

Tratamento Artroscópico da Síndrome do Conflito Anterior do Tornozelo

Dr. Daniel Saraiva¹, Dr. Gustavo Martins¹, Dra. Sara Macedo², Prof. Doutor Rui Lemos³

¹Interno complementar; ²Assistente hospitalar; ³Diretor de Serviço. Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho-EPE, Porto

RESUMO / ABSTRACT

A síndrome do conflito anterior do tornozelo caracteriza-se pela presença de dor na face anterior do tornozelo, associando-se por vezes a episódios de derrame articular e diminuição do arco de mobilidade. É uma entidade que foi inicialmente descrita nos atletas de alta competição, mas que também se observa na população praticante de desporto recreativo. O diagnóstico é clínico e comprovado por exames de imagem. A dor do conflito ósseo anterior deve-se à formação de osteófitos na vertente anterior da extremidade distal da tibia e/ou na face dorsal do colo do astrágalo. A artroscopia anterior do tornozelo permite a avaliação completa e dinâmica de toda a articulação anterior do tornozelo, sinovectomia e exérese de osteófitos. Apresenta-se o caso clínico de um jovem praticante de voleibol. Foi feita artroscopia anterior do tornozelo, com sinovectomia alargada e exérese de osteófito anterior da extremidade distal da tibia. Retornou à prática desportiva sem limitações seis semanas pós cirurgia e ao ano após cirurgia, mantém-se sem queixas locais, sem episódios de derrame e com arco de movimento normal em relação ao tornozelo contralateral.

Anterior ankle impingement syndrome is characterized by pain on the anterior side of the ankle, sometimes associated with joint effusion and decreased range of motion. It was initially described in professional athletes, but it's also found in the recreational athletic population. The diagnosis is clinical. The pain comes from the osteophyte formation on the anterior rim of distal tibia and/or from the dorsal rim of the talar neck. Anterior ankle arthroscopy allows a complete and dynamic evaluation of the ankle joint, sinovectomy and osteophyte removal. We present a clinical case of a young volleyball player, presenting with an anterior ankle impingement syndrome. We performed an anterior ankle arthroscopy, with anterior osteophyte removal from the distal tibia rim, as well as a wide sinovectomy. The patient returned to sports activity six weeks after surgery without limitations and one year after surgery is pain free, with no joint effusion and similar range of motion as the contralateral ankle.

PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Artroscopia, conflito, ósseo, tornozelo
Arthroscopy, impingement, bony, ankle

exclusivo dos atletas profissionais, podendo surgir na população praticante de desporto recreativo após traumatismos ósseos ou capsuloligamentares, pelo que a nomenclatura atual define este estado como síndrome do conflito anterior do tornozelo, o qual inclui o conflito de partes moles e o conflito ósseo puro^{1,4-7}.

A classificação clássica proposta por Scranton e McDermott procurava classificar a gravidade da osteofitose anterior do tornozelo e fornecer critérios de prognóstico para a escolha entre o tratamento aberto e o artroscópico⁵.

A melhor compreensão da etiopatogenia, os avanços técnicos na técnica artroscópica e a apresentação sucessiva de bons resultados com mínima morbilidade, levaram a que o tratamento artroscópico se tenha vindo a assumir como *gold standard* no tratamento das síndromes do conflito anterior do tornozelo⁶⁻¹⁰.

Caso Clínico

Relatamos o caso de um homem de 36 anos, praticante de voleibol, que recorreu à consulta por queixas dolorosas localizadas à região anterolateral do tornozelo direito com 18 meses de evolução. Apresentava história de traumatismos repetitivos em inversão do tornozelo direito, com

Introdução

A dor crónica localizada à face anterior do tornozelo pode ter origem em causas intra e extra-articulares, como síndromes de conflito de partes moles ou ósseo, sinovite local, osteocondrite dissecante do astrágalo, instabilidade lateral ou medial do tornozelo ou presença de corpos livres intra-articulares. Existe, por vezes, limitação do arco

de mobilidade do tornozelo, nomeadamente da dorsiflexão¹⁻⁴.

A formação de osteófitos na vertente anterior da extremidade distal anterior da tibia e/ou da face dorsal do colo do astrágalo é uma das causas reconhecidas de dor na face anterior do tornozelo³⁻⁵. Esta entidade foi denominada no passado de “tornozelo do atleta” ou “tornozelo do futebolista”^{2,3}. No entanto, a dor na face anterior do tornozelo não é um

Grau I	Conflito anterior com osteófito tibial < 3mm
Grau II	Conflito anterior com osteófito tibial > 3mm
Grau III	Exostose tibial significativa com ou sem fragmentação; formação secundária de osteófito no dorso do astrágalo
Grau IV	Artrose com destruição pantalar

Tabela 1. Adaptado de Scranton PE Jr, McDermott JE. Anterior tibiotalar spurs: a comparison of open versus arthroscopic debridement.⁵



Figura 1 – Arco de mobilidade do tornozelo direito

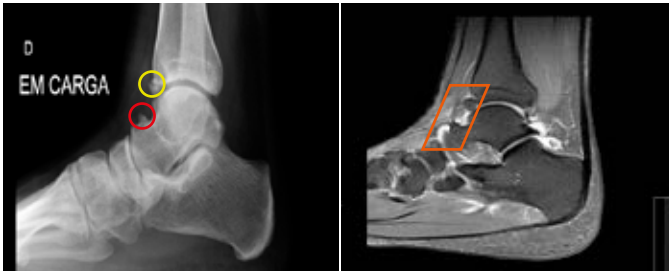


Figura 2 – Radiografia de perfil em carga e imagem de RMN (sequência Turbo-Spin-Echo, Fat Saturated).

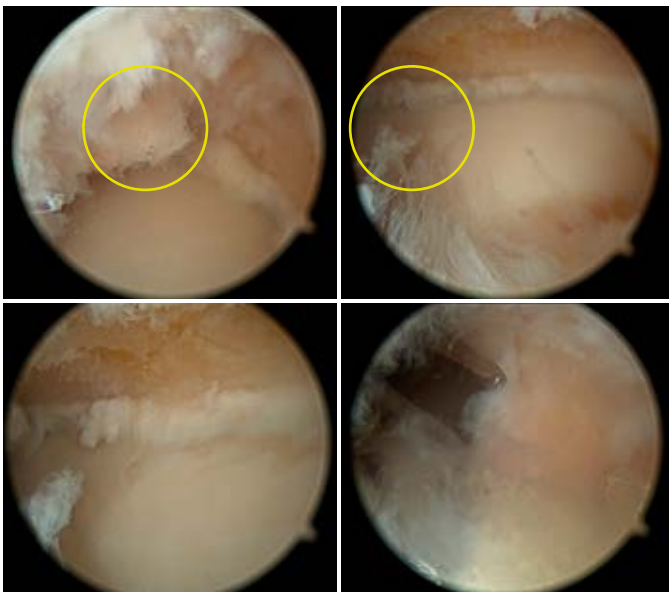


Figura 3 – Imagens da artroscopia antes e depois da exérese do osteófito anterior da tibia.



Figura 4 – Radiografia simples de perfil pós-operatória.

início cerca de cinco anos antes. Foi submetido a tratamento conservador, incluindo tratamento fisiátrico, compressão elástica e medicação analgésica sem sucesso.

Negava qualquer sensação de instabilidade, referindo apenas agravamento progressivo da sintomatologia, com episódios frequentes de derrame articular. No exame objetivo apresentava dor na palpação da interlinha anterolateral do tornozelo, intensificada pela dorsiflexão forçada. Não apresentava sinais de instabilidade lateral ou medial do tornozelo, nem da articulação subastragalina. Não apresentava limitação clinicamente relevante do arco de mobilidade, com flexão plantar de 40° e flexão dorsal de cerca de 15° (que provocava dor no seu extremo), semelhante ao tornozelo contralateral (figura 1).

Foram realizadas radiografias simples, em face e de perfil, em carga e a ressonância magnética nuclear (RMN), que demonstraram a presença de osteófito de

grandes dimensões localizado na face anterior e distal da tibia distal e pequeno osteófito dorsal do astrágalo, classificando-se como grau 3 de Scranton e McDermott, com hiper-sinal anterior na sequência Turbo-Spin-Echo, Fat Saturated na RMN, demonstrativos de conflito ósseo anterior do tornozelo (Figura 2).

Foi feito o diagnóstico de síndrome do conflito ósseo anterior do tornozelo e proposto tratamento cirúrgico através de artroscopia anterior do tornozelo. Após sinovectomia alargada, procedeu-se à exérese de todo o osteófito da região distal e lateral da tibia (Figura 3).

O exame artroscópico permitiu excluir lesões associadas, como instabilidade ligamentar interna ou externa do tornozelo, lesões osteocondrais do astrágalo ou presença de corpos livres. No exame dinâmico do arco de mobilidade verificou-se que, ao mover o astrágalo em dorsiflexão, não ocorria qualquer conflito entre o osteófito dorsal do astrágalo e a vertente inferior da tibia, pelo que não se realizaram gestos cirúrgicos adicionais. A radiografia simples de perfil pós-operatória mostrou o rebordo distal e anterior da tibia regularizado (figura 4).

No pós-operatório foi autorizada carga total imediata, assim como tratamento fisiátrico diário. Não ocorreram complicações no per ou no pós-operatório, tendo voltado à atividade desportiva sem limitações seis semanas depois da cirurgia. Um ano após a cirurgia, apresentava-se sem queixas dolorosas e sem novos episódios de derrame. O Score da Sociedade Ortopédica Americana do Pé e Tornozelo (AOFAS) para retropé subiu de 69 para 96 e a Escala de Dor Visual (EDV) desceu de sete para zero.

Discussão

O diagnóstico da síndrome do conflito anterior do tornozelo é clínico, baseando-se no relato de dor intermitente ou constante no tornozelo, reproduzível na palpação da interlinha articular, exacerbada na dorsiflexão forçada do tornozelo. Por vezes, observa-se derrame articular e limitação do arco de mobilidade¹⁻⁴. A origem do conflito anterior pode ser por interposição de partes

moles (conflito de partes moles) ou por contacto ósseo direto entre osteófitos anteriores da tibia e do colo do astrágalo (conflito ósseo)^{1,2-5}. Em geral, a presença de osteófitos corresponde a uma manifestação secundária de alterações osteoartróticas. No entanto, o trauma repetitivo *minor* no tornozelo, tal como se observa frequentemente em atletas, pode induzir a formação de osteófitos locais²⁻⁴. É uma patologia observada tanto em atletas profissionais, como na população praticante de desporto recreativo^{6,7}.

Scranton e McDermott correlacionaram os seus resultados no tratamento da síndrome do conflito anterior do tornozelo com a dimensão e localização dos osteófitos e concluíram que o tratamento artroscópico apresentava menor tempo de recuperação e retorno mais precoce à atividade desportiva, em comparação com a artrotomia aberta, que recomendaram apenas no estágio IV da sua classificação⁵. Tol e van Dijk encontraram 82% de bons ou excelentes resultados na exérese artroscópica de osteófitos anteriores do tornozelo na ausência de estreitamento da interlinha articular, comparado com apenas 50% em casos em que se observa estreitamento da interlinha articular, concluindo que o tratamento artroscópico apresentava piores resultados nos casos em que já se observavam sinais de artrose do tornozelo⁴.

O tratamento artroscópico da síndrome do conflito anterior do tornozelo permite a remoção do tecido sinovial inflamado e, no caso de conflito ósseo, dos osteófitos que contribuem para o aprisionamento de partes moles. O restabelecimento do espaço anterior, por diminuir a probabilidade de aprisionamento do tecido sinovial, diminui a recidiva sintomática⁴⁻⁶. Mostra igualmente bons resultados funcionais a longo prazo, com diminuição marcada da dor e, nalguns casos, melhoria do arco de mobilidade do tornozelo⁶⁻¹⁰. No caso da população praticante de desporto, permite o regresso à competição a curto prazo, com menores riscos do que a artrotomia aberta (deiscência da ferida, infeção, fibrose cicatricial)⁵⁻⁷.

Os fatores de mau prognóstico no tratamento artroscópico da

síndrome do conflito anterior do tornozelo incluem o estreitamento da interlinha articular do tornozelo, a presença de lesões condrais na tibia distal ou colo do astrágalo, a idade > 65 anos e o traumatismo prévio^{6,8-10}.

Conclusão

A síndrome do conflito anterior do tornozelo é uma entidade amplamente reconhecida nos atletas profissionais e na população praticante de desporto recreativo. O diagnóstico é clínico, suportado pelos exames de imagem. A artroscopia anterior do tornozelo permite a exérese dos osteófitos contributivos para o aprisionamento de tecido sinovial, para além da realização de sinovectomia alargada e diagnóstico de lesões associadas, com mínima morbilidade, permitindo o regresso precoce à prática desportiva ao nível pré-lesional.

Bibliografia

1. Talusan PG, Toy J, Perez JL, Milewski MD, Reach JS Jr. *Anterior Ankle Impingement: diagnosis and treatment*. J Am Acad Orthop Surg. 2014 May;22(5):333-339.
2. Morris LH. *Report of cases of Athlete's ankle*. J Bone Joint Surg 1943;25:220.
3. Mac Murray TP. *Footballer's ankle*. J Bone Joint Surg 1950;32b:68-69.
4. Tol JL, van Dijk CN. *Anterior ankle impingement*. Foot Ankle Clin N Am 2006; 11:26-310.
5. Scraton PE Jr., McDermott JE. *Anterior tibiotalar spurs: a comparison of open versus arthroscopic debridement*. Foot Ankle. 1992 Mar-Apr;13(3):125-9.
6. Zwiers R, Wiegerinck JI, Murawski CD, Fraser EJ, Kennedy JG, van Dijk CN. *Arthroscopic treatment for anterior ankle impingement: a systematic review of the current literature*. Arthroscopy. 2015 Aug;31(8):1585-96. doi: 10.1016/j.arthro.2015.01.023. Epub 2015 Mar 19.
7. DeBaradino, TM, Arciero RA, Taylor DC. *Arthroscopic treatment of soft-tissue impingement of the ankle in athletes*. Arthroscopy. 1997 13(4):492-498.
8. Walsh SJ, Twaddle BC, Rosenfeldt MP, Boyle MJ. *Arthroscopic treatment of anterior ankle impingement: a prospective study of 46 patients with 5-year follow-up*. Am J Sports Med. 2014 Nov;42(11):2722-2726.
9. Parma A., Buda R., Vannini F., Ruffili A, Cavallo M, Ferruzzi A, Giannini S. *Arthroscopic treatment of ankle anterior bony impingement: the long-term clinical outcome*. Foot Ankle Int. 2014 Feb;35(2):148-155.
10. Osli L., Del Buono A., Maffulli N. *Arthroscopic debridement of the ankle for mild to moderate osteoarthritis: a midterm follow-up study in former professional soccer players*. J Orthop Surg Res. 2016 Mar 30;11(1):37.