

RESUMO DE ARTIGO



Artrodeese Tibiototalcalcaneana Minimamente Invasiva

Minimally Invasive Tibiototalcalcaneal Arthrodesis

Fernando Delmonte Moreira^{1*}, Jorge Eduardo de Schoucair Jambeiro¹, Antero Tavares Cordeiro Neto¹, Alex Guedes²

¹Grupo de Cirurgia do Pé e Tornozelo; ²Grupo de Oncologia Ortopédica, Hospital Santa Izabel; Salvador, Bahia, Brasil

A osteoartrite do tornozelo (OAT) está associada a quadro algico e limitação funcional variável, demandando tratamento clínico e eventual indicação cirúrgica quando as medidas conservadoras são inefetivas – a artrodeese tem sido o procedimento de escolha, por reduzir a dor, restaurar o alinhamento articular e tornar o segmento estável, preservando a marcha.¹⁻³

A artrodeese tibiototalcalcaneana (ATTC) minimamente invasiva, mediante haste intramedular retrógrada bloqueada (HIMRB) tem sido indicada pelas vantagens biomecânicas (carga compartilhada, maior rigidez à flexão, compressão dinâmica e estabilidade rotacional) e biológicas (grande área de contato ósseo, procedimento minimamente invasivo, cruentização articular que produz “calda” osteocartilaginosa com potencial hematopoiético).^{3,4}

O presente estudo relata três casos (três tornozelos) de pacientes do sexo masculino, com entre 49 e 63 anos de idade, portadores de OAT secundária (Figura 1), com escore American Orthopaedic Foot and Ankle Society Ankle-Hindfoot Scale (AOFAS AHS) pré-operatório de 27 a 39 pontos (Tabela 1), tratados mediante artrodeese tibiototalcalcaneana minimamente invasiva utilizando haste intramedular retrógrada bloqueada (Figura 2).

A permanência hospitalar foi de um dia, e os pacientes foram autorizados para carga imediata com órteses removíveis para deambulação, conforme tolerado. O tratamento fisioterápico, introduzido desde o internamento, foi mantido, priorizando-se treino de marcha, ganho de força e propriocepção.

Foi realizado acompanhamento clínico e radiográfico nas semanas 1, 2, 6, 12 e 24. Após evidências de consolidação (entre a 6^a e a 10^a semanas), as órteses foram retiradas.

Um paciente queixou-se de dor no pós-operatório imediato e, ao final do 1.º ano, apenas um paciente apresentou dor durante a reabilitação, resolvida completamente com analgésicos (Tabela 1).

Correspondence addresses:

Dr. Fernando Delmonte
fernandodelmonte.br@gmail.com

Received: March 3, 2024

Revised: May 10, 2024

Accepted: May 25, 2024

Published: June 30, 2024

Data Availability Statement:

All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: This work was the result of authors' initiative. There was no support of research or publication funds.

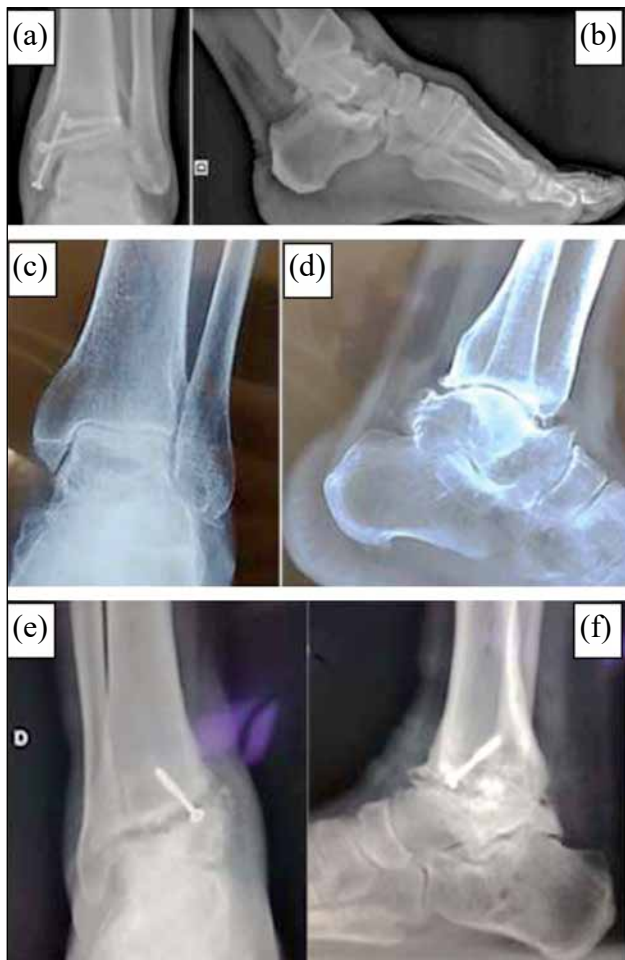
Competing interests: The authors have declared that no competing interests exist.

Copyright

© 2024 by Santa Casa de Misericórdia da Bahia. All rights reserved.
ISSN: 2526-5563
e-ISSN: 2764-2089

Artigo Original: Moreira FD, Jambeiro JES, Cordeiro AT, Oliveira JA, Leão FF, Guedes A. Minimally Invasive Tibiototalcalcaneal Arthrodesis with Blocked Retrograde Intramedullary Nail - Report of Three Cases. Rev Bras Ortop (Sao Paulo). 2021 Oct 25;59(1):e143-e147. doi: 10.1055/s-0041-1731356.

Figura 1. Aspecto radiográfico pré-operatório. (a-f). Aspecto radiográfico pré-operatório: (a, b) caso 1 - sequela de fratura do pilão tibial; (c, d) caso 2 - instabilidade crônica do tornozelo; e (e, f) caso 3 - falha na artrodeose tibiotalar.

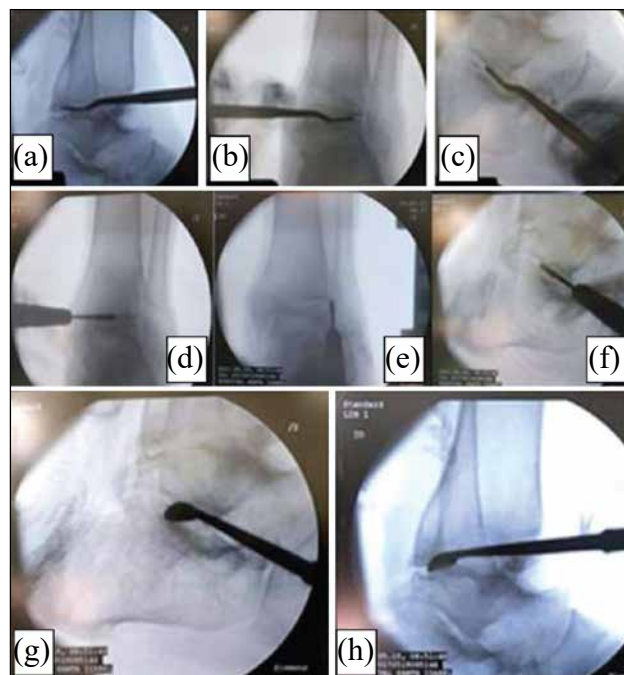


Atualmente, os pacientes não apresentam queixas, retornando às atividades sem restrições (Figuras 3 e 4) – um deles, à prática de futebol e rapel. AAOFAS AHS pós-operatória foi de 68 a 86 pontos (Tabela 1).

Referências

1. Baumbach SF, Massen FK, Hörterer S et al. Comparison of arthroscopic to open tibiototalcalcaneal arthrodesis in high-risk patients. *Foot Ankle Surg*. 2019;25(06):804–811.

Figura 2. Identificação das articulações. (a-h). Os pacientes foram posicionados em decúbito dorsal em mesa cirúrgica radiotransparente, sob sedação, bloqueio e antibioticoprofilaxia, sem isquemia ou tração. A cruentização das superfícies articulares seguiu as seguintes etapas: (a-c) identificação das articulações tibiotalar e subtalar através dos respectivos portais; (d-f) introduzida fresa cônica motorizada de 4,3 mm para cruentização articular; e, (g, h) complementação da cruentização com curetas, expondo o osso subcondral. A seguir, era realizada a fixação com haste.



2. Vilà y Rico J, Rodriguez-Martin J, Parra-Sanchez G, Marti Lopez-Amor C. Arthroscopic tibiototalcalcaneal arthrodesis with locked retrograde compression nail. *J Foot Ankle Surg*. 2013;52(04):523–528.
3. Coughlin MJ, Nery C, Baumfeld D, Jastifer J. Artrodeose tibiotársica compressiva com o uso de placa bloqueada lateral. *Rev Bras Ortop*. 2012;47(05):611–615.
4. Biz C, Hoxhaj B, Aldegheri R, Iacobellis C. Minimally invasive surgery for tibiototalcalcaneal arthrodesis using a retrograde intramedullary nail: preliminary results of an innovative modified technique. *J Foot Ankle Surg*. 2016;55(06):1130–1138.

Tabela 1. Descrição dos achados clínicos, American Orthopaedic Foot and Ankle Society Ankle-Hindfoot Scale (AOFAS-AH) pré e pós-operatórios e complicações.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Gênero	Masculino	Masculino	Masculino
Idade (Anos)	49	61	63
Queixa Principal	Dor	Dor	Dor
Lado	Esquerdo	Esquerdo	Direito
Arco de Movimento	5°	25°	10°
Deformidade	Valgo	Neutro	Valgo
Diagnóstico	Sequela de fratura do pilão tibial	Instabilidade crônica do tornozelo	Falha na artrodese tibiotalar
Início de Carga (Semanas)	1	1	1
Tempo de Consolidação (Semanas)	10	6	8
AOFAS-AH Pré-operatório	39	33	27
AOFAS-AH Pós-operatório	68	72	86
Complicação Precoce	Não	Dor, resolvida com analgésicos	Não
Complicação Tardia	Não	Não	Dor, resolvida com analgésicos

Figura 3. (a-f). Aspecto radiográfico no pós-operatório tardio dos casos 1 (a, b), 2 (c, d) e 3 (e, f).

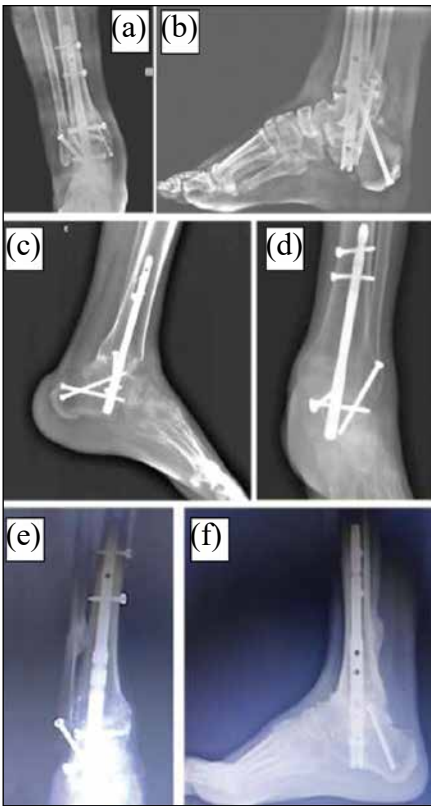


Figura 4. (a-f). Aspecto pós-operatório do caso 2 (a, b) e do caso 3 (c-f).

