

Tratamento conservador da osteonecrose do sesamoide do hálux: relato de caso

Conservative approach to avascular necrosis of the hallucial sesamoid: case report

Guilherme Honda Saito¹, Marcos Hideyo Sakaki¹, Stephanie Chachamovitz Ng²,
Marcos de Andrade Corsato¹, Túlio Diniz Fernandes¹

RESUMO

A osteonecrose dos sesamoides do hálux é uma patologia pouco frequente, que pode causar limitações graves ao paciente, como alteração de marcha e dificuldade para realizar atividades cotidianas. O tratamento cirúrgico para ressecção do sesamoide afetado, apesar de muito empregado, possui limitações e diversas complicações descritas. Este é um relato de uma atleta universitária de 24 anos, com osteonecrose do sesamoide lateral do hálux direito. Ela foi tratada conservadoramente com sucesso, conseguindo retorno total às atividades esportivas, evitando-se a abordagem cirúrgica.

Descritores:

Ossos sesamoides; Hálux; Osteonecrose; Relatos de casos

ABSTRACT

Avascular necrosis of the hallucial sesamoids is a rare condition that can cause severe limitations to the patient, such as change in the gait and difficulty with daily life activities. Surgical treatment of resection of the affected sesamoid, although commonly employed, has limitations and shows a number of complications. We report a case of a 24-year-old college athlete with avascular necrosis of the fibular sesamoid of the hallux. She was successfully treated with a conservative approach, and was able to return to her sports activities. Surgical approach was not necessary.

Keywords:

Sesamoid bones; Hallux; Osteonecrosis; Case reports

INTRODUÇÃO

A osteonecrose dos sesamoides do hálux é uma das possíveis causas de metatarsalgia. Trata-se de uma patologia rara, que pode causar dor limitante sob a cabeça do primeiro metatarsal, muitas vezes de difícil controle. É mais comum em adolescentes e adultos jovens, acometendo predominantemente o sexo feminino.⁽¹⁻⁴⁾ É associada a microtraumas, atividades esportivas e deformidades do pé.^(1,2,5)

A etiologia da doença é incerta. Alguns autores postulam que a osteonecrose é secundária a traumas repetitivos, que acabam por interromper a irrigação sanguínea^(2,5) ou causar uma fratura por estresse, cujo processo reparativo resulta na osteonecrose.^(3,4) McBride e Anderson acreditavam que a osteonecrose dos sesamoides poderia ocorrer secundariamente a traumas repetitivos ou ainda como evento primário,⁽⁶⁾ uma vez que há relatos de pacientes que

Correspondência:

Marcos Hideyo Sakaki
Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 333 – Cerqueira César
CEP: 05403-010 – São Paulo, SP, Brasil
E-mail: sakakimh@terra.com.br

Conflito de interesse:

não há.

Fonte de financiamento:

não há.

Data de recebimento:

26/10/2016

Data de aceite:

28/11/2016

¹ Grupo de Pé e Tornozelo, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

² Curso de Graduação de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

desenvolveram a patologia sem apresentar nenhum fator de risco e sem história de traumas de repetição.

Os pacientes se apresentam tipicamente com uma dor na região da articulação metatarsofalângica do hálux, de início insidioso ou pós-traumático. Durante o exame clínico, pode-se notar dor à palpação direta dos sesamoides. De uma maneira geral, os pacientes referem piora da dor durante a fase de desprendimento do pé do solo. Outro sintoma comum é dor à dorsiflexão forçada do hálux.^(2,3,6)

Além das radiografias de frente e perfil, deve ser realizada a radiografia axial dos sesamoides. As radiografias demonstram esclerose, achatamento, fragmentação e áreas de desmineralização dos sesamoides. No entanto, o aparecimento destas alterações nas imagens pode levar de 6 a 12 meses desde o início dos sintomas.^(3,4)

A cintilografia óssea é capaz de demonstrar uma diminuição de captação no sesamoide afetado logo após a interrupção da vascularização sanguínea, previamente ao aparecimento de alterações radiográficas. Porém, uma vez que o processo reparativo se inicia, pode se observar hiper captação do sesamoide.⁽³⁾

A ressonância magnética apresenta alta sensibilidade para detecção da osteonecrose dos sesamoides, sendo capaz de identificar a doença ainda nos estágios iniciais. O principal achado é a morte das células da medular óssea, representado por um sinal de baixa intensidade em T1.⁽⁷⁾ No entanto, a ressonância magnética isoladamente é pouco específica, podendo se confundir com outras patologias nas quais ocorre substituição da medular óssea.⁽⁸⁾

O tratamento conservador consiste do uso de anti-inflamatórios e técnicas para reduzir a sobrecarga mecânica sobre o sesamoide afetado, como adequação de calçados e palmilhas, repouso e mudança de atividades.⁽²⁾

Na falha do tratamento conservador, existe a possibilidade de realização do tratamento cirúrgico, sendo a ressecção total do sesamoide afetado o procedimento mais empregado. No entanto, este procedimento possui limitações e é sujeito a diversas complicações, como deformidade do hálux, perda de força e rigidez articular.^(2-4,9)

RELATO DO CASO

Paciente de 24 anos, sexo feminino, goleira de futsal pela equipe da faculdade, apresentou-se em nosso serviço em fevereiro de 2014, com história de 2 meses de dor no pé direito. A dor iniciou de forma insidiosa, sendo mais notável após os treinos de futsal. Houve piora progressiva, a ponto de a paciente interromper totalmente os treinos. Ao exame clínico, notava-se dor à palpação direta de ambos os sesamoides, principalmente do lateral, sem limitação da

amplitude de movimento da articulação metatarsofalângica do hálux ou dor à mobilização articular.

A radiografia axial dos sesamoides demonstrou achatamento articular, áreas de esclerose e desmineralização do sesamoide lateral (Figura 1). Não foram notadas alterações no sesamoide medial por esse método de imagem.

A ressonância magnética demonstrou irregularidade do sesamoide lateral, com hipossinal em T1, esclerose e hipocntrastação, compatível com quadro de osteonecrose. Foram observados também edema e realce do sesamoide medial, sugestivo de sesamoidite (Figuras 2 e 3).

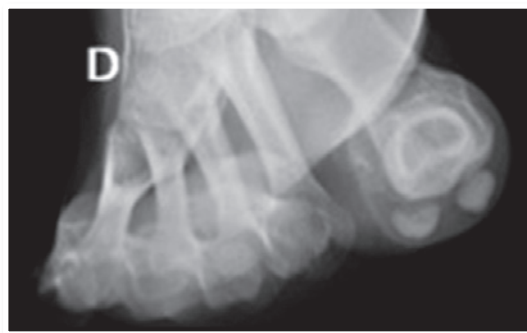


Figura 1 | Achatamento articular, áreas de esclerose e desmineralização do sesamoide lateral.

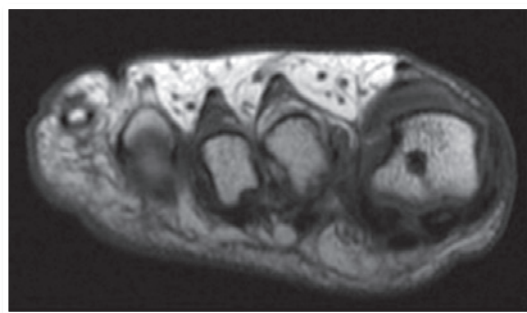


Figura 2 | Hipossinal em T1 do sesamoide lateral.

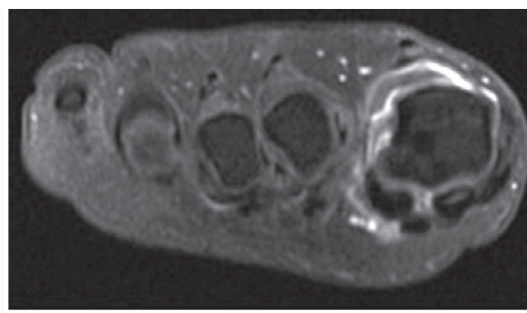


Figura 3 | Hipocntrastação do sesamoide lateral e realce do sesamoide medial.

A paciente foi orientada inicialmente a interromper completamente as atividades físicas e passar a utilizar calçados com sola rígida ou com palmilha em fibra de carbono, que proporciona a rigidez necessária à sola. Iniciou sessões de fisioterapia, com realização de exercícios de alongamento da cadeia posterior dos membros inferiores, fortalecimento da musculatura intrínseca e propriocepção, além de analgesia. Após 7 meses do início do quadro, a paciente referia melhora substancial dos sintomas.

Houve, então, retorno gradual às atividades esportivas. A palmilha em fibra de carbono foi substituída por uma palmilha em EVA para a prática esportiva, com apoio para o arco plantar medial e amortecimento sob os sesamoides. Inicialmente orientada a não realizar atividades de salto ou de alto impacto durante os treinos, a paciente foi progressivamente aumentando a carga de treinamento.

Após 1 ano, a paciente relatava melhora quase total dos sintomas. Realizou nova ressonância magnética para controle, que demonstrou fragmentação evidente do sesamoide lateral (Figura 4). Já no sesamoide medial, observou-se regressão total do edema decorrente do quadro de sesamoidite.

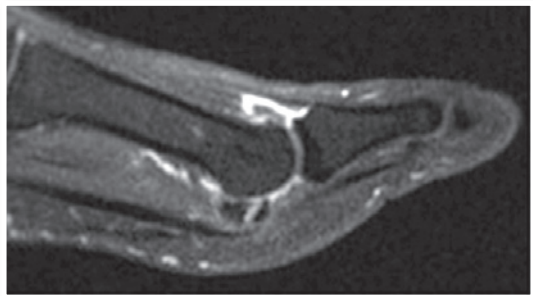


Figura 4 | Fragmentação do sesamoide lateral.

Após 2 anos e 6 meses do início dos sintomas, ela não só tinha retornado à rotina normal de treinos de futsal, como também passara a integrar a equipe de rúgbi da faculdade 3 meses antes. Relatava apresentar dores leves esporadicamente ao realizar sequências de tiros curtos, mas que logo cessavam e não a limitavam de nenhuma forma.

DISCUSSÃO

Uma das discussões em relação à osteonecrose dos sesamoides é sobre sua etiologia, que atualmente é tida como incerta. Há autores que defendem que ela ocorra secundariamente a eventos traumáticos;^(2,5) outros postulam que ela pode ocorrer de maneira primária,⁽⁶⁾ sem eventos desencadeantes.

No caso apresentado, a paciente possuía patologias distintas em ambos os sesamoides: a osteonecrose do sesamoide lateral e a sesamoidite medial. Este fato sugere que os traumas repetitivos decorrentes da atividade esportiva levaram a uma sobrecarga mecânica nos sesamoides, desencadeando as patologias. Desta forma, a osteonecrose do sesamoide lateral seria secundária aos traumas de repetição.

O tratamento conservador da osteonecrose dos sesamoides não é simples, uma vez que não apresenta resultados imediatos. Desta forma, são necessários cooperação, paciência e pleno entendimento da gravidade da patologia por parte do paciente. O tratamento conservador deve ser tentado inicialmente mediante uso de anti-inflamatórios, repouso, adequação de calçados e palmilhas.⁽²⁾ Foram descritos diversos tipos de palmilhas para esse fim, com suportes para o arco plantar medial, amortecimentos ou depressões na cabeça do primeiro metatarsal, sempre com o intuito de reduzir a sobrecarga mecânica sob os sesamoides.

Na falha do tratamento conservador, é possível o tratamento cirúrgico, sendo a ressecção total do sesamoide afetado o mais utilizado. No entanto, a ressecção total do sesamoide é um procedimento com limitações, que pode causar um desbalanço muscular na articulação metatarsofalângica do hálux, levando à deformidade em garra, hálux varo, perda de força ou rigidez articular. Além disso, é relativamente comum a sobrecarga mecânica com consequentes alterações degenerativas do sesamoide remanescente.^(2,-4,9) Por este motivo, há autores que preconizam a ressecção de ambos os sesamoides simultaneamente.⁽⁹⁾ No entanto, a maioria dos autores concorda que o melhor tratamento é a ressecção isolada do sesamoide afetado.

Ainda que se acredite que o tratamento conservador é ineficiente,⁽¹⁰⁾ a maior parte da literatura sustenta que o tratamento conservador deve ser tentado no mínimo de 6 a 12 meses,^(6,7) e, em grande parte das vezes, é possível manter o paciente com um nível de dor tolerável pelo resto da vida. Nós concordamos com esta conduta, ainda mais quando levamos em conta as limitações do tratamento cirúrgico, com suas possíveis consequências e complicações.

No caso aqui descrito, foi obtido sucesso no tratamento, mesmo se tratando de uma atleta sujeita a ciclos repetitivos de impacto. Porém, ainda que os esforços iniciais falhassem, acreditamos no benefício de se insistir no tratamento conservador para essa patologia, ainda que, para isso, fosse necessária uma alteração do estilo de vida ou mudança das atividades realizadas pela paciente.

Ainda faltam dados na literatura em relação ao seguimento tardio e a taxa de pacientes tratados conservadoramente com sucesso. Novos estudos nesta direção podem

determinar o real papel do tratamento conservador na osteonecrose dos sesamoides.

REFERÊNCIAS

1. Renander A. Two cases of typical osteochondropathy of the medial sesamoid bone of the first metatarsal. *Acta Radiol.* 1924; 3:521-7.
2. Toussiot E, Jeunet L, Michel F, Kantelip B, Wendling D. Avascular necrosis of the hallucal sesamoids update with reference to two case-reports. *Joint Bone Spine.* 2003;70(4):307-9.
3. Fleischli J, Cheleuitte E. Avascular necrosis of the hallucal sesamoids. *J Foot Ankle Surg.* 1995;34(4):358-65.
4. Ogata K, Sugioka Y, Urano Y, Chikama H. Idiopathic osteonecrosis of the first metatarsal sesamoid. *Skeletal Radiol.* 1986;15(2):141-5.
5. Williams G, Kenyon P, Fischer B, Platt S. An atypical presentation of hallucal sesamoid avascular necrosis: a case report. *J Foot Ankle Surg.* 2009;48(2):203-7.
6. McBride AM, Anderson RB. Sesamoid foot problems in the athlete. *Clin. Sports Med.* 1988;7(1):51-60.
7. Downey DS. Digital and sesamoidal fractures. In: McGlamry AS, Banks MS, Downey MS. *Comprehensive textbook of foot surgery.* 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1992. vol. 2; p.1505-7.
8. Deutsch AL. Traumatic injuries of bone and osteonecrosis. In: Deutsch AL, Mink JH, Kerr R, editors. *MRI of the foot and ankle.* New York: Raven Press; 1992. vol 4. p.90-2.
9. Speed K. Injuries of the great toe sesamoids. *Ann Surg.* 1914;60:478-80.
10. Richardson EG. Injuries to the hallucal sesamoids in the athlete. *Foot Ankle.* 1987;7(4):229-44.