

Correção cirúrgica do pescoço de cisne e dedo em botoeira

PESCOÇO DE CISNE

Uma das principais causas da deformidade em pescoço de cisne (*swan neck*), em hanseníase é a contratura da musculatura intrínseca por miosite durante estados reacionais (Fig. 29.1). Pode ocorrer também como complicação cirúrgica de correção da mão em garra por atuação exagerada da fita de transferência, principalmente no dedo de onde foi retirado o tendão do flexor superficial (*sublimis-minits*).

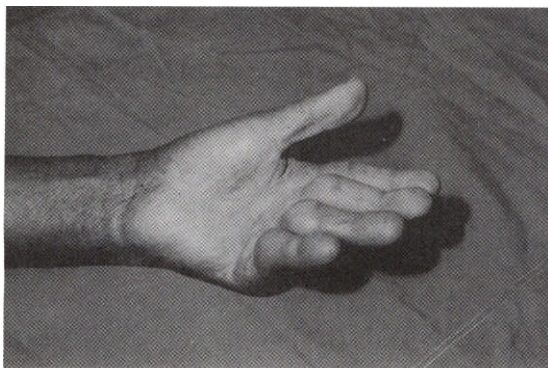


Fig. 29.1 Pescoço de cisne secundário à estado reacional.

Nos casos de deformidade muito discreta, móveis e redutíveis, não há necessidade de correção cirúrgica ou, por outro lado, pode-se utilizar a técnica de Dermadese, em que uma elipse de pele de 4 ou 5 mm é ressecada na face volar da articulação IFP. O princípio da dermadese é recomendado em diferentes alterações de mão, mas normalmente estas técnicas não têm resultado duradouro.

Nos casos mais avançados, existem algumas técnicas disponíveis:

Técnica de Littler - liberação distal

Trata-se da ressecção de um triângulo das fibras oblíquas da expansão dorsal, na região do terço proximal ou médio da falange proximal. Esta técnica está indicada naqueles casos em que existe uma restrição da flexão da articulação IFP. Com esta ressecção obtém-se uma liberação da contratura, permitindo a atuação normal dos flexores, com retorno do equilíbrio muscular.

Técnica de Littler - ligamento retinacular oblíquo

Nesta técnica, Littler sugere a secção proximal da banda lateral, deixando-a presa distalmente. A parte proximal seccionada é redirecionada, passando volarmente ao ligamento de Cleland, isto é, volarmente ao fulcro da articulação IFP (Fig. 29.2). A fita é então suturada na bainha fibrosa dos flexores, com tensão suficiente para permitir a extensão da articulação IFD e prevenir a hiperextensão da IFP.

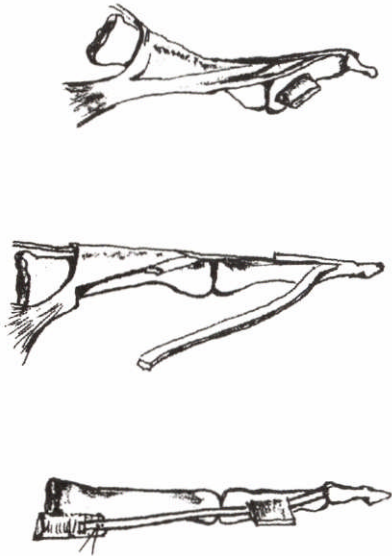


Fig. 29.2 Técnica de Litler. Ligamento retinacular oblíquo.

Técnica de tenodese com flexor superficial

Aqui, liberamos uma fita do flexor superficial em sua porção mais proximal. Esta fita é passada por uma abertura realizada ao nível distal da polia A2 e suturada sobre si mesma. Com este método evitamos a hiperextensão da articulação IFP.

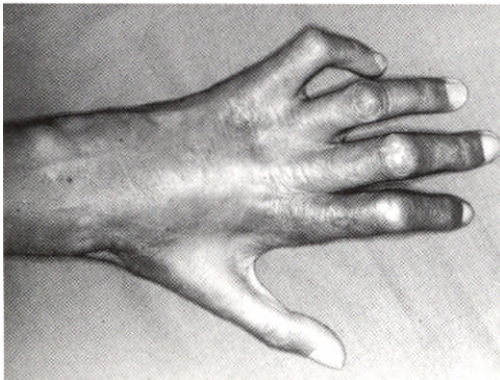


Fig. 29.3 Dedos em botoeira.

DEDO EM BOTOEIRA

Além do provável envolvimento granulomatoso específico da hanseníase no aparelho extensor, a própria posição em flexão das articulações IFP na mão em garra pode facilitar a ocorrência de traumas sobre o dorso destas articulações e comprometimento da banda central, contribuindo como causa de dedo em botoeira na hanseníase (Fig. 29.3).

Na programação de uma cirurgia de transposição tendinosa da mão, devemos inicialmente verificar a competência do aparelho extensor e, se houver alguma alteração, devemos corrigir cirurgicamente a presença da deformidade em botoeira. As técnicas cirúrgicas para a correção desta deformidade normalmente não dão resultados muito satisfatórios, principalmente nos casos de lesão estabelecida com rigidez articular e severa contratura ligamentar.

Nos casos mais recentes, devemos inicialmente conseguir a flexão completa, passiva e ativa, da articulação IFD, o que pode ser tentado por técnicas de fisioterapia. Após obter-se isto, podemos indicar a cirurgia.

Avançamento da banda central

Por uma incisão no dorso, abrangendo a falange proximal e média, expomos o aparelho extensor. Resseca-se a zona cicatricial da banda central, normalmente sobre a articulação IFP, procurando deixar algum tecido distalmente, sobre a porção proximal da falange média, a qual servirá como ponto de reinserção. Praticam-se, então, duas incisões laterais e paralelas ao, longo da banda central e em direção proximal. Com isto obtemos uma fita, que será avançada e suturada na porção dorsal

da base da falange média. Se houver a possibilidade de deixar tecido remanescente da inserção da banda central nesta zona, a nova sutura ficará mais fácil. Caso contrário, podemos fixar a fita no periósteo da zona referida. No final da cirurgia, o dedo deve assumir ligeiramente uma posição semelhante à deformidade em pescoço de cisne.

Reconstrução do aparelho extensor

Esta técnica está indicada para os casos de deformidade em botoeira moderados em que a origem seja não-traumática, isto é, naqueles casos de longa duração de uma mão em garra, onde a posição de flexão das articulações IFP, com extensão das metacarpofalangeanas, leva a um relaxamento da banda central com luxação volar das bandas laterais.

Para estes casos, praticamos uma incisão dorsal abrangendo a falange proximal e parte da falange média, expondo o aparelho extensor e as bandas laterais.

Caso haja comprovada lassitude da banda central, ressecamos uma pequena porção

desta banda, provocando um encurtamento necessário. As bordas livres são suturadas. As bandas laterais, luxadas, são liberadas e trazidas dorsalmente para junto da banda central, onde são fixadas com alguns pontos de náilon 6/0.

Se houver acentuada hiperextensão da articulação IFD, poderá ser necessário praticar uma tenotomia no tendão extensor na altura da falange média (FOWLER, 1949).

Luxação dorsal

Esta é uma técnica muito simples de melhorar a condição do aparelho extensor, durante a realização de uma cirurgia de correção da mão em garra, pela técnica de Bunnel. Como mencionado em outra parte deste capítulo, esta técnica utiliza um flexor superficial dividido em quatro fitas, que são suturadas ao aparelho extensor (Fig. 29.4).

Sendo a luxação volar das bandas laterais um dos componentes da deformidade em botoeira, durante a cirurgia, mencionada anteriormente, podemos utilizar o artifício de incluir na sutura mais distal da fita de

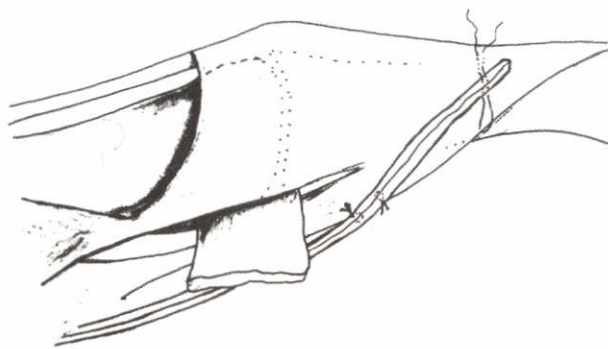


Fig. 29.4 Esquema da técnica de luxação dorsal proposta por Fritschi.

transferência a borda da banda lateral. No momento de apertar o nó da sutura, a banda lateral incluída será deslocada dorsalmente auxiliando na correção da deformidade em botoeira (Fig. 29.5 a e b).

Artrodese IFP

Nos casos mais graves de deformidade em botoeira, principalmente os de longa duração com intensa rigidez articular e demais estruturas, podemos indicar a artrodese da articulação IFP.

Pratica-se uma incisão dorsal sobre o IFP. Havendo ainda a banda central, esta será incisada separadamente. Os ligamentos colaterais são liberados e flexionamos totalmente a falange média. Com um saca - bocados retiramos

a cobertura cartilaginosa das faces articulares e as partes ósseas são cuidadosamente moldadas no ângulo adequado. Passa-se um fio de Kirschner longitudinal e outro oblíquo, para perfeita fixação, ou então, dois fios cruzados. O fio pode ser cortado rente ao osso, ou poderá ficar protuso sob a pele para posterior retirada. A angulação varia de acordo com o dedo, preferentemente 250 para o segundo, com ligeiro aumento deste ângulo nos demais dedos. Aplica-se uma imobilização gessada, que deve ficar por quatro semanas. Após, iniciam-se exercícios para recuperação da mobilidade das demais articulações não envolvidas, podendo proteger-se a IFP com um pequeno gesso cilíndrico digital. Os fios de Kirschner, se for o caso, devem ser retirados na sexta semana ou quando o controle radiológico revelar boa consolidação.

BIBLIOGRAFIA

- BURKHALTER, W.E. & CARNEIRO, R.S. Correction of the attritional boutonnière deformity in high ulnar nerve paralysis. *J. Bone Joint Surg.*, 61A: 131-134, 1979.
- ENTIN, M.A. Repair of extensor mechanism of the hand. *Surg. Clin. N. Am.*, 40: 275, 1960.
- FINOCHIETTO, R. Retraction de Volkman de los musculos intrinsecos de la man. De la Sociedad de Cirurgia de Buenos Aires, *Tomo IV*, 1920.
- FOWLER, S.B. Extensor apparatus of the digits *J. Bone Joint Surg.*, 31B: 477, 1949.
- FRITSCHI, G.H.; HAMILTON, J. & JAMES, J.H. Repair of the dorsal expansion apparatus of the finger. *The Hand*, 8: 22, 1976.
- HARRIS, C. & RIORDAN, D.C. Intrinsic contracture of the hand and its surgical treatment. *J. Bone Joint Surg.*, 36A: 10, 1954.
- HERSCHEL, M. "Swan neck" deformity in rheumatoid arthritis. *Ned Tijdschr Geneesk.*, 106: 2017-2018, 1962.
- KILGORE, E.S.Jr. & GRAHAM, W.P. Operative treatment of swan-neck deformity. *Plast. Reconstr. Surg.*, 39: 468-471, 1967.
- LITTLER, J.W. Restoration of the oblique retinacular ligament for correcting hyperextension deformity of the proximal interphalangeal joints *La Main Rheumatoide*, Groupe d'Etude de la Main Expansion Scientifique Francais, Paris., 39-42, 1966.
- LITTLER, J.W. & EATON, R.G. Redistribution of forces in correction of boutonniere deformity. *J. Bone Joint Surg.*, 49A: 1267-1274, 1967.
- MATTEV, I. The boutonnière deformity. *Hand*, 1:90-95, 1969.
- McCOY, F.J. & WINSKY, A.J. Lumbrical loop operation for taxation of the extensor tendons of the hand. *Plast. Reconstr. Surg.*, 44: 142-146, 1969.
- PARDINI, A.G.; COSTA, R.D. & MORAIS, M.S. Surgical repair of the boutonnière deformity of the fingers. *Hand*, 11: 87-92, 1979.

PARKES, A. The 'lumbrical-plus' finger. *J. Bone Joint Surg.*, 53B: 236-239, 1971.

SALVI, V. Technique for the buttonhole deformity. *Hand*, 1: 96-97, 1969.

THOMPSON, J.S. & LITTLER, J.W. Upton J: the spiral oblique retinacular ligament (SORL). *J. Hand Surg.*, 3: 482-487, 1978.

URBANIAK, J.R. & HAYES, M.G. Chronic boutonnière deformity - an anatomic reconstruction. *J. Hand Surg.*, 6: 379-383, 1981.

WEEKS, P.M. The chronic boutonniere deformity. A method of repair. *Plast. Reconstr. Surg.*, 40: 248-251, 1967.

ZANCOLLI, E. Structural and dynamic basis of the hand surgery. *J.B. Lippincott*, Philadelphia, 1968.