

Pé equino-varo rígido e pé curto

PÉ EQUINO-VARO RÍGIDO

Esta deformidade começa a ser vista como achado muito comum em qualquer programa que trata pacientes de hanseníase. Consiste no resultado, a longo prazo, de um pé caído que não foi tratado logo no início (Fig. 39.1). Se os músculos peroneiros estão preservados, a deformidade encontrada será apenas em equino. O tibial posterior tem os peroneiros para contrabalanceá-lo e não pode levar o pé em varo e equino. Se por outro lado, houver paralisia completa, então o pé se apresenta em varo e equino. Esta posição facilita a ocorrência de desintegração do tarso e quase sempre levará a úlcera de bordo lateral (Fig. 39.2). Inicialmente há mobilidade do pé e uma bota ou sapato ortopédico com órtese conseguirá mantê-lo em posição neutra, mas logo a posição anormal se torna rígida. Neste

estágio será muito difícil resolver o problema de úlcera de bordo lateral, e ficará mais difícil obter um sapato ortopédico adequado. Apenas uma órtese de apoio patelar (PTB) permitirá a deambulação do paciente (Fig. 39.3). Este tipo de órtese requer um técnico com boa experiência nestes casos e, mesmo assim, o paciente terá dificuldades em locomover-se livremente. Portanto, o tratamento do pé caído requer prioridade máxima, tanto por cirurgia como por órteses, no sentido de prevenir esta deformidade tão grave em equino-varo rígido.

Técnica cirúrgica:

Quando a articulação tibiotalársica esta em boas condições, tanto uma artrodese tríplice padrão ou modificada irá trazer o pé para uma posição neutra. Para tanto, requer-se uma adequada ressecção da articulação talocalcânea e



Fig. 39.1 Pé equino-varo rígido.



Fig. 39.2 Extensa úlcera de bordo lateral em pé com deformidade em equino.



Fig. 39.3 Uma órtese de apoio patelar (PTB) pode auxiliar na deambulação em casos mais avançados.

calcâneo-cubóide. Procedese ao alongamento do tendão de Aquiles e a uma transposição do tendão do tibial posterior, com inserção no local da artrodeese e lateralmente ao dorso do pé (Fig. 39.4). O tendão deve ser suturado aos tecidos locais disponíveis, como fáscia e cápsulas. Se isto não for possível, lançamos mão de uma inserção tipo *pull-out* com saída na sola do pé. Desde que o pé ficará imobilizado por 3 a 4 meses, há tempo suficiente para que o tendão logre uma boa adesão. É importante não se dissecar retalhos no dorso do pé, pois a circulação nesta área não é de boa qualidade mesmo em um pé normal. Se corrigimos drasticamente um pé em varo sem que haja suficiente ressecção óssea na face lateral do pé, poderá ocorrer isquemia devido à compressão por tração do feixe tibial posterior.

Quando a articulação tibiotársica está danificada ou rígida, a deformidade será mais grave e de longa duração. Há também úlceras crônicas da borda lateral ou dorso-lateral, com

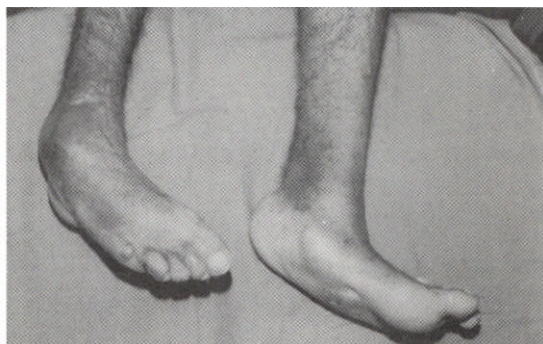


Fig. 39.4 Pré e pós-operatório. Pé equinovaro tratado com tríplice artrodeese seguida por transferência do m. tibial posterior para lograr dorsiflexão. A articulação tibiotársica encontrava-se em boas condições.

grave fibrose de tecidos profundos, o que complica em muito a condição local dos tecidos, e é particularmente perigosa a dissecação dos tecidos para a abordagem da artrodeese que se deseja realizar. Nestes casos, é melhor ressecar uma cunha dorsolateral de osso, incluindo a parte distal da tibia, se necessário (Fig. 39.5). Desde que os vasos dorsais do pé se encontram comprometidos ou podem ser danificados durante o ato cirúrgico, devemos ressecar quantidade suficiente de tecido ósseo, para que não se produza tensão sobre os vasos tibiais posteriores, durante a correção da posição de varo a neutro. Em alguns casos onde há intensa

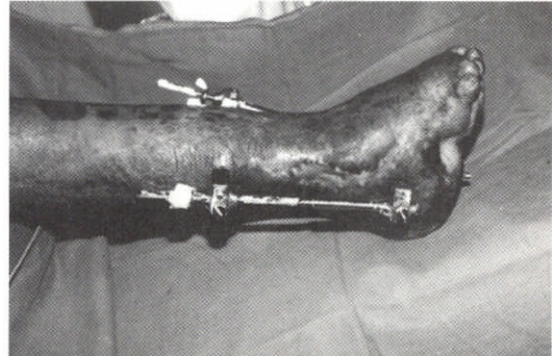
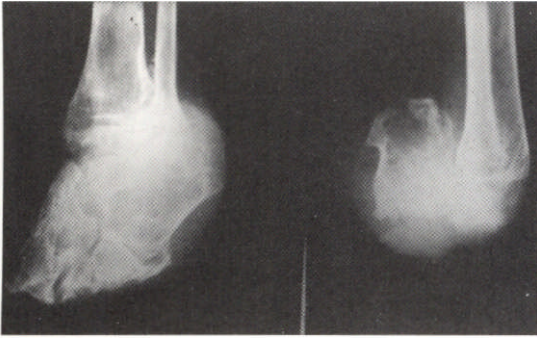


Fig. 39.5 (a) O Raio-X demonstra intenso comprometimento da articulação tíbio-társica. (b) Devemos ressecar uma cunha dorsolateral de osso, incluindo a parte distal da tibia se necessário. Com isto conseguimos corrigir o varo e manter o pé plantigrado.

fibrose no dorso do pé, temos ressecado osso e pele em um bloco só deixando a incisão fechar por segunda intenção. Infecções e necrose de bordas de pele são comuns nesta cirurgia. Optar por fechamento por segunda intenção é melhor do que tentar suturar a ferida operatória que poderá levar à formação de um abscesso.

importante corrigir além do necessário, uma vez que um varo residual, por mínimo que seja, invariavelmente levará à recorrência do problema. Algumas vezes é necessário ressecar uma parte do tendão de Aquiles. Uma vez que a articulação do tornozelo está rígida ou artrodesada, a presença do tendão

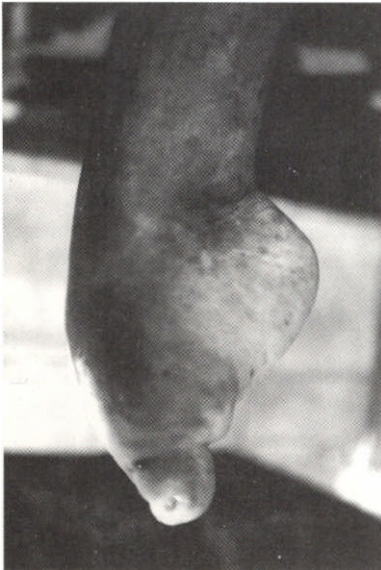


Fig. 39.6 Pé curto. Equino.



Fig. 39.7 Pé curto. Resultado de múltiplas úlceras recorrentes de antepé.



Fig. 39.8 Sapato ortopédico com tutor.

do tibial posterior não se faz mais necessária, assim como a perda do tendão de Aquiles não ocasionará nenhum problema.

Cuidados pós-operatórios:

Um gesso de repouso deve ser utilizado por 2 meses e após aplicamos um gesso com salto por mais 2 a 4 meses. O controle radiológico permitirá indicar quando a artrodeese se completou satisfatoriamente. Uma órtese para proteger a artrodeese com imobilização da articulação do tornozelo e da articulação subtalar deve ser utilizada por pelo menos um ano. O uso de sola tipo "rocker" também é útil para prevenir tensões sobre a área artrodesada.

PÉ CURTO

Em muitos casos o pé curto significa o estágio final de um pé caído (Fig. 39.6). Assim, mesmo que nem sempre evidente, o pé curto

apresenta algum grau de equino. Isto fica mais evidente em um raio X lateral do tornozelo. Em outros casos, o pé curto é resultado de úlceras recorrentes de antepé com osteomielite e perda de substância óssea ou mesmo de cirurgia (Fig. 39.7). Frequentemente todos ou alguns dos dedos continuam em sua posição normal. Se o pé está em neutro na articulação do tornozelo e na articulação subtalar, apenas um sapato ortopédico será necessário. Importante será prover o sapato com uma boa palmilha bem moldada e acolchoada, e estabilizar a articulação do tornozelo com aplicação de bota ortopédica ou tutores reforçados (Fig. 39.8). Se o pé está em equino móvel, permitindo dorsiflexão passiva até neutro, podemos tentar uma transferência do tibial posterior com inserção óssea. Nestes casos, costumamos sectionar o tendão de Aquiles. De maneira geral, nossos resultados não têm sido encorajadores nestes casos. Geralmente há recorrência da deformidade com úlcera da parte distal do pé curto. Se ainda há boa pele na região do calcâneo, podemos indicar uma artrodeese da articulação tibiotalar com ressecção em cunha anterior da tibia e do astrágalo (Fig. 39.9). Qualquer varismo presente pode ser corrigido pela ressecção em cunha. Nós utilizamos normalmente fixadores externos tipo Charnely ou Hoffman para obter compressão. Estes são mantidos por 6 a 8 semanas e posteriormente aplicamos um gesso com salto bem moldado. O tempo total de imobilização será de 4 meses em geral e, posteriormente, a articulação do tornozelo artrodesado é protegida pelo uso de bota ortopédica com tutor externo por mais um ano. É muito importante que o paciente use sapatos curtos, mas isto é muito difícil de ser aceito. Um ante-pé longo irá produzir tensões sobre o coto, portanto devemos indicar o uso de sola tipo "rocker".

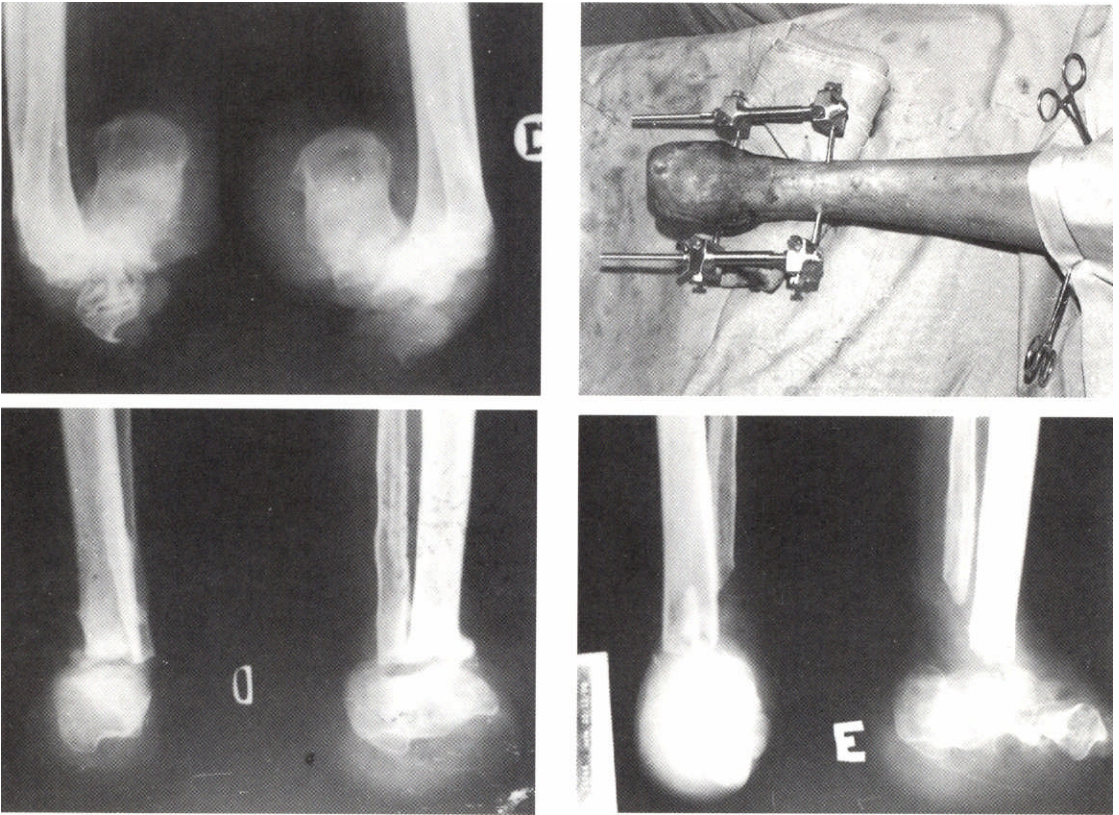


Fig. 39.9 (a) Pé curto com acentuado eqüino e intensa destruição óssea. (b) Artrodese tíbiotalar com ressecção em cunha anterior da tíbia e do astrágalo. A compressão é obtida por meio de fixador externo. (c e d) Pós-operatório. Raio-X.

BIBLIOGRAFIA

- FRITSCHI, E.P. The severely deformed foot in leprosy. Causation, prevention and treatment. *Int. J. Lepr.*, 39: 618-626, 1971.
- HART, R.J.; WILLIAMS, H.W. & SCALT, G.R. A new approach to the pattern of grossly deformed feet. *Lepr. Rev.*, 40: 59-62, 1969.
- KARAT, S.; KARAT, A.B.A. & FOSTER, R. Radiological changes in bones of limb in leprosy. *Lepr. Rev.*, 39: 147, 1965.
- WARREN, A.G. & LEDGES, J. A study of the incidence and outcome of foot weakness in leprosy. *Lepr. Rev.*, 44: 203-212, 1973.