

Coalizão talonavicular parcial

Partial talonavicular coalition

DOI:10.34119/bjhrv5n5-036

Recebimento dos originais: 29/07/2022

Aceitação para publicação: 31/08/2022

Andressa Mendes Borelli

Graduanda em medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV) - Campus Rio Verde

Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV) - Campus Rio Verde

Endereço: Avenida Universitária, 1075, Residencial Yes Park, Rio Verde - Goiás,

CEP: 75909-540

E-mail: dessa_958@hotmail.com

Bruna Laís Perazzoli

Médica pela Faculdade Morgana Potrich (FAMP)

Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)

Endereço: Rua 28 sul, lote 06 - 08, Águas Claras, Sul, Brasília - DF, CEP: 71929-000

E-mail: brunaperazzoli@hotmail.com

Bruno Theophilo de Almeida Rodrigues

Médico pelo Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC)

Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)

Endereço: Rua Paulo Muller, Nº 54, Apto 904, Bosque, Araguari - MG, CEP: 38440-126

E-mail: brunotarodrigues@hotmail.com

Camila Tomasi

Graduando em Medicina pela Faculdade Morgana Potrich (FAMP)

Instituição: Faculdade Morgana Potrich (FAMP)

Endereço: Rua Terezina, 600, Apto 801, Alto da Glória, Goiânia - Goiás,

CEP: 74815-715

E-mail: camila.tomasi@hotmail.com

Fernando Lucas Queiroz Abreu

Médico pelo Centro Universitário Atenas (UNIATENAS)

Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)

Endereço: QD. 206, Lote 08, Residencial Real Classic, Águas Claras, Brasília - DF,

CEP: 71925-180

E-mail: nando.lucasqa96@gmail.com

Flavia Silva Kroeff de Souza

Médica pelo Centro Universitário de Anápolis (UniEVANGELICA)

Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)

Endereço: Rua T62, 1400, Setor Bueno, Goiânia - Goiás, CEP: 74223-180

E-mail: flavia_kroeff@hotmail.com

João Caio Peres Ribeiro

Médico pela Universidade de Gurupi (UNIRG)
Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)
Endereço: Rua Cândido Souza de Oliveiras, 2325, Vila Santa Rosália, Limeira - SP,
CEP: 13480-620
E-mail: joaocaioperesribeiro@gmail.com

Laura Vilela Pazzini

Médica pela Universidade de Passo Fundo (UPF)
Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)
Rua das Acácias, 340, Parque Primavera, Aparecida de Goiânia - Goiás, CEP: 74913-110
E-mail: laurapazzini@hotmail.com

Melise Silva de Oliveira Barbosa

Graduando em Medicina pela Faculdade Morgana Potrich (FAMP)
Instituição: Faculdade Morgana Potrich (FAMP)
Endereço: Rua 17 , QD 22, Lote 6, Setor Mrechal Rondon, Goiânia - GO,
CEP: 74560440
E-mail: melise.so@hotmail.com

Rafael Bellotti Azevedo

Médico pela Universidade Estácio de Sá - Campus Presidente Vargas
Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)
Endereço: Avenida Prefeito Mendes de Moraes, 1500, São Conrado, Rio de Janeiro - RJ,
CEP: 22610-095
E-mail: rafaelbellotti85@gmail.com

Rafaela Camozzi Miguel

Graduada em medicina pela Universidade de Gurupi (UNIRG)
Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)
Endereço: Hotel boto, quarto 04, Avenida Tocantins, CEP: 77640-000, Tocantínia - TO
E-mail: rafaelacamozzi@gmail.com

Rayana Vaz Manzi

Graduada em medicina pela Universidade de Gurupi
Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)
Endereço: Rua Alonso Valentin Cardoso Tavares, 70, Edifício Novita,
Veneza Limeira - SP, CEP: 13480460
E-mail: rvazmanzi@gmail.com

Rayssa Carneiro Ferreira

Graduada em medicina pela Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC)
Instituição: Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos (IMEPAC)
Endereço: Rua t 64, n 531, setor Bueno, CEP: 74230-110, Goiânia - GO
E-mail: rayssacf6@gmail.com

Thais Vasconcelos de Brito

Graduada em medicina pela Universidade de Gurupi (UNIRG)
Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)
Endereço: R. Domingos de Lima, 1712, CEP: 78710-710
E-mail: thaisvb_18@outlook.com

Thays Ferreira Guimarães

Médica pela Instituição Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC GO)
Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)
Endereço: Rua das Acácias, 340, Parque Primavera, Aparecida de Goiânia - Goiás,
CEP: 74913-110
E-mail: thaysguimaraez@gmail.com

Thayser Nayah Estanislau Sousa

Graduanda de Medicina, pela Universidade de Rio Verde (UNIRV) - Campus Rio Verde
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV) - Campus Rio Verde
Endereço: Rua 05, 20, Conjunto Morada do Sol, Rio Verde - GO, CEP: 75909-225
E-mail: thaysernayarah@gmail.com

Timóteo de Oliveira Lima Júnior

Médico pela Centro Universitário Atenas (UNIATENAS)
Instituição: Instituto Pedro Miranda (IPM)
Endereço: Rua 25 de novembro, quadra 14, lote 23, S/N, park anchieta, Sylvania Goiás,
CEP: 75180-000
E-mail: timoteojunior_2012@hotmail.com

Vanessa de Avila Santos

Médica pela Itpac
Instituição: Itpac
Endereço: Rua dos Cristais, número 1044, Centro, Arapoema CEP: 77780-000
E-mail: vanessa_deavila@hotmail.com

Victoria de Oliveira Carmo Borges

Graduanda de Medicina pela Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC) - Campinas SP
Instituição: Faculdade São Leopoldo Mandic (SLMANDIC) - Campinas SP
Endereço: Rua Padre José Teixeira, número 93, Privilege Residence, Cambuí, Campinas - SP,
CEP: 13025-087
E-mail: borgesvictoria1006@gmail.com

Victória Feio Obeid

Formação acadêmica mais alta pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)
Instituição: Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS)
Endereço: Rua das Caliandras lote 7, quadra 13, Goiânia - GO, CEP: 74886-085
E-mail: victoriaobeidd@yahoo.com

Roumerito de Oliveira Santos

Médico pela Instituição Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Endereço: SHIS Qi 15, Conj. G - Lago Sul, Brasília - Distrito Federal, CEP: 71681-603
E-mail: roumerito@hotmail.com

RESUMO

Introdução: Coalizão tarsal se refere à fusão congênita entre dois ou mais ossos do mediopé ou retropé, podendo ser de ordem óssea, cartilaginosa ou fibrosa. O subtipo talonavicular é menos prevalente, já que a coalizão talocalcânea e calcâneonavicular são responsáveis por mais de 90% de todos os casos de coalizão tarsal. **Apresentação do Caso:** LVP, feminino, 24 anos, com queixa de dor crônica em pé direito e dificuldade de deambulação há 10 anos. Clinicamente, observou-se dor à mobilização passiva e diminuição da amplitude de movimento, sendo realizada tomografia computadorizada (TC) de pé direito, que evidenciou coalizão talonavicular parcial. **Discussão:** A apresentação clínica é frequentemente assintomática, favorecendo maior progressão de doença e evolução para complicações que acarretam maior morbidade, como a osteoartrite de mediopé. O tratamento conservador deve ser indicado inicialmente e, em casos de refratariedade à abordagem clínica, recomenda-se a ressecção cirúrgica da coalizão com interposição de enxerto tecidual. **Conclusão:** A coalizão talonavicular é um subtipo raro e infrequente dentre as coalizões tarsais, sendo uma causa subdiagnosticada de dor crônica no tornozelo e pé, associando-se, portanto, com maior morbidade em virtude do diagnóstico tardio.

Palavras-chave: coalizão tarsal, deformidades do pé, relatos de casos.

ABSTRACT

Introduction: Tarsal coalition refers to the congenital fusion between two or more bones of the midfoot or hindfoot, which may be osseous, cartilaginous or fibrous. Talonavicular subtype is less prevalent, as the talocalcaneal and calcaneonavicular coalitions account for more than 90% of all cases of tarsal coalition. **Case Presentation:** L.V.P, female, 24 years old, with a chief complaint of 10-year history of unexplained chronic pain in the right foot and difficulty walking. Physical examination demonstrated pain during passive mobilization and decreased range of motion, where computerized tomography (CT) scan evidenced partial talonavicular coalition. **Discussion:** Clinical presentation is often asymptomatic, favoring disease progression and evolution to complications associated with higher morbidity, such as midfoot osteoarthritis. Conservative treatment should be initially indicated, and in cases of symptom persistence despite clinical management, resection of the coalition with tissue graft interposition is recommended. **Conclusion:** Talonavicular coalition is a rare and infrequent subtype amongst tarsal coalitions, being an underdiagnosed cause of chronic ankle and foot pain, thus being associated with higher morbidity due to late diagnosis.

Keywords: tarsal coalition, foot deformities, case reports.

1 INTRODUÇÃO

A coalizão tarsal caracteriza-se pela fusão parcial ou total de 2 ou mais ossos do tarso, sendo que possui 3 possibilidades de apresentação: sincondrose(cartilaginosa), sindesmose(fibrosa) ou sinostose(óssea).

Os subtipos mais frequentes são a talocalcaneana e calcâneonavicular, acometendo mais de 90% de todos os casos, sendo o subtipo talonavicular raro e infrequente. Uma coalizão tarsal ocorre quando dois ossos se transformam um no outro, conectados por uma ponte de osso, cartilagem ou tecido fibroso forte. Essas pontes são frequentemente chamadas de "barras" e

podem cobrir apenas uma pequena parte do espaço articular entre os ossos, ou uma grande parte do espaço. Os dois locais mais comuns de coalizão tarsal são entre os ossos calcâneo e navicular, ou entre o tálus e os ossos calcâneos. No entanto, outras articulações também podem ser afetadas.

Estima-se que uma em cada 100 pessoas pode ter uma coalizão tarsal. Em cerca de 50% dos casos, ambos os pés são afetados. A incidência exata do distúrbio é difícil de determinar porque muitas coalizões nunca causam sintomas perceptíveis. Na maioria das pessoas, a condição começa antes do nascimento.

É causada por uma mutação genética que afeta as células que produzem os ossos do tarso. Embora a coalizão se forme antes do nascimento, sua presença geralmente não é descoberta até o final da infância ou adolescência. Isso ocorre porque os pés dos bebês contêm uma porcentagem maior de cartilagem macia e crescente. Conforme a criança cresce, essa cartilagem se mineraliza (ossifica), resultando em um osso duro e maduro.

Se existir uma coalizão, ela também pode endurecer e fundir os ossos em crescimento com uma ponte sólida de osso ou tecido fibroso semelhante a uma cicatriz. A ossificação da coalizão normalmente ocorre entre as idades de 8 e 16 anos, dependendo de quais ossos estão envolvidos. Como resultado, o retopé enrijece, causando dor e outros sintomas.

Neste estudo, por meio de um caso clínico sobre o subtipo talonavicular das coalizações tarsais, abordaremos a apresentação clínica, enfatizando nas possíveis complicações devido a seu subdiagnóstico e também os tratamentos disponíveis na atualidade.

2 APRESENTAÇÃO DO CASO

LVP, sexo feminino, 24 anos, procura atendimento por dor crônica há 10 anos, em pé direito, com piora gradual após realização de atividade física de impacto, gerando dificuldade de deambulação. No exame físico, o paciente relata dor à mobilização passiva do pé associada à diminuição da amplitude de movimento. Foi realizada tomografia computadorizada, evidenciando a coalizão talonavicular em pé direito, justificando o quadro clínico da paciente. Optou-se por realizar tratamento conservador pelo tamanho da fusão e ausência de sinais de artrite, com plano de abordagem cirúrgica, se houver persistência do quadro algico.

3 DISCUSSÃO

A coalizão talonavicular é uma fusão anormal e rara dos ossos do tarso, que pode ser óssea, cartilaginosa ou fibrosa, mais comum em homens e, frequentemente, bilateral.

A principal hipótese proposta para elucidar etiologicamente as coalizões tarsais é o erro de diferenciação do tecido mesenquimal, provavelmente hereditário. As formas mais comuns desta patologia são as calcâneonaviculares e talocalcânea, em 90% dos casos, enquanto é muito incomum o subtipo talonavicular. As coalizões tarsais relacionam-se com alterações na biomecânica do pé, podendo gerar incapacidade por osteoartrite e outras sequelas. O diagnóstico se dá através de exames de imagem, como radiografia do pé e tornozelo, ressonância magnética ou tomografia computadorizada.

As coalizões do tarso só requerem tratamento se estiverem causando sintomas. A terapia conservadora é a primeira linha de tratamento, enquanto a cirurgia é realizada em caso de falha terapêutica, após seis meses de tentativa. As medidas não cirúrgicas incluem órteses, repouso, bota ou gesso temporário, fisioterapia, laserterapia, analgésicos, compressas frias e injeções intra-articulares de corticoides. Há várias técnicas cirúrgicas, a depender de outras anormalidades do pé e tornozelo que possam estar presentes, procedimento considerado quando os tratamentos conservadores não são eficientes para redução da dor ou melhora da função articular. Variáveis, como tamanho, localização da coalizão, articulações envolvidas e presença de sinais de artrite são consideradas na avaliação pré-cirúrgica. Na ressecção, cirurgia mais comum, a coalizão é removida e substituída por músculo ou tecido adiposo. Já a Fusão, é utilizada em coalizões maiores e mais graves, com deformidade importante ou artrite.

4 CONCLUSÃO

A coalizão do tipo talonavicular é rara e pouco prevalente na sociedade, mas ela pode causar prejuízos graves de locomoção aos pacientes acometidos, como visto no relato do caso abordado. Além disso, por ser uma situação clínica rara e com sintomas em sua maioria tardios, há, assim, prejuízo no tratamento.

Portanto, é fato incontestável que pacientes com qualquer suspeita de coalização talonavicular tenham o seu tratamento iniciado o mais breve possível para evitar consequências mais drásticas, como a perda de locomoção. Usualmente se faz o uso de exames complementares, como a ressonância magnética e a tomografia computadorizada para um diagnóstico mais certo, e avaliar o tamanho e a localização exatas da coalizão.

O tratamento consiste, em resumo, em métodos conservadores inicialmente e a não praticar exercícios físicos intensos, além do uso de anti-inflamatórios e imobilização com bota ortopédica por 3-4 semanas. Após isso, se houver falha das etapas anteriores, deve-se considerar fazer a artrodese, de acordo com a gravidade de cada caso.

Vale ressaltar que o paciente leva cerca de meses para se recuperar totalmente do procedimento cirúrgico. Porém, há, sim, alívio da dor e melhora do movimento da área acometida.

Dessa forma, tornou-se um desafio importante aos profissionais de saúde a busca por outras formas terapêuticas para esses pacientes, já que o diagnóstico é, normalmente, tardio pela ausência de sintomas iniciais. A fim de que se evite graves morbidades, como a perda de mobilidade do local, é que se busca por essas outras formas de tratamento.

REFERÊNCIAS

Farid, A., & Faber, F. (2019). Bilateral Triple Talocalcaneal, Calcaneonavicular, and Talonavicular Tarsal Coalition: A Case Report. *The Journal of foot and ankle surgery : official publication of the American College of Foot and Ankle Surgeons*, 58(2), 374–376. <https://doi.org/10.1053/j.jfas.2018.08.047>.

Kembhavi RS, James B. A Rare Combination of Ipsilateral Partial Talocalcaneal and Talonavicular Coalition. *J Clin Diagn Res*. 2015 Dec;9(12):RD07-8. doi: 10.7860/JCDR/2015/17426.6997. Epub 2015 Dec 1. PMID: 26816958; PMCID: PMC4717820.

LEWIS, Steven D.; CHEW, Felix S. Descoberta incidental de coalizão talonavicular isolada: Relato de dois casos. *Relatos de Casos de Radiologia*, v. 14, n. 9, pág. 1156-1158, 2019.

PATROCÍNIO, Sarah Rocha Stable do et al. Coalizão talonavicular parcial: Relato de caso Partial talonavicular coalition: Case report. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 5, p. 21605-21613, 2021.