de interesses: não há

INTRODUÇÃO

A lesão do tendão do tibial posterior, que causa o pé plano adquirido, é uma patologia bastante frequente dos atendimentos em clínicas. Entretanto, a descrição da luxação anteromedial do tendão do tibial posterior sobre o maléolo medial não é tão frequente, o que dificulta o seu diagnóstico e tratamento⁽¹⁾. É uma patologia extremamente rara⁽¹⁻³⁾.

O presente nesse caso não associava a nenhum trauma, mas relatava o aumento de volume do maléolo medial há aproximadamente 12 meses, causando-lhe dores e incapacidade de praticar o seu esporte de recreação (futebol).

Na literatura encontrou-se associação a acidente esportivo, à torção, à queda de altura ou a acidente de carro ou moto. Também são citadas: cirurgia prévia de abordagem ao tendão do tibial posterior, infiltração retromaleolar medial com corticosteroide e cirurgia voltada ao tratamento da síndrome do túnel do tarso. A luxação do tendão que ocorreu associada a uma fratura-luxação da articulação mediotársica foi relatada em um caso.

Devido à baixa frequência com que esta patologia ocorre, seu diagnóstico geralmente é confundido com a entorse do tornozelo, uma vez que a sintomatologia presente na luxação do tendão do tibial posterior é muito semelhante. Na literatura foram encontrados, entre os possíveis sintomas, dor, edema e crepitação perimaleolar medial e perda da ação do músculo tibial posterior.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, de 29 anos, relatou que, há aproximadamente 12 meses, sentiu dores na região medial do tornozelo direito “quando jogava um futebol entre amigos”, e percebeu que havia um aumento de volume na região do maléolo medial. Não referiu nenhum outro sintoma. Negou trauma⁽⁴⁾ ou entorse do tornozelo e não associou a lesão ao futebol que praticava todos os finais de semana. Na ocasião, foi atendido em outro consultório onde realizaram radiografias em anteroposterior (AP) e perfil.

No primeiro episódio de dor, foi imobilizado em bota de gesso por 21 dias e fez uso de anti-inflamatório não hormonal (AINH). Após a retirada, o paciente continuou com dores no local, quando foi encaminhado à fisioterapia.

O paciente afirmou que, após 30 dias de tratamento, não conseguiu retornar ao futebol.

Continuou com dores e foi atendido em outros consultórios e ambulatórios, mas os procedimentos prescri-

tos (outras radiografias, seguidas de períodos de imobilização associados novamente ao AINH e à fisioterapia) não mudaram seus sintomas.

Em março de 2009, o paciente queixou-se de dores sobre o maléolo medial ao tentar jogar futebol.

No exame físico, apresentou alinhamento normal dos tornozelos e pés, com aumento de volume do tornozelo direito sobre o maléolo medial, sem comprometer a região retromaleolar, na qual não foi identificado o relevo do tendão do tibial posterior.

Queixou-se de dores à palpação do maléolo medial. Durante o exame físico, o paciente não apresentou déficit das funções do tendão do tibial posterior, que não deslocou quando o paciente fletiu o pé com inversão simultânea. Entretanto, o paciente não suportou permanecer apoiado sobre o pé direito, ou quando se posicionou com o pé em flexão plantar. Também não claudicou ao deambular.

O escore AOFAS mostrava 70 pontos.

Foram realizadas radiografias em AP e no perfil do tornozelo; axial dos calcânhares; AP e perfil com carga de ambos os pés. Os pés eram simétricos, sem desvio em valgo ou varo. A radiografia em AP do tornozelo evidenciou imagem de lise supramaleolar, medialmente (Figura 1).



Figura 1 - Radiografias em anteroposterior e perfil do tornozelo direito, no qual observou-se, na incidência, em anteposterior a presença de imagem de lise supramaleolar. A radiografia em perfil não foi esclarecedora.

A ressonância nuclear magnética (RM) fez parte do séquito investigatório, na qual observou-se a presença de um sulco que englobava o tendão do tibial posterior, medialmente (Figuras 2-4).

Por 12 meses, o paciente foi tratado de forma conservadora com imobilização por dois períodos, associados ao AINH e por longos períodos de fisioterapia, com medidas anti-inflamatórias (TENS e US) e cinesioterapia, sem que estas acabassem com o quadro de dores que apresentava.

TRATAMENTO

Diante do diagnóstico de luxação anterior do tendão do tibial posterior e da cronicidade do quadro por 12 meses, foi proposta a cirurgia com a finalidade de relocar o tendão no sulco dos flexores.

No ato operatório, realizou-se acesso retromaleolar medial na pele e identificou-se o retináculo inserido à região posterior do maléolo. Sobre o maléolo havia aumento de volume localizado. Foi feita uma incisão no retináculo sobre o maléolo e encontrou-se o tendão do

tibial posterior alargado e com sinais de sofrimento, acomodado em um sulco suficientemente profundo para o tendão, protegido anteriormente por um anteparo ósseo (novo sulco flexor) (Figuras 5, 6). O tendão no segmento proximal tinha aspecto normal, enquanto no segmento distal apresentava leve sinovite. Incisou-se o retináculo na região retromaleolar e foi encontrado um sulco flexor hipoplásico (Figura 5). Alguns testes com o tendão foram realizados à procura de aderências: tinha função e mobilidade preservadas.

Optou-se por desbridar as fibras desvitalizadas do tendão, realizando em seguida uma tubulização do mesmo, com o intuito de colocá-lo no sulco dos flexores na região retromaleolar.

De maneira semelhante ao sugerido para a luxação dos tendões fibulares⁵, realizou-se a elevação do osteoperiósteo posterior do maléolo, curetouse o osso esponjoso local até permitir o aprofundamento da parede osteoperiosteal posterior levantada, de modo a construir um sulco que acolhesse o tendão no sulco flexor (Figuras 7, 8).

O retináculo foi reforçado utilizando o segmento do próprio retináculo que cobria o tendão, dobrado em

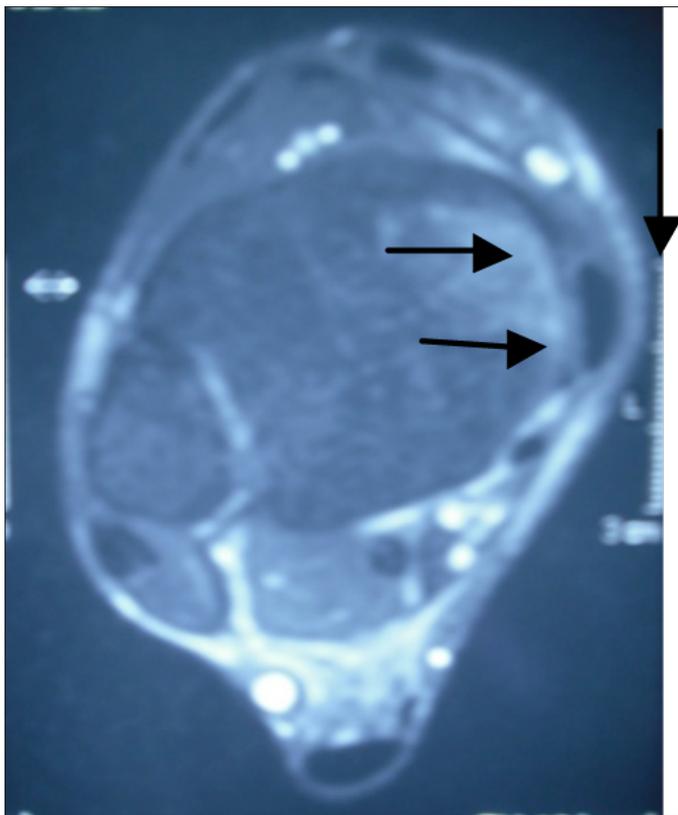


Figura 2 - Ressonância nuclear magnética realizada com corte axial em T2, TSE, com TE de 60, TR de 2000 e supressão de gordura, em espaços de 4 mm, na qual observou-se edema ósseo no maléolo medial (setas à esquerda) e o tendão do tibial posterior situado medialmente ao maléolo (seta superior).

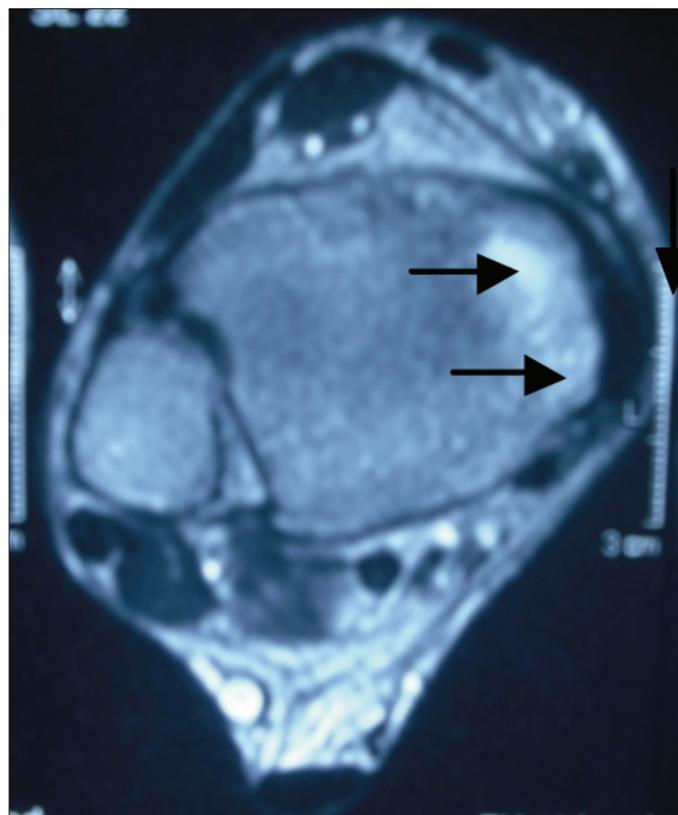


Figura 3 - Ressonância nuclear magnética realizada com corte axial em T2, TSE, com TE de 90, TR de 2214, sem supressão de gordura, em espaços de 4 mm, em que observou-se edema ósseo no maléolo medial (setas à esquerda) e o tendão do tibial posterior situado medialmente ao maléolo (seta superior).

sentido posterior sobre o maléolo. Os planos superficiais foram suturados e o pé foi imobilizado por 30 dias em bota gessada. Foi liberado para carga com a imobilização a partir do 15º dia.

Iniciou a fisioterapia após a retirada da imobilização (cinesioterapia e crioterapia, além de exercícios voltados à propriocepção).

Com 45 dias de pós-operatório, o paciente retornou às suas atividades profissionais e, com 60 dias, retornou ao futebol do final de semana, de forma progressiva, sem, entretanto, apresentar queixas de dores ou incapacidades.

A última revisão foi em março de 2011 e não apresentou queixas de dor ou de incapacidades. Relatou jogar futebol sem restrições. O aspecto físico local estava normal, sem aumento de volume ou dor à palpação (Figuras 9, 10). A força do tendão tibial posterior direito estava igual à do pé esquerdo, sem claudicações e sem dores ao postar-se nas pontas dos artelhos. Escore AOFAS: 100 pontos.

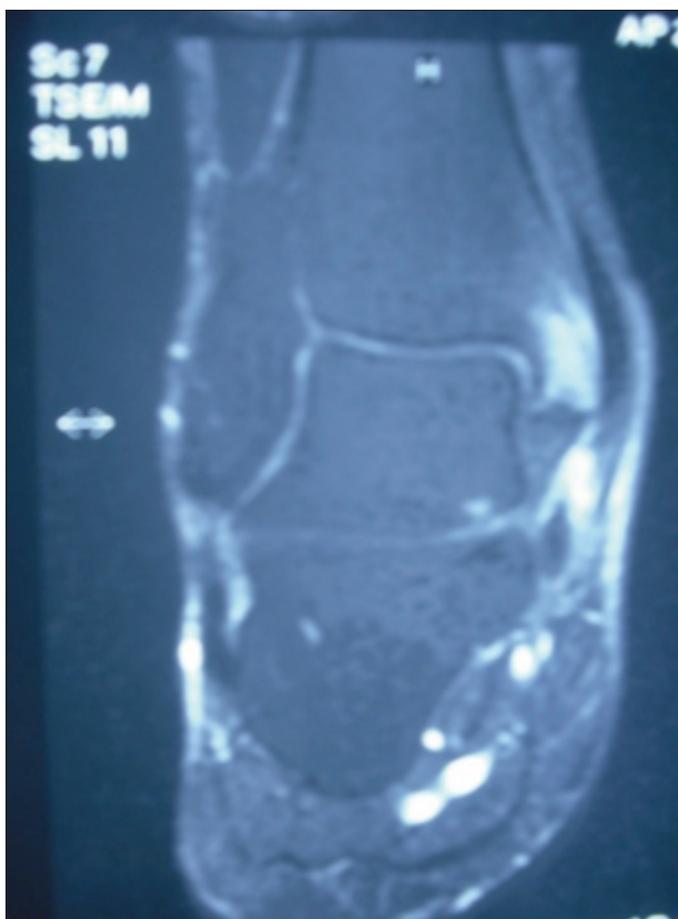


Figura 4 - Ressonância nuclear magnética realizada com corte coronal em T2, TSE, com TE de 60, TR de 1800, com supressão de gordura, em espaços de 4 mm, em que observou-se edema ósseo no maléolo medial (setas à esquerda) e o tendão do tibial posterior situado medialmente ao maléolo (seta superior).

DISCUSSÃO

A luxação anterior do tendão do tibial posterior é extremamente rara⁽¹⁻³⁾ e de difícil diagnóstico, o que faz com que os casos sejam detectados e tratados tardiamente⁽⁴⁾. É comum entre homens, com idade entre a segunda e quinta décadas^(1,3) e pode causar considerável incapacidade, principalmente quando atleta⁽⁵⁾.

Quando associada a um episódio de trauma ou ao relato de estalido (encaixe recorrente do tendão), tem o diagnóstico facilitado^(1,3,6-8).

O diagnóstico depende dos sintomas apresentados pelo paciente (relato de trauma e o estalido do tendão), de um minucioso exame físico e do auxílio da RM⁽⁸⁾. A US também pode ser útil⁽¹⁾.

Pode estar associada a um sulco flexor raso ou incompetente⁽⁹⁾, hipoplásico⁽¹⁰⁾, ou superficial⁽¹⁾. Sua origem pode ser traumática, ou não⁽³⁾. Quando traumática, várias são as possibilidades: queda com o pé em varo^(11,12); flexão dorsal e inversão forçada^(1,12); e isolada inversão forçada^(11,13). Estes mecanismos podem estar presentes durante as quedas em varo^(11,12), ou entorses em esportes⁽¹⁴⁾, e em acidentes automobilísticos⁽¹³⁾. Alguns autores acreditam que a flexão plantar excessiva levará a uma ruptura do retináculo junto à borda posterior do maléolo medial, permitindo assim o deslocamento anterior do tendão do tibial posterior, que será muito mais grave se estiver associado a uma hipoplasia do sulco dos flexores^(8,13,15).

O tratamento pode ser conservador, mas geralmente não apresenta bons resultados, mesmo quando iniciado na fase aguda⁽⁹⁾. O tratamento cirúrgico tem uma grande variedade de propostas, tais como: reparo do retináculo quando este está rompido da borda posterior do maléolo medial⁽²⁾; aprofundamento do sulco dos flexores^(2,9,13,15); outros autores preconizam o aprofundamento do sulco associado à uma sutura transóssea do retináculo⁽¹⁶⁾; a sutura transóssea isoladamente também é utilizada^(10,11,13); sutura com a inversão do periósteo⁽¹⁰⁾; e uma outra proposta é a de adicionar um bloco ósseo que sirva de anteparo ao tendão^(13,15).

A falta de relação, neste estudo, a um episódio de trauma não afasta a possibilidade de um trauma na segunda década de vida, que não tenha sido devidamente explorado.

Em nenhum dos trabalhos da literatura houve a descrição de um sulco tão profundo na face medial do maléolo medial quanto o encontrado neste paciente, o qual acredita-se que possa estar relacionado a um quadro de luxação inveterada, ocorrido em virtude de um trauma ainda na adolescência e, na ocasião, desprezado pelo paciente.

Este fato pode justificar um retináculo dos flexores inserido à borda posterior do maléolo medial. Mas não deve-se afastar a possibilidade de que neste caso a origem tenha sido congênita.



Figura 5 - Visão direta do tendão em sua localização luxada: observe o aspecto alargado e aplanado do tendão no segmento luxado.



Figura 8 - Tendão reduzido e retináculo suturado.



Figura 6 - Profundidade do sulco com o tendão deslocado.



Figura 9 - Lateral do pé após 60 dias da cirurgia.



Figura 7 - Sulco retromaleolar construído.

○ sulco flexor hipoplásico era quase inexistente, o que nos faz acreditar que aquele tendão nunca esteve no sulco flexor. A presença do anteparo ósseo, localizado na borda anterior do novo sulco existente na parede medial do maléolo medial (Figura 11), era suficientemente hipertrofiado, o que induz a acreditar na sua permanência sobre aquela região por longo período.

○ tratamento empregado, de aprofundamento do sulco dos flexores e de reforço do retináculo dos flexores com o retináculo medial que cobria o tendão em seu sítio medial, encontra respaldo na literatura^(2,9,10,13,15).

○ tratamento cirúrgico ideal para a luxação anterior do tendão do tibial posterior ainda não é claro, já que muitas são as propostas existentes na literatura, apresentadas sem uma uniformidade de avaliação, a qual permita confrontá-las.



Figura 10 - Lateral do pé com apoio.



Figura 11 - Sulco com uma parede anterior formada (observe a seta) sobre a face medial do maléolo lateral.

CONCLUSÃO

Em decorrência da raridade das luxações do tendão do tibial posterior, a sua existência deverá ser objeto de diagnósticos diferenciais, quando os sintomas forem relacionados às alterações das funções deste tendão.

A ausência de traumas correlacionados às luxações do tendão do tibial posterior não deverá se afastar deste diagnóstico, pois este paciente apresenta suspeitas de prováveis luxações congênicas deste tendão.

REFERÊNCIAS

- Lohrer H, Nauck T. Posterior tibial tendon dislocation: a systematic review of the literature and presentation of a case. *Br J Sports Med.* 2010;44(6):398-406.
- Goucher NR, Coughlin MJ, Kristensen RM. Dislocation of the posterior tibial tendon: a literature review and presentation of two cases. *Iowa Orthop J.* 2066;26:122-6.
- Sharma R, Jomha NM, Otto DD. Recurrent dislocation of the tibialis posterior tendon. *Am J Sports Med.* 2006;34(11):1852-4.
- Salomão O, Carvalho Jr AE, Fernandes TD, Longo CH, Arruda AF. Luxação traumática do tendão tibial posterior Relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Ortop.* 1994;29(7):471-4.
- Zoellner G, Clancy W. Recurrent dislocation of the peroneal tendon. *J Bone Joint Surg Am.* 1979;61(2):292-4.
- Loncarich DP, Clapper M. Dislocation of posterior tibial tendon. *Foot Ankle Int.* 1998;19(12):821-4.
- Bencardino J, Rosenberg ZS, Beltran J, Broker M, Cheung Y, Roseberg LA, et al. MR imaging of dislocation of the posterior tibial tendon. *AJR Am J Roentgenol.* 1997;169(4):1109-12.
- Olivé Vilás R, Redón Montojo N, Pino Sorroche S. Traumatic dislocation of tibialis posterior tendon: a case report in a Tae-Kwon-Do athlete. *Clin J Sport Med.* 2009;19(1):68-9.
- Ouzounian TJ, Myerson MS. Dislocation of the posterior tibial tendon. *Foot Ankle.* 1992;13(4):215-9.
- Soler RR, Gallart Castany FJ, Riba Ferret J, Garcia Ramiro S. Traumatic dislocation of the tibialis posterior tendon at the ankle level. *J Trauma.* 1986;26(11):1049-52.
- Larsen E, Lauridsen F. Dislocation of the tibialis posterior tendon in two athletes. *Am J Sports Med.* 1984;12(6):429-30.
- Maffulli N, Ferran AN, Oliva F, Testa V. Recurrent peroneal tendon subluxation. *Am J Sports Med.* 2006;34(6):986-92.
- Miki T, Kuzuoka K, Kotani H, Ideda Y. Recurrent dislocation of tibialis posterior tendon: a report of two cases. *Arch Orthop Trauma Surg.* 1998;118(1-2):96-8.
- Langan R, Weiss CA. Subluxation of the tibialis posterior, a complication of tarsal tunnel decompression: a case report. *Clin Orthop Relat Res.* 1980;(146):226-7.
- Stanish WD, Vincent N. Recurrent dislocation of the tibialis posterior tendon: a case report with a new surgical approach. *Can J Appl Sport Sci.* 1984;9(4):220-2.
- Mitschke S, Felenda M, Steinbruck K. [Traumatic dislocation of the posterior tibial tendon]. *Sportverletz Sportschaden.* 1989;3(3):128-9. German.