

Resultados do tratamento do hálux rígido tipo II através de queilectomia e osteotomia de ressecção de cunha dorsal da base da falange proximal do hálux

Results of grade II halux rigidus treated with queilectomy associated to an wedge resection osteotomy of the proximal phalanx base

Augusto César Monteiro¹, Marcelo Pires Prado², Alberto Abussamra Moreira Mendes³, Luis Carlos Angelini⁴, Lucas da Paz Higino⁴, Alcides Barreto Neto⁴

Descritores:

Halux rigidus/cirurgia; Osteotomia/métodos; Procedimentos ortopédicos/métodos; Resultado de tratamento

Keywords:

Halux rigidus/surgery; Osteotomy/methods; Orthopedic procedures/methods; Treatment outcome

¹ Grupo de Medicina e Cirurgia do Tornozelo e Pé, Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, SP, Brasil.

² Serviço de Cirurgia do Pé e Tornozelo, Hospital do Coração, São Paulo, SP, Brasil; Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

³ Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP, Brasil

⁴ Serviço de Ortopedia do Hospital do Servidor Público Municipal, São Paulo, SP, Brasil.

Autor correspondente :

Marcelo Pires Prado
Av. Albert Einstein, 627, bl B1,
3º andar, cons. 320
CEP: 05652-900 – Morumbi, SP, Brasil
E-mail: mpprado@einstein.br

Conflitos de interesse:
não

Recebido em:
20/10/2015

Aceito em:
12/12/2015

RESUMO

Descrever os resultados de série de casos de pacientes portadores de hálux rígido grau II, tratados por meio de queilectomia e osteotomia da base da falange proximal do hálux, avaliados através da escala AOFAS e satisfação do paciente. **Métodos:** Foram incluídos no estudo retrospectivo 20 pacientes foram submetidos ao procedimento cirúrgico no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2014, com seguimento mínimo de 1 ano. A avaliação foi realizada pela observação da mobilidade articular e da aplicação da escala AOFAS. **Resultados:** A mobilidade em dorsiflexão pré-operatória era de 41,3 graus e a pós de 78,9 graus e a escala AOFAS mostrou média de pontuação de 47,6 pontos no pré-operatório e 82,1 no pós-operatório. **Conclusão:** O tratamento cirúrgico de hálux rígido moderado pelo método de exostectomia ampla e osteotomia de ressecção de cunha dorsal da base da falange proximal do hálux é reproduzível e seus resultados são bons e previsíveis.

ABSTRACT

To describe the results of a retrospective case series of patients with grade II hallux rigidus treated using keilectomy and a dorsal wedge basal proximal phalanx osteotomy of the hallux, evaluated using AOFAS scale and patient satisfaction. **Methods:** We included 20 patients who underwent the procedure between January 2012 and January 2014, with a minimum follow up of one year. The result evaluation included the joint mobility, and AOFAS scale application. **Results:** The joint mobility in dorsiflexion in post operative evaluation was 41.3 degrees and in the post operative evaluation of 78.9 degrees. The AOFAS score risen from 47.6 points on average in pre operative evaluation to 82.07 after the surgery. **Conclusion:** The results of surgical treatment of moderate hallux rigidus using the dorsal exostectomy and dorsal wedge resection of the proximal phalanx base of the first toe is reproducible and good results are predictable.

INTRODUÇÃO

A doença degenerativa da articulação metatarso falangeana do hálux idiopática é conhecida como hálux rígido.

Caracteristicamente se apresenta com dor e limitação da mobilidade desta articulação, notadamente da dorsiflexão, com a formação de osteófitos dorsais e acometimento predominante da porção dorsal da cabeça do primeiro metatarsal.

A classificação desta doença degenerativa depende da intensidade dos sintomas dolorosos, da gravidade da limitação da mobilidade articular e das alterações observadas ao exame radiográfico.⁽¹⁾

No estágio II, motivo deste trabalho, o paciente apresenta dor constante, restrição moderada da mobilidade articular e diminuição moderada do espaço articular com a formação de osteófitos principalmente dorsais (Figuras 1 e 2).

O tratamento conservador desta patologia tem como objetivo minimizar o desconforto e melhorar a função de apoio, e inclui métodos de limitação da mobilidade articular da metatarso falangeana do hálux, tais como uso de calçados de solado rígido e palmilha rígida. O uso de medicamentos com efeito analgésico e anti-inflamatórios e realização de fisioterapia tem resultados

limitados. A infiltração articular de corticoesteróides ou substâncias viscosuplementadoras são defendidas por alguns autores.

Quando ocorre falha do tratamento conservador existe indicação de tratamento cirúrgico, com a realização de osteotomias amplas no dorso da cabeça do primeiro metatarsal, com ressecção dos osteófitos e parte afetada da superfície articular distal (Figuras 3 e 4),



Figura 1. Imagem clínica mostrando a limitação da dorsiflexão da articulação metatarsofalangeana do hálux



Figura 2. Imagem radiográfica mostrando o acometimento articular



Figura 3. Imagem intra operatória mostrando a exostose dorsal



Figura 4. Imagem operatória mostrando a ressecção da exostose dorsal

com o objetivo de melhorar a mobilidade articular. Quando a mobilidade não chega à posição desejada se associa a osteotomia de ressecção de cunha dorsal da base da falange proximal (Figura 5), com o objetivo de que a mobilidade presente coincida com a mobilidade necessária para as atividades habituais do paciente.⁽²⁾



Figura 5. Imagem intra operatória da ressecção de cunha dorsal da falange proximal do hálux

Os autores descrevem os resultados de série de casos de pacientes portadores de hálux rígido grau II, tratados através de queilectomia e osteotomia da base da falange proximal do hálux baseados na escala AOFAS e satisfação do paciente.

Os resultados foram uniformemente bons, e duradouros na casuística apresentada.

MÉTODOS

Foram incluídos nesta série de casos retrospectiva 20 pacientes tratados no Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, e nos consultórios dos autores principais, que foram submetidos ao procedimento cirúrgico no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2014, com seguimento mínimo de 1 ano.

A avaliação foi realizada pela observação da mobilidade articular e da aplicação da escala AOFAS para avaliação do hálux, e escala visual analógica de dor.

O procedimento foi realizado com o paciente em decúbito dorsal horizontal, com coxim de silicone sob o quadril do mesmo lado do pé a ser operado, e com garrote pneumático na coxa. O paciente foi submetido a sedação associada a bloqueio periférico ou raqui anestesia.

A incisão dorsal longitudinal sobre a articulação metatarsofalangeana do hálux expõe a cápsula articular, aberta no mesmo sentido, permitindo a observação dos osteófitos dorsais e da articulação. É então realizada uma osteotomia tipo queilectomia, com a ressecção dos osteófitos e da parte afetada da cartilagem articular da cabeça do primeiro metatarsal (aproximadamente 1/3 da superfície articular), bem como a ressecção dos osteófitos mediais e laterais.

A mobilidade articular é testada e, se não alcançar 70 graus de dorsiflexão em relação à planta do pé, se associa uma osteotomia de ressecção de cunha dorsal na base da falange proximal do hálux, com o intuito de melhorar a capacidade de dorsiflexão do hálux. Esta osteotomia foi fixada com agrafes ou parafusos.

Foi realizada hemostasia cuidadosa, desbridamento e perfuração (micro fratura) das lesões porventura existentes na cabeça do primeiro metatarsal, lavagem da cavidade articular e fechamento por planos com pontos separados.

Um enfaixamento compressivo foi realizado, e mantido até o primeiro retorno, após uma semana do procedimento.

O paciente é autorizado a iniciar carga conforme tolerado após uma semana da cirurgia, e carga total após a terceira semana de pós operatório, com o uso de calçado pós operatório de solado rígido.

Os pontos são retirados com duas semanas, e tem início a reabilitação, com a realização de mobilização delicada ativa e passiva da articulação, e compressas geladas após os exercícios.

O calçado pós operatório é removido após seis semanas, quando as imagens radiográficas mostram a consolidação da osteotomia.

Os pacientes foram acompanhados por em média 18 meses, com tempo mínimo de 12 meses e máximo de 36 meses.

RESULTADOS

Todos os pacientes apresentaram alinhamento bom ou regular, sem dor ou com leve dor (5 pacientes).

A mobilidade em dorsiflexão pré-operatória era de 41,3 graus e a pós de 78,9 graus, todos os pacientes com mobilidade final maior do que 75 graus.

A escala AOFAS mostrou média de pontuação de 47,6 pontos no pré-operatório e 82,07 no pós-operatório.

Todos os pacientes afirmaram estar satisfeitos com o procedimento, sem restrições.

DISCUSSÃO

A doença degenerativa da articulação metatarso falangeana tem tratamento baseado na gravidade do acometimento articular, na intensidade dos sintomas dolorosos do paciente, e das limitações que estes provocam. Em pacientes sintomáticos, com falha do tratamento conservador, que ainda não desenvolveram artropatia degenerativa grave os procedimentos cirúrgicos de escolha tem como objetivo a melhora da queixa dolorosa, melhora da mobilidade articular e da qualidade da marcha.⁽³⁾

Existem inúmeros procedimentos e associações de procedimentos que podem ser utilizados com este objetivo.

A realização da ressecção ampla das exostoses dorsais, com parte da superfície articular acometida (queilectomia) é indicada em todos estes casos, porém, em muitos pacientes, não é suficiente para que se alcance uma amplitude articular funcionalmente aceitável (ao menos 70 graus de dorsiflexão). Nestes casos a associação de osteotomia de ressecção de cunha dorsal da base da falange proximal do hálux faz com que a mobilidade articular remanescente ocorra em uma faixa mais funcional.^(4,5) Este procedimento é reconhecido na literatura como procedimento com resultados satisfatórios nos casos de indicação precisa, quando a artrorese não é ainda indicada.⁽⁶⁾

Os autores mostram o resultado de série de pacientes portadores de hálux rígido moderados tratados cirurgicamente através deste procedimento, e apresentam os resultados observados, similares àqueles da literatura^(7,8) (Figura 6).

Diferentemente dos procedimentos de artroplastia de interposição ou mesmo artroplastias de substituição este procedimento se mostra reprodutível, e com resultados previsíveis.

CONCLUSÃO

O tratamento cirúrgico de pacientes portadores de hálux rígido moderado através do procedimento de



Figura 6. Imagem radiográfica tardia em paciente sem queixas

exostectomia ampla e osteotomia de ressecção de cunha dorsal da base da falange proximal do hálux é reprodutível e seus resultados são bons e previsíveis.

REFERÊNCIAS

1. Coughlin MJ, Shurnas PS. Hallux valgus in men, part II: first ray mobility after bunionectomy and factors associated with hallux valgus deformity. *Foot Ankle Int.* 2003;24(1):73-8.
2. Smith RW, Katchis, SD, Ayson, LC. Outcomes in hallux rigidus patients treated nonoperatively: a long-term followup study. *Foot Ankle Int.* 2000;21(11):906-13.
3. Yee G, Lau J. Current concepts review: hallux rigidus. *Foot Ankle Int.* 2008;29(6):637-46.
4. Roukis TS. The need for surgical revision after isolated cheilectomy for hallux rigidus: a systematic review. *J Foot Ankle Surg.* 2010; 49(5):465-70.
5. Kennedy JG, Brodsky AR, Gradl G, Bohne WH. Outcomes after interposition arthroplasty for treatment of hallux rigidus. *Clin Orthop Related Res.* 2006;(445):210-5.
6. Seibert NR. Surgical management of hallux rigidus: cheilectomy and osteotomy (phalanx and metatarsal). *Foot Ankle Clin.* 2009; 14(1):9-22.
7. Waizy H. Mid- and long-term results of the joint preserving therapy of hallux rigidus. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2010;130(2): 165-70.
8. Roukis TS. Clinical outcomes after isolated periarticular osteotomies of the first metatarsal for hallux rigidus: a systematic review. *J Foot Ankle Surg.* 2010;49(6):553-60.