

IV — DEFORMIDADES CONGÊNITAS

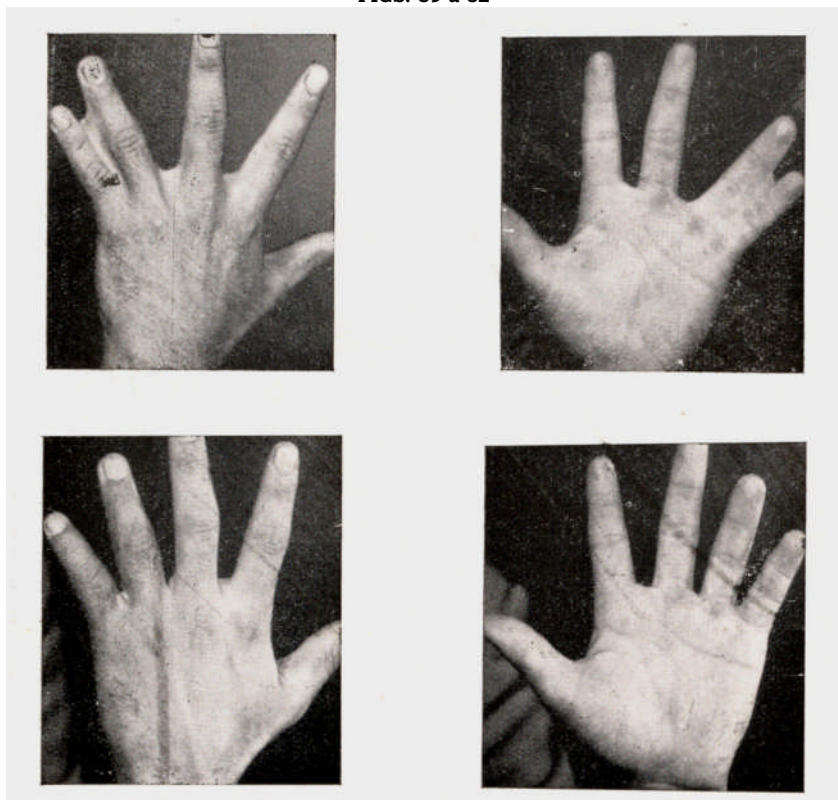
Sindactílias. "Dizemos que há sindactilia quando os dedos ou artelhos não são independentes uns dos outros até o nível da sua comissura normal". (Ombredanne-38) .

Podem estar unidos dois ou mais dedos em conseqüência da persistência total ou parcial da membrana interdigital, que normalmente existe no embrião até a oitava semana aproximadamente.

Considerando-se os meios de união dos dedos sindáctilos podemos classificá-los em três grupos:

1.o) Sindactilia cutânea; (Figs. 59 à 62) .

FIGS. 59 a 62



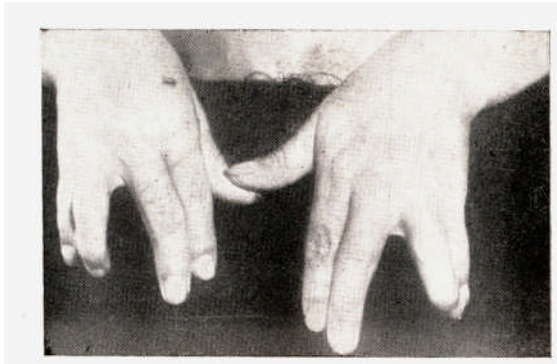
Sindactilia congênita cutânea dos dedos anular e mínimo da mão esquerda. A comissura foi reconstruída segundo a técnica preconizada por Maccollum. Não foi necessário enxerto livre de pele para revestimento dos bordos cruentos dos dedos separados, pois a membrana interdigital forneceu material suficiente para esse fim. A pele do dorso da membrana interdigital revestiu o bordo interno do anular e a pele palmar o bordo externo do mínimo.

2.o) Sindactilia fibrosa; (Fig. 63) .

3.o) Sindactilia óssea.

A correção cirúrgica dessas deformidades proporciona bons resultados sendo porém de grande importância os cuidados post-operatórios, que deverão ser observados durante meses após a intervenção sem o que o êxito visado poderá ser seriamente comprometido.

A técnica que melhores resultados nos tem proporcionado é a aconselhada por Macollum (39) cujo primordial objetivo é obter uma bôa comissura por meio de dois triângulos cutâneos, um dorsal e outro palmar, que são imbricados para constitui-la.



Sindactilia congênita fibrosa bilateral dos dedos anular e mínimo.

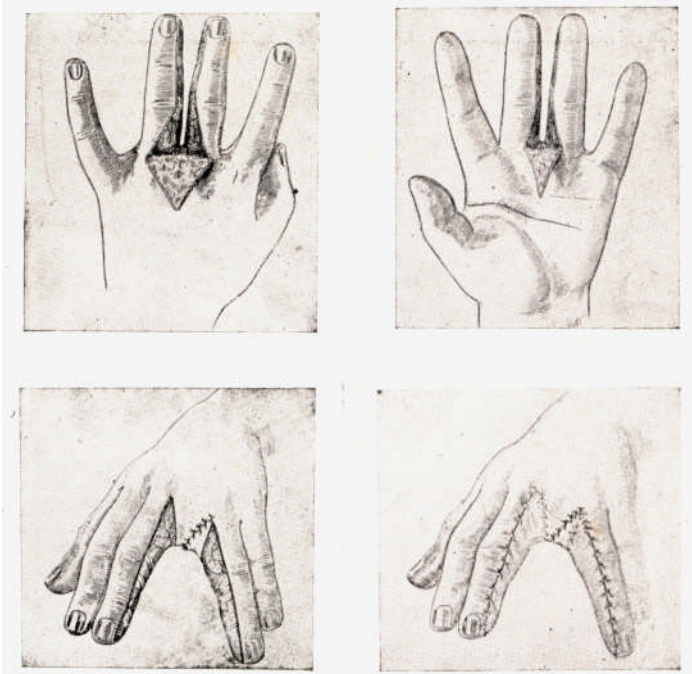
As faces cruentas laterais dos dedos resultantes da separação dos mesmos são revestidas por enxertos livres de pele total ou de secção intermediária. Temos usado a pele total com a qual obtemos sempre excelentes resultados. (Fig. 64 à 67) .

Nas sindactilias cutâneas o enxerto livre pode ser dispensado porque mesmo depois de reconstruída a comissura pela técnica acima descrita, com freqüência sobra material para revestimento das superfícies cruentas resultantes. Imobilizamos a seguir toda a mão do paciente em um aparelho de gesso, durante o tempo necessário à péga dos enxertos, isto é, 10 a 12 dias.

Segundo Maccollum, para se evitar retração post-operatória, que realmente é muito freqüente é necessário manter-se a mão do paciente, durante quatro meses numa tala em forma de "Y" que diariamente deverá ser retirada durante 30 a 60 minutos afim de permitir mobilização ativa dos dedos operados. Terminados os 4 meses de praso o paciente passará a usar a tala durante a noite, por algum tempo.

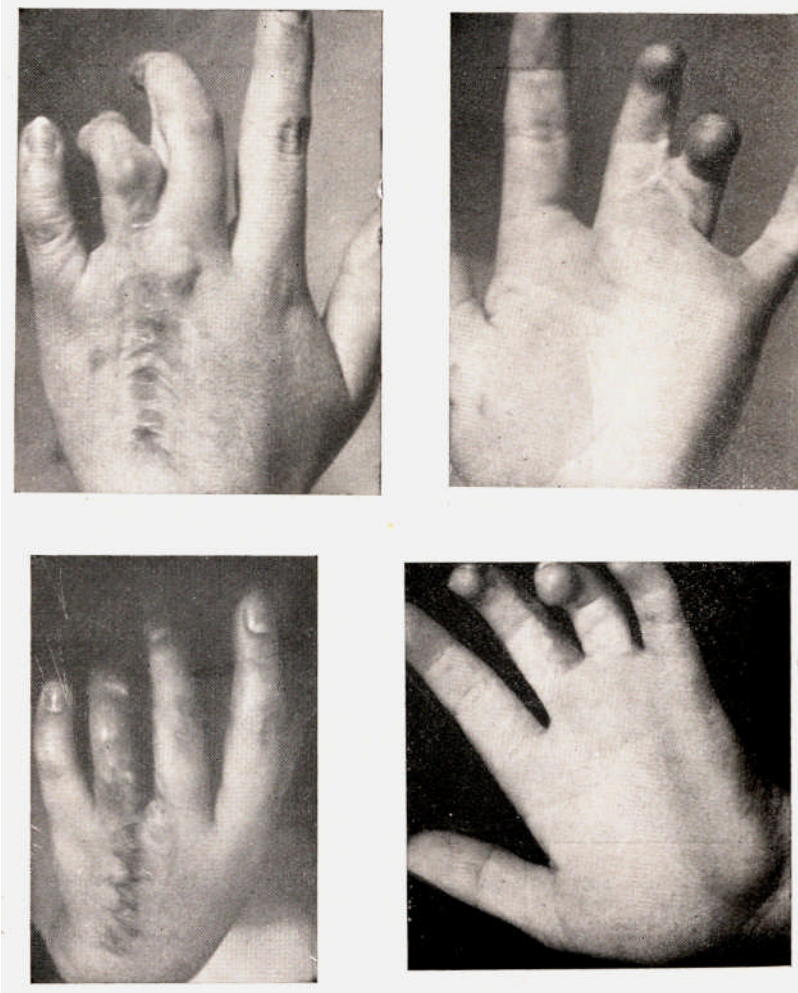
Com experiência adquirida em 73 casos Maccollum conclue que a idade ótima para operar a sindactilia congênita está entre 6 à 7 anos.

FIGS. 64 a 67.



Os dedos foram separados ao longo da linha de união, resultando urna superfície cruenta em cada dedo. Os retalhos triangulares da base foram imbricados para reconstruir a comissura. As superfícies cruentas dos dedos podem ser recobertas por enxertos livres de pele total ou de secção intermédia. A imobilização post-operatória se impõe. (Maccollum).

FIGS. 68 a 71.



Esta paciente se apresentou em nosso consultório com grave seqüela de uma intervenção plástica fracassada visando a correção de uma sindactilia congênita fibrosa. Instalou-se infecção na ferida operatória talvez pelo fato do cirurgião ter omitido a imobilização post-operatória. Houve eliminação do tendão extensor do anular e artrite da articulação interfalangeana próxima do mesmo dedo. Esta articulação acabou por se luxar em consequência de forte retração cicatricial que apareceu posteriormente no local da incisão no dorso da mão. A sindactilia recidivou parcialmente. Para corrigirmos essas deformidades procedemos da seguinte maneira: a comissura foi reconstruída a custa do tecido cicatricial que tornou a unir o anular e o médio; enxerto livres de pele total cobriram as superfícies cruentas, que então resultaram nos dedos separados uma res-seção coneiforme da articulação interfalangeana proximal do anular melhorou a situação desse dedo morfológica e funcionalmente; as bridas que existiam na face palmar do dedo médio e no dorso da mão foram alongadas por meio de incisões em zig-zag à Morestin, o que permitiu maior liberdade de movimento dos dedos médio e anular. Nas duas últimas fotografias podemos apreciar a resultado final.

Polidactilias. A polidactilia constitue sem dúvida um achado freqüente, passível de correção cirúrgica. Mas como acentua Rivas (12) as polidactilias devem ser tratadas tendo em conta o conceito fundamental de que a função da mão não deve em absoluto ser perturbada. Êsses cuidados serão levados mais em conta principalmente na polidactilia do polegar. (Figs. 72 à 74) .

FIGS. 72 e 73.

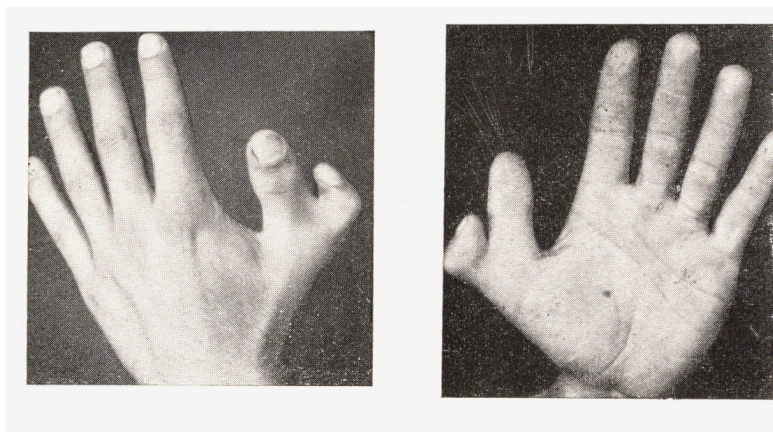


FIG. 74

Tipo mais freqüente de polidactilia.
Radiografia correspondente à polidactilia das figuras 72 e 73.