

ARTROPLASTIA DA TÍBIO-TÁRSICA, A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO



Serviço de Medicina Física e de Reabilitação

Director: Dr. Paulo Beckert



Francisco Simas¹; Filipe Bettencourt²; João Morais²; Carla Vera-Cruz³; Leonor Prates³

1 – Interno do complementar de Medicina Física e de Reabilitação da Marinha de Guerra Portuguesa, Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão; 2 – Interno do complementar de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE;

3 – Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Física e de Reabilitação, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE.

Revisão teórica

Em contraste com o que ocorre com as articulações da anca e do joelho, na tíbio-társica a artrite pós-traumática é mais prevalente que a osteoartrose.

As primeiras artroplastias da tíbio-társica foram efectuadas nos anos 70, com algum entusiasmo inicial. No entanto os primeiros estudos realizados a doentes submetidos a esta técnica cirúrgica revelaram resultados desanimadores, especialmente a longo prazo e em doentes com história prévia de artrite traumática isolada. Os problemas com a primeira geração de próteses incluíam: dificuldades na cicatrização da ferida operatória, falência na consolidação dos implantes e infecções. A percentagem de falência da prótese era de 35 a 76%. Assim, o entusiasmo inicial deu lugar a algum cepticismo, pelo que durante bastante tempo a artrodese da tíbio-társica permaneceu como a abordagem de “primeira linha” para o tratamento cirúrgico da artrite desta articulação.

Com o desenvolvimento das próteses de segunda geração, o número de artroplastias da tíbio-társica tem vindo a aumentar nos últimos anos, com resultados mais positivos nos estudos pós-operatórios.

As próteses de segunda geração mais utilizadas são não cimentadas e podem ser de 2 componentes, como as próteses “Agility”; ou de 3 componentes, como as próteses “Scandinavian Total Ankle Replacement – STAR”, “Buechel-Pappas” e HIntegra.

INDICAÇÕES - Os candidatos ideais a uma artroplastia da tíbio-társica são doentes com idades mais avançadas, sedentários e não obesos, que apresentem deformidades mínimas, boas amplitudes articulares e mínimas alterações a nível dos tecidos moles. No entanto, na tíbio-társica a artrite pós-traumática é relativamente comum, ocorrendo tendencialmente em doentes jovens. O que aumenta o grau de “stress” sobre a prótese, associado a esta condicionante, surge ainda o facto de que muitas vezes estes doentes apresentam lesões dos tecidos moles, resultado da própria lesão ou mesmo de cirurgias prévias.

CONTRA-INDICAÇÕES ABSOLUTAS - existência de uma infecção activa, doença vascular periférica ou artropatia de Charcot;

CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS - osteoporose, osteonecrose do astrágalo, instabilidade ou deformação severa da articulação.

COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS - Falência na união da sindesmose ocorre apenas nas próteses do tipo “Agility”, dado que estas são as únicas que necessitam de uma união sindesmótica no sentido de providenciar suporte ao componente tibial. Deficiente cicatrização: Frequente pela localização anatómica das incisões. É fundamental prevenir as retracções. Infecção: Deve ser tratada como nas restantes articulações. Instabilidade dos componentes da prótese e lise: migração de 5 mm ou mais/desvio angular de 5° ou mais, podem levar a um mau prognóstico funcional. Eventual ocorrência de lises (componente astragalino) pode levar a um mau desempenho da prótese.

PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO - imobilização do membro até à completa cicatrização das feridas cirúrgicas. Utilização de bota tipo “Walker” + carga parcial + mobilização articular activa-assistida para ganho de amplitudes articulares, durante cerca de 8 a 10 semanas (crescimento ósseo ao nível do interface osso-prótese e solidificação da sindesmose). Carga total depois da 8 a 10 semanas + mobilização articular activa-assistida para ganho de amplitudes articulares.

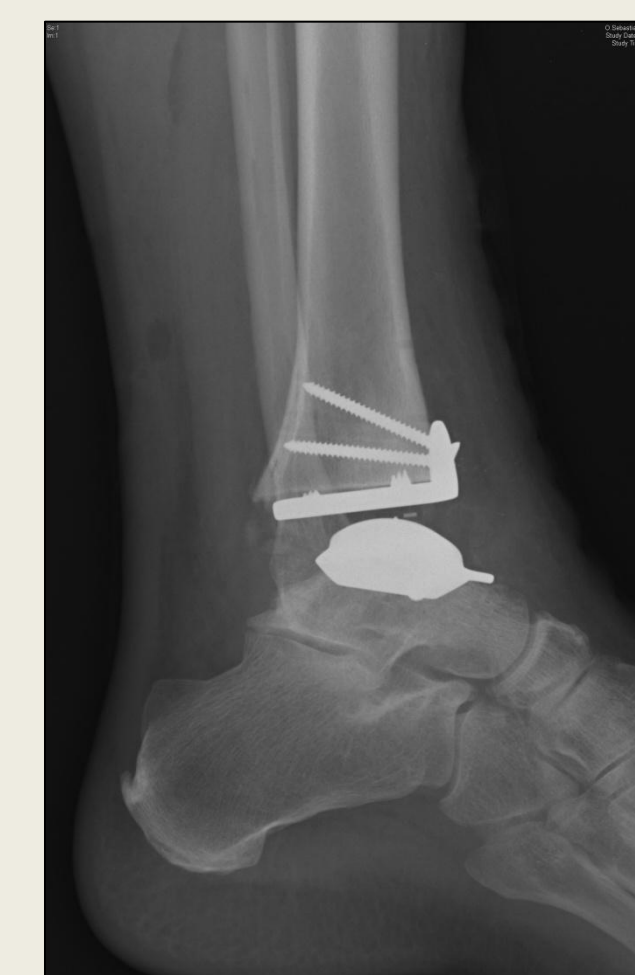
Caso clínico

Observado em Consulta no Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca em 24 de Maio de 2011:

♂, 32A

Sem antecedentes pessoais relevantes até Maio de 2007, quando sofreu queda em altura (4º andar), da qual resultou # de D12, L1, L2 e do pilão tibial esquerdo. Foi submetido a intervenção cirúrgica para colocação de material de osteossíntese, que foi posteriormente retirado. Em Maio de 2009 foi submetido a artroscopia da tíbio-társica. Em 11 de Maio de 2011 foi submetido a nova intervenção cirúrgica para colocação de prótese da tíbio-társica - modelo HIntegra (por artrite pós-traumática) + alongamento do tendão de Aquiles.

Utilizava bota tipo “Walker”. Tinha dor à palpação da região Aquiliana, com aderência local.



INÍCIO

Amplitudes articulares:

Flexão dorsal - 0°;
Flexão plantar - 20°;
Inversão 20°;
Eversão 10°;

Edema da perna e pé.

Escala Funcional dos Membros Inferiores (LEFS) - 30/80



PROGRAMA DE REABILITAÇÃO:

- Massagem de drenagem do edema
- Massagem de descolamento da “cicatriz operatória”
- Mobilização articular activa-assistida
- Exercícios para fortalecimento muscular isométrico (flexores / extensores da tíbio-társica e peroneais/eversores)
- Treino de marcha com carga parcial sobre o MI Esq.

ALTA

Amplitudes à data de alta:

Flexão dorsal: 0°;
Flexão plantar 30°;
Inversão 30°;
Eversão 20°;

Marcha autónoma;

Edema residual.

Escala Funcional dos Membros Inferiores (LEFS) - 68/80

Bibliografia

Braddom R., Physical Medicine and Rehabilitation, Saunders, 3rd edition, 2007; Cuccurullo S., Physical Medicine and Rehabilitation Board Review, Demos, 2004; Delisa J., Physical Medicine and Rehabilitation Principles and Practice, Lippincott Williams and Wilkins, 4th edition, 2005; S. Terry Canale, James H. Beaty, Campbell's Operative Orthopaedics, 11th edition, 2008; Easley et al., 2002. Easley ME, Vertullo CJ, Urban WC, et al: Total ankle arthroplasty. J Am Acad Orthop Surg 2002; 10:157.