



Reconstrução ligamentar e interposição de tendão
para artrite da CMC do polegar

Técnica cirúrgica



LRTI para artrite da CMC

Reconstrução ligamentar e interposição de tendão para artrite da articulação CMC do polegar

A artrite da base do polegar é uma doença debilitante, normalmente acompanhada de subluxação do metacarpo e atenuação concomitante dos ligamentos estabilizadores da articulação carpometacárpica (CMC). Embora muitos procedimentos tenham tentado restaurar a mobilidade indolor do polegar, o padrão ouro continua sendo a reconstrução ligamentar com interposição do tendão (*ligament reconstruction/tendon interposition* — LRTI).

Sistema de implantes para reconstrução ligamentar da CMC

O kit para reconstrução ligamentar da CMC oferece uma solução conveniente e multifuncional para a reconstrução do ligamento da base do polegar. Associando o parafuso de sistema para tenodese com tecnologia de ponta a um conveniente kit de material descartável, o kit de reconstrução ligamentar da CMC possibilita um reparo conveniente, proporcionando uma fixação forte e rápida do enxerto de tendão.

O preparo do orifício de perfuração do primeiro metacarpo é feito utilizando-se o pino-guia e a broca canulada de 4 mm, inclusos. O passador de tendão QuickPass® também está incluso, para permitir a passagem facilitada do enxerto de tendão pelo túnel preparado sem maiores problemas.

O Parafuso de Tenodese de PEEK de 4 mm x 10 mm oferece fixação imediata e forte do enxerto, o que permite um reparo mais robusto e maior precisão de tensionamento do enxerto.

Planejamento pré-operatório

A anamnese, o exame clínico e exames adjuvantes, como radiografias, determinam a necessidade de intervenção cirúrgica, bem como a presença de osteófitos que possam requerer desbridamento. O equipamento adequado na sala cirúrgica é essencial. Pontos anatômicos e estruturas neurovasculares em risco devem ser familiares ao cirurgião.

Posicionamento do paciente

O paciente fica na posição supina e um torniquete pneumático é aplicado à região ipsilateral do braço. Em geral, a mesa e o paciente são girados em 90° após indução anestésica. Após preparar o membro, os marcos anatômicos e as incisões são desenhados, delineando o tendão flexor radial do carpo (FRC) e a artéria radial. O membro é exanguinado; e o torniquete, inflado.



Tratamento pós-operatório e reabilitação do paciente

O polegar do paciente é imobilizado com tutor de esparadrapo. Após as suturas e a imobilização pós-operatória serem removidas, deve-se considerar uma imobilização curta com tala de gesso do polegar e do antebraço, por até quatro semanas. A imobilização é usada novamente após o período, limitando o uso excessivo, devendo ser removida para cuidados com a ferida operatória, exercícios de terapia em situações controladas, na qual o reparo não é colocado em risco. A imobilização será removida totalmente à medida que a amplitude de movimentos e o conforto aumentarem. Recomenda-se o encaminhamento para terapia ocupacional ou um terapeuta de mão certificado para maximizar o potencial de reabilitação.



1 A incisão longitudinal no aspecto dorsorradial do punho é feita apenas pela derme, para evitar lesão do ramo sensitivo do nervo radial. A incisão é feita na articulação CMC por via longitudinal, entre os tendões do abdutor longo do polegar e do extensor curto do polegar. A cápsula é dissecada do trapézio e da articulação escafotrapezoidal.



2 O trapézio é ressecado. É importante inspecionar rigorosamente a cavidade resultante para remover qualquer osso residual ou osteófitos comumente encontrados em direção distal e palmar ao bico volar do metacarpo proximal do polegar.



3 Uma incisão transversa é feita sobre o tendão flexor radial do carpo, a aproximadamente 10 cm do sulco proximal do punho, e o tendão é dividido com precisão. Uma segunda incisão é feita sobre o flexor radial do carpo, no sulco do punho, e o tendão cortado é retirado em direção distal à lesão. Na cavidade criada pela excisão do trapézio, o flexor radial do carpo é retirado em direção distal, para ser redirecionado de sua inserção na base do metacarpo do indicador. O tendão pode, então, ser dividido com precisão em uma faixa de 4 mm, criando um enxerto de tendão uniforme.

Método opcional:

Uma parte do flexor radial do carpo pode ser extraída pelo espaço trapezoidal, eliminando, portanto, a necessidade de uma segunda incisão.

Transecionar o flexor radial do carpo em direção proximal, no espaço trapezoidal próximo à articulação escafo trapezoidal, produzirá um enxerto de 4 cm a 5 cm. Isso eliminará a necessidade de uma segunda incisão para extrair o flexor radial do carpo.

Observação: o comprimento mais curto evitará que o cirurgião use o enxerto como um espaçador interposicional.



4

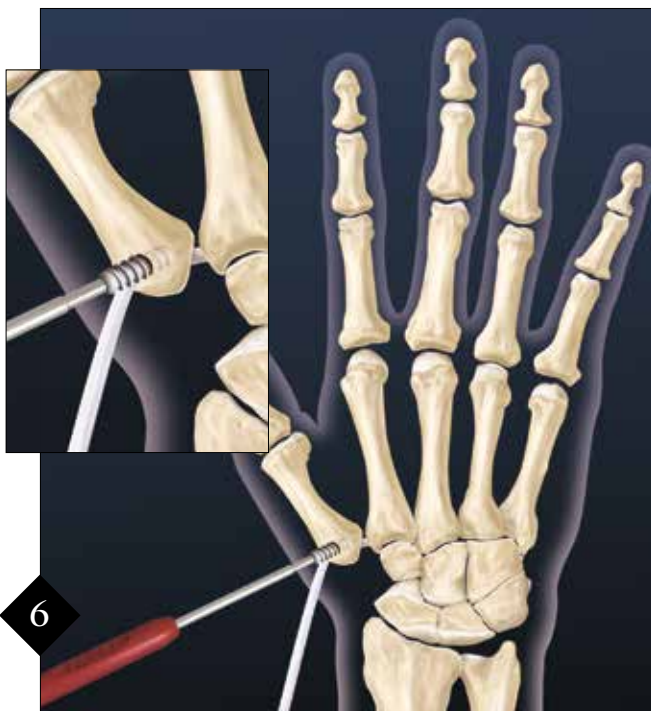
O periosteio do aspecto dorsal da metade proximal do metacarpo é dissecado. Um pino-guia curto, seguido pela broca canulada de 4 mm, é usado para abrir um orifício do metacarpo, dorsal ao bico volar. O ponto de início deve ser aproximadamente 1 cm em direção distal à superfície articular, para minimizar a chance de quebra do metacarpo. Um retrator pode ser colocado abaixo do bico volar para proteger o tendão flexor radial do carpo e a inserção do tendão.



5

O passador de tendão QuickPass é colocado sobre a extremidade do tendão flexor radial do carpo. A ponta do passador é inserida pelo espaço trapezoidal, saindo pelo orifício criado no metacarpo e puxando consigo o flexor radial do carpo. O passador de tendão é removido.

Aspecto dorsal



6

Aplicando tensão no flexor radial do carpo e pressão no metacarpo, um parafuso de tenodese de 4 mm x 10 mm é colocado no orifício perfurado e inserido até estar rente à cortical, prendendo o flexor radial do carpo no o.



7

A parte restante do flexor radial do carpo é dobrada sobre si própria, suturada e colocada de volta na cavidade trapezoidal. A cápsula e o periosteio são fechados, incorporando-se o flexor radial do carpo, com saída pelo osso e retorno para dentro da cavidade com uma sutura FiberWire® n.º 3-0. Não é necessário reparar o flexor radial do carpo ao seu estado normal. O fechamento restante pode ser feito de acordo com as preferências do cirurgião.

Informações para pedidos

Estão inclusos nos sistema de implante para reconstrução do ligamento CMC (AR-1677P-CP):

Pino-guia
Broca canulada de 4 mm Passador de tendão QuickPass
Parafuso de tenodese BioComposite de 4 mm x 10 mm Chave de inserção para tenodese de 4 mm x 10 mm
Régua
Fio para passagem de suturas
FiberLoop n.º 2-0 com agulha
FiberWire n.º 2-0 com agulha, 18 pol.
FiberWire n.º 0 com agulha, 38 pol.
TigerWire n.º 0,38 pol.

Implantes (esterilizados e descartáveis)*:

Parafuso BioComposite Tenodesis com insersor com cabo de 3 mm x 8 mm	AR-1530BC
Parafuso de tenodese BioComposite; 4 mm x 10 mm	AR-1540BC
Parafuso de tenodese BioComposite; 4,75 mm x 15 mm	AR-1547BC
Parafuso Tenodesis de 4,75 mm x 15 mm, de titânio	AR-1350-475
Parafuso Bio-Tenodesis com insersor com cabo; 3 mm x 8 mm	AR-1530B
Parafuso Bio-Tenodesis; 4 mm x 10 mm	AR-1540B
Parafuso Bio-Tenodesis; 4,75 mm x 15 mm	AR-1547B
Parafuso para tenodese em PEEK com insersor com cabo; 3 mm x 8 mm	AR-1530PS
Parafuso para tenodese em PEEK; vazado; 4 mm x 10 mm	AR-1540PS
Parafuso para tenodese em PEEK; vazado; 4,75 mm x 15 mm	AR-1547PS

Material descartável (esterilizado):

Kit de material descartável Bio-Tenodesis para parafuso de 3 mm x 8 mm	AR-1530DS
Passador de tendão QuickPass; 2,5 mm x 16 cm; pequeno	AR-8090S
FiberWire n.º 3-0 com agulha cilíndrica de 18 pol. e 15 mm; circunferência de 3/8	AR-7227-01

Opcional:

Estão inclusos no Conjunto Master de parafusos Bio-Tenodesis (AR-1675S) :

Broca canulada de 4 mm	AR-1204L
Broca canulada de 4,5 mm	AR-1204.5L
Mandris canulados de 5 mm a 10 mm	AR-1405
Cabo em gota com segurador de sutura	AR-2001BT
Chave de inserção para parafusos Bio-Tenodesis de 10 mm	AR-1540DB
Chave de inserção para parafusos Bio-Tenodesis de 10 mm e 12 mm	AR-1670DB
Chave de inserção para parafusos Bio-Tenodesis de 15 mm	AR-1350D
Chave de inserção para parafusos Bio-Tenodesis de 23 mm	AR-1570DB
Maleta de instrumentação para parafusos Bio-Tenodesis	AR-1675C

Acessórios opcionais:

Punctor Bio-Tenodesis; 4 mm x 10 mm	AR-1547B
Punctor Bio-Tenodesis; 4,75 mm x 15 mm	AR-1547T

** Disponibilizamos a linha completa de parafusos e instrumentação Bio-Tenodesis se opções adicionais de tamanho e/ou material forem desejadas.*

Esta descrição de técnica cirúrgica é fornecida como conteúdo educativo e resumo clínico para auxiliar profissionais de saúde habilitados no uso de produtos específicos da Arthrex. Como parte desse uso profissional, o profissional da saúde deverá usar seu senso crítico antes de tomar qualquer decisão em relação ao uso de produtos e técnica.

Ao fazê-lo, o profissional médico deve confiar em seu próprio treinamento e experiência e deve conduzir uma análise detalhada da literatura médica pertinente e das instruções de uso do produto.

Desenvolvido colaborativamente com Dr. John J. Faillace, Darnall Army Community Hospital, Fort Hood, Texas.



Patente dos EUA n.º 6,544,281; 6,716,234 e 7,029,490.

© 2013, Arthrex Inc. Todos os direitos reservados. LT1-0410-PT_C