

Sesamoidite do Sesamoide Medial da 1.^a Articulação Metatarsofalângica

Dr. Paulo Couto¹, Dra. Rita Marques², Dra. Filomena Melo³, Dr. Jorge Moreira², Dra. Catarina Aguiar Branco³

¹Interno de Formação Específica; ²Assistente Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação; ³Assistente Hospitalar Graduado e Diretora. Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, Santa Maria da Feira.

RESUMO / ABSTRACT

Os sesamoides são ossos parcialmente ou totalmente incluídos num tendão ou cápsula articular. Existem dois sesamoides na articulação metatarsofalângica do hálux: o tibial (ou medial) e o peroneal (ou lateral) que se encontram incluídos no tendão do flexor curto do hálux. Um sesamoide doloroso pode ser uma queixa incapacitante para a prática desportiva e o diagnóstico da causa da dor pode não ser fácil. Neste artigo reportamos um caso clínico de uma sesamoidite do sesamoide medial da 1.^a articulação metatarsofalângica do pé esquerdo, numa praticante de Zumba Fitness®, com sesamoide bipartido unilateral. Este caso serve para ilustrar a importância do diagnóstico diferencial numa patologia que tem geralmente boa resposta ao tratamento conservador.

Sesamoids are osseous structures partially or completely embedded in a tendon or joint capsule. The first metatarsophalangeal joint have a medial (or tibial) and a lateral (or fibular) sesamoid, contained within flexor hallucis brevis tendon. A painful sesamoid can be a disabling condition for sports and the diagnosis can be challenging. We present a case of sesamoiditis of the medial sesamoid of first metatarsophalangeal joint in a patient with unilateral bipartite sesamoid of a Zumba Fitness® practitioner. Our clinical case highlights the attention for a good differential diagnosis of pathology with a good outcome under conservative treatment.

PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Sesamoidite, sesamoide bipartido
Sesamoiditis, bipartite sesamoid

o diagnóstico da causa da dor pode não ser fácil. Queixas relativas ao sesamoide são mais frequentes em desportos que envolvam corrida ou saltos.⁴ A sintomatologia mais frequente é a dor de ritmo mecânico na articulação metatarsofalângica, dor à palpação da articulação, dor na flexão forçada contra resistência do hálux, diminuição da força de flexão do hálux e padrão de marcha antiálgica. As patologias do sesamoide podem estar associadas alterações biomecânicas importantes da 1.^a articulação MTF, decorrentes de inflamação, infeção, osteonecrose, trauma ou alterações degenerativas.⁵

Diagnóstico diferencial

Sesamoide bipartido

Os sesamoides ossificam-se entre os 6 e os 7 anos. Os sesamoides bipartidos são uma variante anatómica normal que podem ocorrer entre 5 e 30% dos casos.^{3,7} Em 90% dos casos localizam-se no sesamoide tibial e em 80-90% são bilaterais.³ Os doentes com sesamoides bipartidos têm o dobro da incidência de hálux valgus.⁶ É importante realizar diagnóstico diferencial entre o sesamoide bipartido e a fratura de stress. A ressonância magnética (RMN), a tomografia computadorizada (TC) ou a cintigrafia óssea podem ajudar na sua diferenciação.

Fratura de stress do sesamoide

Na generalidade, as fraturas de stress representam 1 a 7% de todas as lesões desportivas.⁷ Este tipo de fratura ocorre devido a cargas repetitivas sobre um osso. As fraturas de stress são por isso mais frequentes em corredores e em desportos com saltos, mas podem acontecer em qualquer desporto que leve a cargas repetitivas excessivas. O sexo feminino é mais propenso a este tipo de fraturas.⁸ Isto deve-se ao facto de as mulheres terem menos massa muscular, pélvis mais larga, o que aumenta o ângulo Q, sendo o genu valgum mais comum, existindo frequentemente uma tendência à pronação do pé.^{7,9} O sesamoide medial da articulação MTF é o mais afetado por fraturas por se encontrar diretamente debaixo da cabeça do metatarso.

Introdução

Os sesamoides por definição referem-se a ossos parcialmente ou totalmente incluídos num tendão ou cápsula articular.¹ A sua função é distribuir carga e reduzir a fricção, protegendo o tendão de lesões.

A articulação metatarsofalângica (MTF) do hálux possui dois sesamoides: o tibial (ou medial) e o peroneal (ou lateral) que se encontram incluídos no tendão do flexor curto do hálux (FCH) (Fig. 1). Os tendões abdutores e adutores do hálux inserem-se também no sesamoide medial e lateral, respetivamente.² Os sesamoides são geralmente ossos pouco irrigados, o que em caso de lesão pode contribuir para processos de cicatrização mal sucedidos ou recuperações mais lentas.³ Os sesamoides da primeira articulação metatarsofalângica têm como função distribuir a carga e estabilizar o 1.^o raio

e aumentar a função mecânica do FCH. O sesamoide medial geralmente suporta maior carga, o que o torna mais suscetível a patologias.³



Fig. 1 – Os sesamoides do hálux

Geralmente os sesamoides são assintomáticos. Um sesamoide doloroso pode ser uma queixa incapacitante para a prática desportiva e



Fig. 2 – Rx dos pés.

A melhor forma de diferenciar a fratura do sesamoide de um sesamoide bipartido é a realização de RMN ou TC. Nestes casos, a RMN ou TC evidenciam fragmentos ósseos irregulares com margens corticais pouco definidas.¹ Podem também evidenciar a formação de calo ósseo em fraturas antigas. O tratamento conservador com gesso e evicção de carga por 6 a 8 semanas é o tratamento de 1ª linha.³

Osteonecrose

Os sesamoides são geralmente ossos pouco irrigados, o que pode

contribuir para a ocorrência de necroses avasculares. O trauma pode ser um dos fatores etiológicos.³ A osteonecrose na RMN demonstra edema medular nas fases precoces e esclerose óssea que predomina nas fases mais tardias. Numa fase inicial, pode ser difícil diferenciar osteonecrose e sesamoidite na RMN e a TC pode revelar-se útil a evidenciar a esclerose da osteonecrose por oposição à densidade normal vista na sesamoidite.¹

Osteomielite

A osteomielite dos sesamoides é pouco comum. Ocorre geralmente por expansão de uma infecção dos tecidos moles, ou de uma articulação próxima infetada ou por trauma direto com ferida aberta. Radiologicamente podem observar-se sinais de erosão cortical, com reações periostais associadas a inflamação e edema dos tecidos moles circundantes.¹

Sesamoidite

A sesamoidite é uma das possíveis causas de dor no hálux. É um diagnóstico de exclusão, mas é

frequentemente subdiagnosticada.^{1,3} Geralmente surge por stress repetitivo e inflamação do FCH. Atinge sobretudo jovens do sexo feminino e mais o sesamoide medial.³ O uso de saltos altos e a morfologia do pé mais arqueada, como os pés cavos, aumentam a carga na região do antepé, originando uma propensão para o desenvolvimento de patologia dos sesamoides, nomeadamente a sesamoidite do hálux.^{3,10}

Na RMN a sesamoidite é definida como um edema na

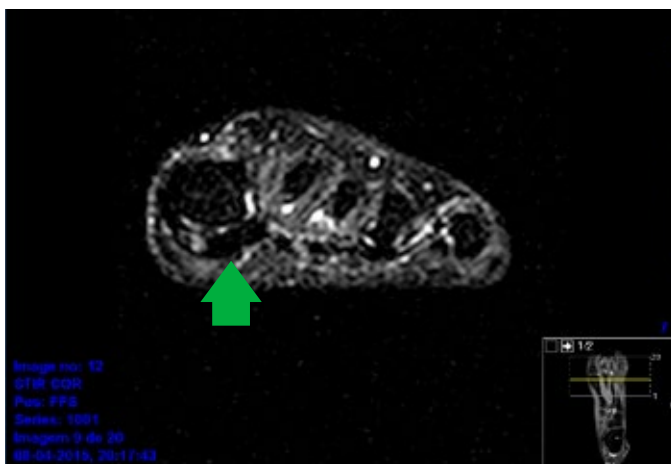
medula óssea confinado à região do sesamoide, sem alterações medulares nos ossos adjacentes. Na TC a sesamoidite aparece com margens corticais suaves, mas sem esclerose. A cintigrafia óssea revela normalmente aumento de captação. No entanto, também ocorre captação em casos de infecção, osteonecrose ou fratura o que torna a cintigrafia um exame, com aplicação limitada na avaliação da sesamoidite.^{1,5}

Caso Clínico

Doente do sexo feminino, 32 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, praticante de zumba fitness®, recorreu ao serviço de urgência por queixas álgicas na região da 1.ª MTF esquerda com cerca de uma semana de evolução, agravadas com a marcha, sobretudo no fim da fase de apoio. Realizou radiografia dos pés (fig. 2), a qual revelou sesamoide medial bipartido à esquerda e que foi interpretado como fratura de stress. Foi recomendado o tratamento conservador com repouso e analgesia.

Devido à persistência das queixas, foi observada em consulta de medicina física e de reabilitação. À inspeção apresentava um tipo de pé romano, com arco plantar normal, tendo queixas de dor na 1ª MTF, que agravava com os movimentos de extensão passiva e ativa do hálux, sem sinais inflamatórios evidentes. Para melhor esclarecimento do quadro foi requisitada RMN (figs. 3 e 4) com relato de “discreto hipersinal medular ósseo a nível do sesamoide medial evocador de manifestação de sesamoidite reativa, em paciente com sesamoide medial bipartido”.

Foi prescrito tratamento conservador durante quatro semanas, tendo a doente cumprido 20 sessões de um programa de reabilitação diária realizando: crioterapia, eletroterapia analgésica com TENS convencional 100Hz (20 minutos por sessão), massagem analgésica com anti-inflamatório tópico e magnetoterapia (Biomag Monada Plus, frequência 30-35Hz, sessões de 45 minutos). Durante o programa de reabilitação a paciente foi aconselhada a suspender totalmente da prática desportiva e a fazer descarga total



Figs. 3 e 4 – RMN pé esquerdo, sequência STIR (cortes sagital e coronal).

do pé esquerdo através do uso de duas canadianas como auxiliar de marcha. Verificou-se a resolução da sintomatologia e o retorno à prática desportiva recreativa ao fim das quatro semanas de duração do programa de reabilitação. Na prescrição inicial do programa de reabilitação, dada a existência de dor à mobilização do hálux, não foram usados exercícios específicos de cinesioterapia para o flexor curto do hálux. Como a evolução com o tratamento prescrito foi favorável, não existiu necessidade de prescrição posterior destes exercícios.

Discussão

Existem várias patologias passíveis de causar dor na região do sesamoide do hálux. A história clínica detalhada, incluindo os hábitos ocupacionais e de prática desportiva, é imperativa. A falta de um elevado índice de suspeição para estas patologias pode levar a diagnósticos errados ou tardios, contribuindo para a morbilidade desta patologia. A solicitação precoce da RMN pode ser fulcral na identificação da causa da dor e no tratamento precoce das patologias do sesamoide.

O tratamento da sesamoidite é geralmente conservador e envolve a diminuição ou até interrupção temporária da prática desportiva e técnicas para alívio sintomático. O calçado com saltos mais baixos ou palmilhas, que permitam reduzir a carga ao nível dos sesamoides, são também possíveis indicações. O tratamento conservador deve ser na maioria das vezes a 1ª linha. Está ainda descrito que a injeção local de anestésico e corticoide é eficaz no alívio sintomático e pode ser tentada antes do tratamento cirúrgico.^{1,3} É de referir que a injeção local de corticoides não deve ser usada no caso de necrose avascular ou fratura do sesamoide.³ Para os casos refratários ao tratamento conservador pode-se ponderar a opção cirúrgica de *shaving* do sesamoide ou sesamoidectomia.^{3,7} No entanto, estas opções não são isentas de riscos, podendo originar complicações, tais como hálux valgus ou disfunção do tendão flexor curto do hálux.⁷

Conclusão

As metatarsalgias obrigam a um diagnóstico diferencial apurado. É importante ter presente que os sesamoides bipartidos não são obrigatoriamente bilaterais, sendo da maior importância dar atenção aos sinais radiológicos que distinguem a fratura e o sesamoide bipartido. A sesamoidite é um diagnóstico a ter em conta, principalmente em praticantes de desportos de alto impacto para a região do antepé, como os que envolvem saltos ou corrida. O presente caso ilustra a importância do diagnóstico diferencial numa patologia que tem geralmente boa resposta ao tratamento conservador.

Os autores declaram não haver conflitos de interesse ou económicos.

Correspondência para:

Paulo Couto

Serviço de Medicina Física e de Reabilitação, Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV), Santa Maria da Feira
pauloferreiracouto@hotmail.com; telefone (CHEDV): 256 379 700

Bibliografia

1. Kumar, S., et al. *Subhallucal interphalangeal sesamoiditis: A rare cause of chronic great toe pain*; Journal of Clinical and Diagnostic Research 2015;9(5):TD01.
2. Anwar R., Anjum S.N., Nicholl J. E. *Sesamoids of the foot*. Curr Orthopaed 2005; 19:40-48.
3. Sims, A., Kurup, H. *Painful sesamoid of great toe*; World J Orthop 2014 April 18; 5(2): 146-150.
4. McBryde A.M., Anderson R. B. *Sesamoid foot problems in the athlete*. Clin Sports Med 1988;7:51-60.
5. Nwawka O.K., Hayashi D., Diaz L.E., Goud A.R., Arndt III W.F., Roemer F.W., Malguria N., Guermazi A. *Sesamoids and accessory ossicles of the foot: anatomical variability and related pathology*. Insights imaging 2013; 4:581-593.
6. Weil L.S., Hill M. *Bipartite tibial sesamoid and hallux abducto valgus deformity: a previously unreported correlation*. J Foot Surg 1992; 31: 104-111.
7. Mayer S., Joyner P., Almekinders L., Parekh S. *Stress Fractures of the foot and ankle in athletes*. Sports Health. 2013; 6(6):481-491.
8. Gehrmann R.M., Renard R.L. *Current concepts review: stress fractures of the foot*. Foot Ankle Int. 2006; 27:750-757.
9. Maitra R.S., Johnson D.L. *Stress fractures clinical history and physical examination*. Clin Sports Med. 1997; 16:260-274.
10. Desai, S. N., Grierson, R., Manoli, A. *The cavus foot in athletes: fundamentals of examination and treatment*. Operative Techniques in Sports Medicine, 2010;18(1), 27-33.