

Ressecção endoscópica da fáscia plantar

Fernando C. Raduan
Caio Nery
André Vitor Lemos

DEFINIÇÃO

- A fasciíte plantar consiste em patologia envolvendo a fáscia plantar na sua porção proximal, normalmente, na banda medial. Apesar do nome que recebe, não há inflamação naquela região, mas, sim, alterações degenerativas e locais com metaplasia.¹

ANATOMIA

- A fáscia plantar é composta por três bandas – medial, lateral e central –, inserindo-se, proximalmente, no calcâneo e, distalmente, nas placas plantares e nas bases das falanges proximais dos artelhos.
- Importante salientar que a presença de osteófito na região plantar do calcâneo não possui relação com esta patologia, mesmo porque este se forma na inserção proximal do músculo flexor curto do hálux e não no ponto de inserção da fáscia no calcâneo.

PATOGÊNESE

- Apesar das controvérsias na sua etiologia, microtraumas de repetição sobre o tubérculo medial do calcâneo podem levar a alterações degenerativas dolorosas na porção proximal da fáscia plantar.²

HISTÓRIA NATURAL

- É um processo autolimitado, porém os sintomas podem persistir por até 3 anos.
- Quando o início do tratamento se dá após sintomatologia prolongada, o prognóstico é pior e sua remissão ainda mais lenta.

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

- A queixa clássica dos pacientes que apresentam fasciíte plantar é a dor matinal, logo nos primeiros passos do dia. Os mesmos sintomas também surgem após o paciente permanecer sentado e iniciar a marcha repentinamente.³
- Ambas situações provocam estiramento abrupto da fáscia plantar, levando à dor local.

- A palpação da inserção proximal da fásia, em sua borda medial, pode ser dolorosa e os sintomas se exacerbam com a extensão das articulações metatarsofalangeanas.
- É importante averiguar a presença de encurtamento da cadeia posterior, pois este, normalmente, leva à presença ou à piora dos sintomas e deve ser abordado no tratamento.

PROPEDEÚTICA

- As radiografias possuem menor importância na investigação desta patologia.
- A presença do osteófito plantar não influencia em nada a patologia em si.⁴
- O ultrassom, nas mãos de radiologista experiente, pode mostrar espessamento da fásia e aumento de líquido local, assim como roturas.
- A Ressonância Magnética é o exame mais sensível e pode mostrar alterações, tanto nos tecidos moles locais quanto edema ósseo do calcâneo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Rotura da fásia plantar.
- Fratura por estresse do calcâneo.
- Tendinopatias dos flexores curtos dos dedos.
- Síndrome do Túnel do Tarso.
- Compressão do ramo de Baxter.
- Processos infecciosos do osso calcâneo.

TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO

- Há um grande número de possibilidades para o tratamento não operatório desta patologia, que apresenta bons resultados em até 95% dos pacientes.⁴
- Fisioterapia para alongamento da cadeia posterior, órteses, iontoforese, medicamentos anti-inflamatórios, infiltração da fásia, terapia por ondas de choque são alguns exemplos de possibilidades de tratamentos não operatórios.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

- O tratamento cirúrgico é reservado aos pacientes que não apresentam melhora dos sintomas com tratamento conservador adequado por, pelo menos, seis meses.⁵

Planejamento pré-operatório

- Para a liberação endoscópica da fásia plantar, é necessária a disponibilidade da óptica de 4,0mm ou 2,7mm e dos seus respectivos trocâteres, do palpador e do elevador/separador da fásia, além da lâmina de fasciotomia. (*Figura 1*)

Posicionamento

- O paciente deve permanecer em decúbito supino, com um coxim sob o calcâneo do lado a

ser operado, para elevá-lo a um plano superior do lado sadio, evitando que este se torne uma barreira para o manuseio de todo o instrumental.

- Um torniquete pneumático é aplicado na coxa e insuflado a 300mmHg.
- Sedação ou bloqueio são as anestésias utilizadas para este procedimento.

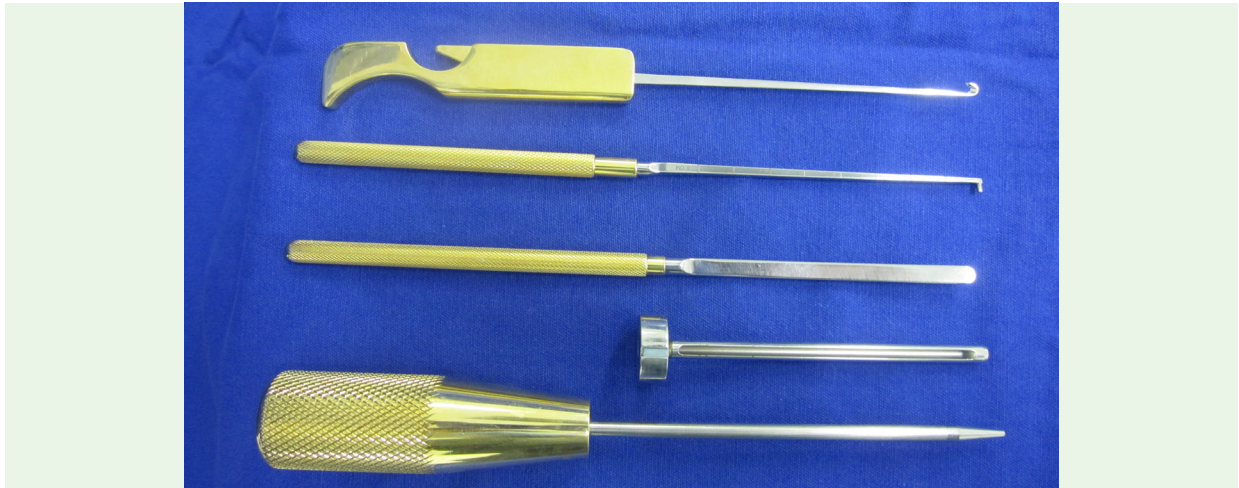


FIGURA 1 | *Instrumental utilizado para a técnica de liberação endoscópica da fáscia plantar.*

Vias de acesso

- A via de acesso é puntiforme e acompanha o alinhamento do maléolo medial, exatamente, no nível da borda medial da fáscia, que pode ser palpada no momento do procedimento. (*Figura 2*)



FIGURA 2 | *Local e realização do portal medial.*

TÉCNICA OPERATÓRIA

Liberação endoscópica da fáscia plantar com dois portais.

- Após a realização da via de acesso, um palpador é utilizado para identificar a borda medial da fáscia. Este palpador é então introduzido, tangenciando a face dorsal, até ficar proeminente na borda lateral do pé. (*Figuras 3 e 4*)

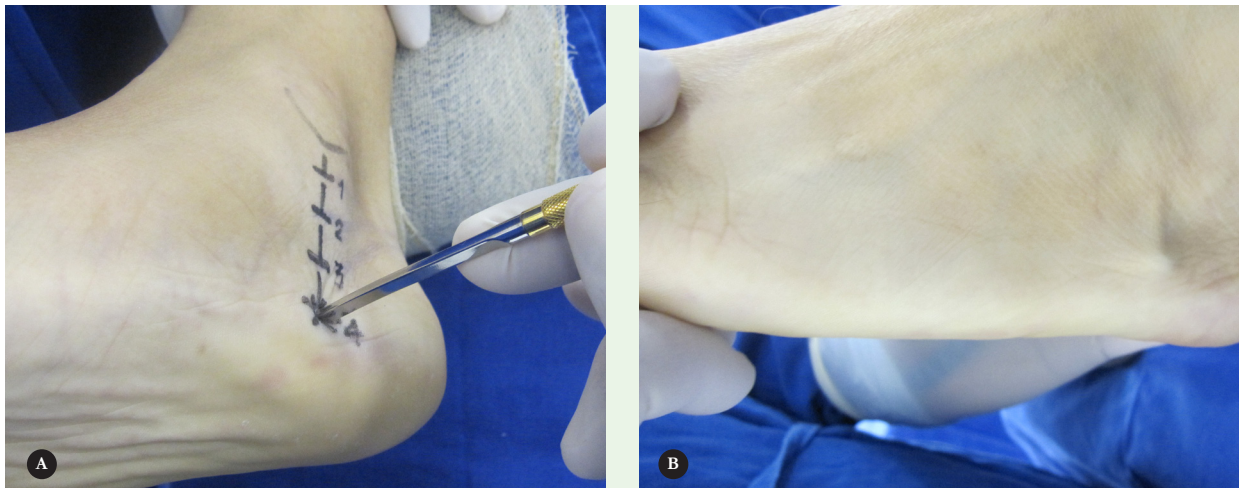


FIGURA 3 | **A e B.** *Introdução da espátula pelo portal medial e exteriorização na borda lateral do pé.*

- Uma via de acesso, também puntiforme, é então realizada para a exteriorização deste palpador. Uma cânula fenestrada com um trocáter é introduzida no túnel formado pelo palpador, tendo um trocáter em seu interior, com a parte vazada da cânula voltada para a fáscia. (*Figura 4*)

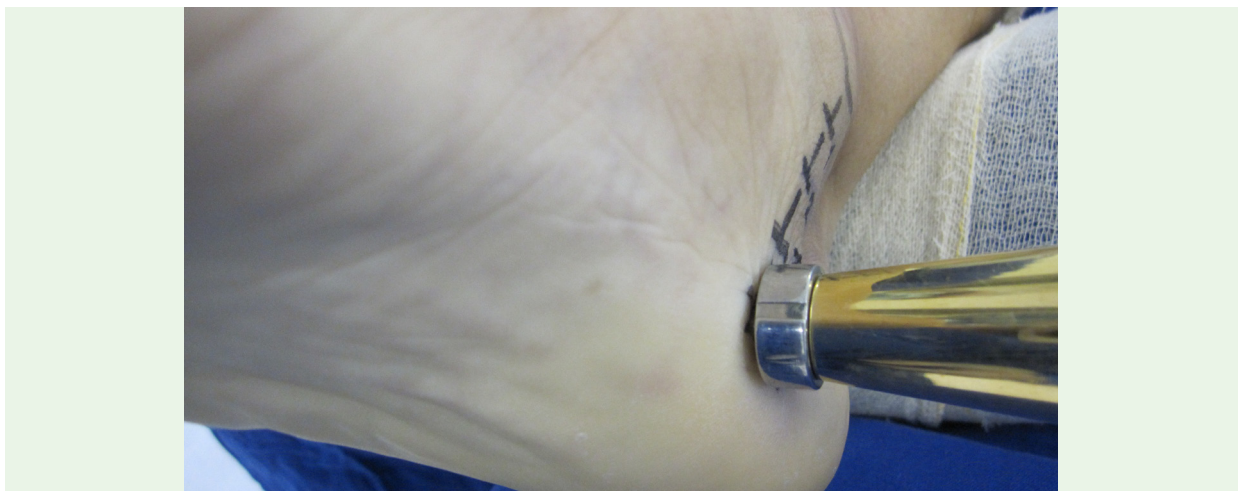


FIGURA 4 | *Local e realização do portal medial.*

- Esta cânula apresenta marcações em seu interior, que correspondem à borda medial e ao ponto de transição entre os terços médio e lateral da fáscia. Com a óptica introduzida na extremidade medial do trocáter, uma lâmina tipo gancho é utilizada para liberar a fáscia de uma marcação à outra, sob visão direta através da óptica, liberando, assim, os dois terços mediais da fáscia plantar. (*Figura 5*)
- É possível observar a gordura do tecido celular subcutâneo após a liberação da fáscia.

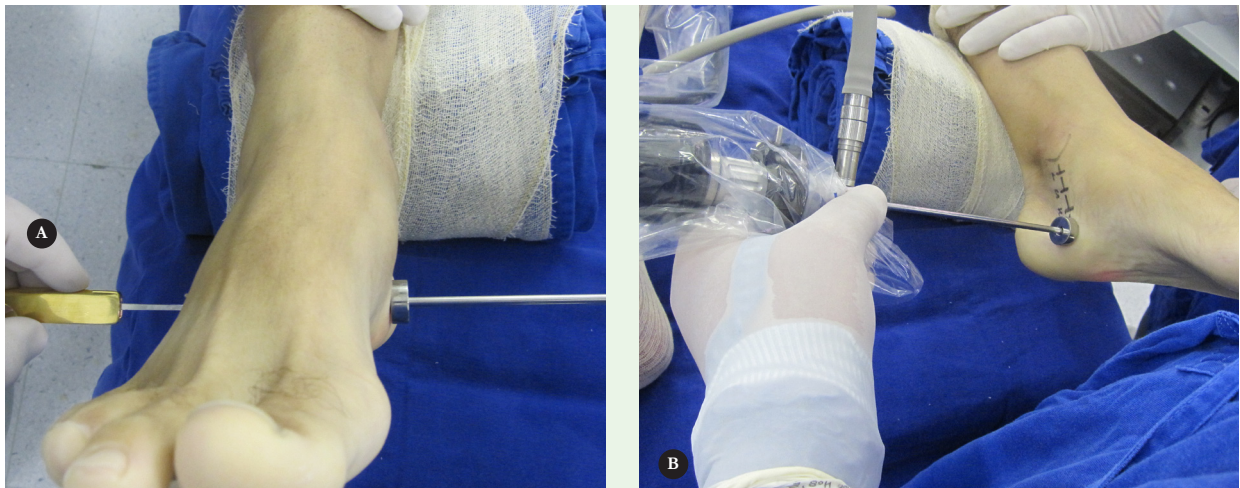


FIGURA 5 | **A e B.** Liberação da fáscia com a lâmina gancho, pela região lateral, sob visão direta do artroscópio pelo portal medial.

DICAS DO AUTOR

▶	Liberação da fáscia com lâmina gancho.	Realizar a extensão das MTFs tensiona a fáscia e facilita o procedimento.
▶	Liberação adequada.	Seguir as marcas internas da cânula fenestrada, para evitar a liberação excessiva e a síndrome da coluna lateral.
▶	Osteófito do calcâneo (esporão).	Não é necessário abordar o esporão do calcâneo, pois ele não participa da gênese da dor.

PÓS-OPERATÓRIO

- Apenas o enfaixamento é realizado após o procedimento e a carga é permitida assim que tolerada.
- O alongamento da cadeia posterior e da fáscia deve ser realizado desde os primeiros dias após a cirurgia.
- Os pontos são retirados cerca de 10 dias após o procedimento.

RESULTADOS

- A liberação da fáscia plantar apresenta resultados animadores na literatura, tanto para o procedimento realizado de maneira aberta quanto para a liberação endoscópica.

- Vinte e três pacientes, sendo 26 pés, foram acompanhados por 9,6 anos após o procedimento descrito acima e seu escore AOFAS evoluiu de 49 para 89 pontos em média. Entre os pacientes participantes deste corte, 90% apresentaram resultados bons ou excelentes.⁴

COMPLICAÇÕES

- Um dos nossos pacientes apresentou fratura de fadiga do terceiro metatarso, por provável sobrecarga devido à fasciotomia, a qual consolidou-se, normalmente, após 4 semanas de imobilização.⁶

REFERÊNCIAS

1. Sorensen MD, Hyer CF, Philbin TM. Percutaneous bipolar radiofrequency microdebridement for recalcitrant proximal plantar fasciosis. J Foot Ankle Surg. Mar-Apr;50(2):165-170.
2. Sammarco GJ, Helfrey RB. Surgical treatment of recalcitrant plantar fasciitis. Foot Ankle Int. Sep 1996;17(9):520-526
3. Neufeld SK, Cerrato R. Plantar fasciitis: evaluation and treatment. J Am AcadOrthop Surg. Jun 2008;16(6):338-346
4. Nery CAS, Raduan FC, Mansur N, Del Buono A, Baumfeld D, Maffulli N. Endoscopic approach for plantar fasciopathy: a long-term retrospective study. IntOrthop. 2013 Jun;37(6): 1151-6.
5. League AC. Current concepts review: plantar fasciitis. Foot Ankle Int. Mar 2008;29(3):358-366.
6. Brugh AM, Fallat LM, Savoy-Moore RT. Lateral column symptomatology following plantar fascial release: a prospective study. J Foot Ankle Surg. Nov-Dec 2002;41(6):365-371