

Úlcera da polpa do halux *Ulcers on the pulp of the halux*

Frank Duerksen¹

Uma das úlceras mais difíceis de tratar é a úlcera da polpa do halux ou a úlcera na prega de flexão da articulação interfalangiana do halux.

É consequência do dedo em garra do halux por falta dos intrínsecos. O flexor longo flexiona a articulação interfalangiana do halux e produz hiperextensão da articulação metatarso-falangiana criando dessa maneira área de hiperpressão na polpa do halux e também na cabeça do metatarsiano.

No movimento de andar, na impulsão, o halux normalmente fica em extensão e distribui o peso corporal em todo o antepé, incluindo o dedo. Com a ausência dos intrínsecos o halux entra em flexão e cria uma força de fricção com o sapato, o solo, na polpa ou na borda medial do halux. É uma situação freqüente seria difícil de tratar.

A correção com órteses e palmilhas dá resultados excelentes para os dedos, mas o halux é difícil de corrigir. Então a solução definitiva é cirúrgica. A técnica "standard" usada há muitos anos é a suspensão de Jones. Esta consiste em uma artrodese interfalangiana do halux e a secção do extensor longo do halux na falange distal, passando-o por um orifício feito no colo do metatarsiano de modo que o extensor do halux eleva e tira a pressão da cabeça do metatarsiano e a artrodese interfalangiana não permite a flexão do halux mantendo a posição em extensão no andar.

Em hanseníase essa técnica é usada rotineiramente. Em nossa experiência tivemos vários casos de fratura do colo do metatarsiano e só 50% de artrodeses é efetiva com formação de pseudo-artrose e falha na extensão do halux.

A primeira modificação que fizemos foi suspender o extensor do halux no ligamento medial colateral da articulação metatarso-falangiana, mas isso causou desvio em supinação do halux em alguns casos, que atrapalhava

a marcha e criava pontos de pressão que davam origem a ulcerações.

A última modificação que fizemos, há 10 anos, foi fixar o extensor longo do halux em continuidade no dorso da cabeça do metatarsiano amarrando-o com duas suturas passadas por pequenos orifícios no osso. Dessa maneira o extensor do halux fica como extensor do metatarsiano e a porção distal do extensor próprio do halux atua como tenodese no dorso do halux não permitindo a flexão interfalangiana quando o flexor longo do halux faz força para a impulsão a tenodese mantém o halux em extensão e as forças são divididas em uma área muito maior do que quando há uma flexão interfalangiana.

Os resultados tem sido satisfatórios na maioria dos casos. Não temos um seguimento de casos porque perdemos o contato com a maioria de nossos pacientes que em geral vivem em estados muito distantes. Mas temos feito mais de 30 cirurgias desse tipo em pacientes hansenianos, cerca de 10 em diabéticos e 4 em espásticos. Os resultados em curto prazo em pacientes hansenianos em geral são muito bons, como também nos diabéticos. Com relação aos espásticos, 3 tiveram que ser reoperados porque as fitas se soltaram pela força dos músculos espásticos, mas no fim se conseguiu limitar a espasticidade do halux. Outra indicação para essa técnica seria para pacientes diabéticos ou hansenianos com perda do flexor longo do halux por úlcera na cabeça do metatarsiano. Nesse caso o halux fica em extensão e é difícil para esses pacientes calçar o sapato. Se o problema for de longa duração há necessidade de uma capsulotomia dorsal, mas a tenodese não permite a hiperextensão metatarso-falangiana. O halux fica só com movimentação passiva e se adapta à posição do pé.

¹ Prof. Dr., M.D., F.R.C.S.D., Associate Prof. of Surgery University of Manitoba, Winnipeg, Canadá; Chief, Orthopaedic Hand Service. Heath Sciences Center, Winnipeg, Canadá.