



www.rbo.org.br/



Artigo de Atualização

Deformidades congênitas dos membros superiores. Parte II: falhas de formação e duplicação

Edgard Novaes França Bisneto^{1*}

1Médico Assistente do Grupo de Mão do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Associação de assistência à criança deficiente de São Paulo (AACD), São Paulo, SP, Brasil.

Trabalho feito em conjunto pelo grupo de mão da AACD São Paulo e o Grupo de Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 31 de janeiro de 2012

Aprovado em 02 de outubro de 2012

Palavras-chave:

Anormalidades congênitas

Extremidade superior

Deformidades congênitas das
extremidades superiores/história

Keywords:

Congenital Abnormalities

Upper Extremity

Upper Extremity Congenital

Deformities/history.

R E S U M O

Este artigo, dividido em três partes, tem por objetivo rever as deformidades congênitas mais comuns que afetam os membros superiores e descrever seus tratamentos. Nesta segunda parte discutem-se as falhas de diferenciação e duplicação. A bibliografia é contínua a partir da primeira parte.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado pela Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

Congenital deformities of the upper limbs. Part II: failure of formation and duplications

A B S T R A C T

This article, presented in three sections, review the most common upper limb malformations and their treatments. In this section two there's a discussion about failure of formation and duplication of the parts. The bibliography is continuous since section one.

© 2013 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

*Autor para correspondência: Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 333, Cerqueira Cesar, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 05403-010.

Tel: (+55 11) 99631-3043.

E-mail: edgard.franca@hc.fm.usp.br

Introdução

Neste segundo artigo de uma série de três, abordo as diretrizes de tratamento das falhas de diferenciação e duplicação conforme a classificação da IFSSH (International Federation of Societies for Surgery of the Hand).

II Falha de diferenciação das partes

II.1 Sinostose

É um termo genérico que indica união óssea entre ossos que são normalmente separados.²⁵ Pode ocorrer em qualquer local, mas é no cotovelo que apresenta com maior relevância clínica. As radiografias podem ser normais ao nascimento, porém a amplitude de movimento é menor quando comparada a cotovelos normais e pode passar despercebida no recém-nascido.²⁵

Sinostose radioumeral, geralmente associada a MTU, pode fazer parte da síndrome da sinostose múltipla. Cotovelo rígido, sendo que a funcionalidade do membro superior irá depender da posição do cotovelo, da capacidade funcional da mão e do ombro.²⁵ O acometimento bilateral é o mais comum. Não existe tratamento específico, na maior parte dos casos orienta-se terapia ocupacional. Osteotomia derrotativa e alongamento ósseo em casos muito selecionados e com grandes deformidades.^{14,25}

Sinostose radioulnar proximal é bilateral em 50% dos casos e pode não ser reconhecida até a adolescência.^{14,25} A pronossupinação é ausente e o movimento do membro superior é compensado pelo punho e ombro.²⁵ Geralmente é uma deformidade isolada, mas pode estar associada à hipoplasia do polegar, ao sinfalangismo, ao pé torto congênito, à artrogripose e à Sd Apert.¹⁴ Posição em medioprono ou pequenos graus de pronação ou supinação não necessitam tratamento. Hiperpronação ou hipersupinação deve ser tratada com osteotomia derrotativa na sinostose, buscando-se a posição 30° de pronação nos casos unilaterais e nos bilaterais, medioprono no membro não dominante e 20° de pronação no dominante.^{14,25}

II.2 Luxação da cabeça do rádio

A luxação congênita da cabeça do rádio (Fig. 12) pode ocorrer isolada ou em associação à sinostose radioulnar proximal e outras síndromes, entre elas Cornelia de Lange, Klinefelter etc.²⁵ A luxação geralmente é posterior ou pósterio-lateral, em um terço dos casos é anterior.^{14,25}



Fig. 12 - Luxação congênita cabeça de rádio.

Pode haver limitação de movimentos extremos, mas na maioria dos casos não se nota nenhuma disfunção.¹⁴ Há grande dificuldade de se diferenciar uma luxação crônica traumática de uma luxação congênita, uma vez que em muitos casos as radiografias são feitas por causa de trauma.²⁵ A luxação congênita geralmente é bilateral, a cabeça do rádio é achatada, existem anomalias associadas, o capítulo é hipoplásico e a ulna e o rádio podem ser encurtados.^{14,25}

O tratamento raramente é necessário na infância. A ressecção da cabeça do rádio pode ser indicada no adolescente e no adulto, sempre após maturidade esquelética, nos casos dolorosos.^{14,25}

II.3 Sinfalangismo

Caracteriza-se pela rigidez ou fusão das interfalangianas. O tratamento cirúrgico é relatado uniformemente como frustrante, embora haja descrições de artroplastia. Na idade adulta pode ocorrer artrose na IFD ou na MTC-F por sobrecarga mecânica.¹⁰

II.4 Sindactilia

Pode ser definida como uma fusão variável entre dois dedos adjacentes, é uma das deformidades congênitas mais comuns, 1:2.000 nascidos vivos.^{26,27} Existem várias classificações que não abordaremos neste capítulo, mas classicamente são divididas em:²⁶

Simples: fusão somente pela pele; *complexa*: quando há conexão óssea.

Completa: toda a comissura é envolvida até o leito ungueal;

Incompleta: o leito ungueal não está envolvido.

Complicada: envolvimento de tecidos vasculares, tendíneos ou nervosos.

Pode ocorrer isoladamente ou como manifestação de uma síndrome, entre essas: Sd Streeter, Sd Apert e Sd Poland, nas quais a gravidade da sindactilia é maior.

Praticamente todos os pacientes portadores de sindactilia tem indicação cirúrgica e se possível a cirurgia deve ser feita antes dos 2 anos,^{26,27} a fim de se evitarem deformidades angulares entre os dedos.

Os princípios do tratamento são: reconstrução da comissura digital, cobertura cutânea adequada dos dedos e reconstrução do leito ungueal.²⁶ Vários são os desenhos de retalho de comissuras descritos e em cada caso deve ser feito o planejamento. A enxertia de pele não é sempre necessária,²⁶ principalmente nos casos de sindactilias incompletas; entretanto, na opinião deste autor, deve sempre ser usada em sindactilias completas, complexas e complicadas. Várias são as áreas doadoras de enxerto, região inguinal, hipotenar, antecubital, pés etc²⁶ (Fig. 13).



Fig. 13 - Sindactilia simples/completa (A,B). Pós-operatório (C,D).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2718126>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2718126>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)