



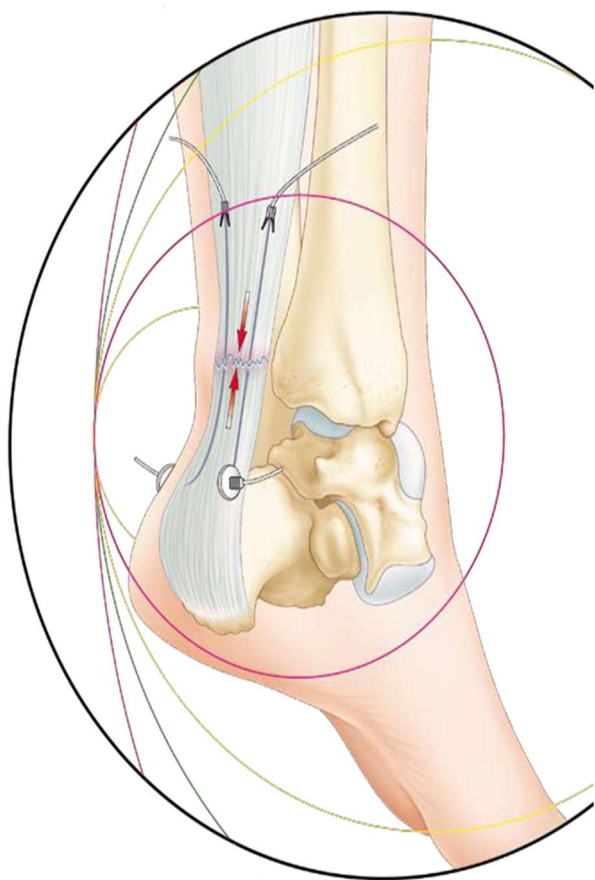
SUTURA DE TENDÃO DE AQUILES

PERCUTÂNEA

IMPORTADO DA FRANÇA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
2. IMAGENS	10
3. CONTATO	11



INTRODUÇÃO

Descrição do implante

RUPTURAS DO TENDÃO DE AQUILES

A atitude comum de cirurgiões ao se depararem com o problema de rupturas do tendão de Aquiles varia entre duas possíveis soluções, dependendo do caso:

- Tratamento ortopédico absoluto com imobilização ou
- Reparo cirúrgico (caso envolva suturas diretas ou algum reparo mais complexo), o que é geralmente combinado com uma imobilização rígida.

Estudos histológicos e biológicos para cura de tendão possibilitaram a consideração do reparo cirúrgico pela rota percutânea, dirigido a uma fisioterapia precoce e efetiva, o que leva a um resultado satisfatório, tanto em relação à consistência quanto ao conforto do paciente.

PRINCÍPIOS

- 1 - Unir os dois tendões de Aquiles rompidos sem utilizar-se de um método cirúrgico e com a manutenção desta união por mais de 5 semanas, ao mesmo tempo, permitindo a mobilização do tendão como uma unidade durante movimentos de flexão/extensão do pé.
- 2 – Não dê - vascularizar o tendão de forma a abrir o seu revestimento vascular precocemente.
- 3 – Preservar o hematoma ao redor da fratura, garantindo uma cura rápida e boa consolidação.
- 4 – Permitir uma rápida mobilização, ajudando a alinhar as fibras do colágeno e a transformá-las em fibras elásticas eficientes do tendão.

EQUIPAMENTOS UTILIZADOS

TENOLIG consiste de:

- Um fio (tereftalato de polietileno) a com diâmetro de 0,85 mm e um comprimento de 36 cm, fixada na sua extremidade proximal, que é equipada com um arpão de 7 mm de largura e fixado na sua extremidade distal por uma agulha triangular com 15 cm de comprimento, ligeiramente curvada na entrega, e que pode ser ajustada durante a cirurgia de acordo com a curva apropriada para o tipo de ruptura a ser tratada;

- Uma carga perfurada para compressão;

- Um disco de polietileno UHMW com uma superfície convexa, oferecendo suporte que não comprime a pele excessivamente, e uma superfície plana;

2 kits de TENOLIG completos são necessários para uma tenossíntese padrão percutânea. Cada embalagem contém 2 kits.

INDICAÇÃO

Reparo cirúrgico de rupturas do tendão de Aquiles pela rota percutânea. É preferível a realização do procedimento dentro de 8 dias após a ruptura.

O monitoramento dos resultados obtidos por mais de 15 anos culminaram na técnica que nós estamos propondo hoje.

Tenossíntese percutânea combina confiabilidade, conforto do paciente e redução dos custos gerais profissionais e sociais deste tipo de ferimento.

RUPTURAS

Anestesia geral, local-regional ou mesmo local, dependendo dos hábitos e da situação.

PREPARAÇÃO CIRURGICA

- Posição ventral decubitus

- Hemostasia preventiva por meio de torniquete na base da coxa não é essencial.

- É conveniente se ter uma almofada arredondada com um “case” esterilizado colocado em frente ao tornozelo durante a inserção do

TENOLIG, que seja movida para o peito do pé ao comprimi-lo.

MARCAÇÃO NA PELE

Utilizando uma caneta cirúrgica, marque o seguinte na pele:

- As posições das extremidades dos tendões rompidos, que sempre podem ser apalpados com bastante facilidade.

- Os pontos de entrada proximais aproximadamente 6 cm acima da zona de ruptura nas superfícies póstero-laterais do tendão.

- Os pontos de saída nas superfícies póstero-laterais do tendão, opostos aos espaços maleolares, 4 ou 5 cm abaixo da ruptura.

Essas marcas são essenciais, particularmente para os pontos de saída, que devem ser decididos antecipadamente e alcançados, não simplesmente encontrados após a inserção da agulha.

INSERÇÃO DO 1° TENOLIG

Pode-se decidir entre começar com o TENOLIG intermediário ou com o lateral. Daremos o exemplo no caso de TENOLIG intermediário:

- No local de entrada preestabelecido, uma cavidade cutânea de 5 a 6 mm (fig. 1) é feita utilizando-se um bisturi. Utilizando-se uma pinça pequena (tipo halstead), o tecido da célula e a gordura subcutânea é dividido, empurrando o nervo sural para o lado e que poderia ser furado pela agulha (fig. 5).

- A agulha é desenhada e curvada na base da trajetória proposta. Seu plano é segurado por uma pinça forte (um suporte de agulha grande é ideal para o trabalho). Este, então, posicionado perpendicular à curvatura da agulha, assim, vertical, ligado para baixo e voltado para cima.

- A agulha deve penetrar no tendão perpendicularmente (fig. 2), de forma a ficar no local saudável.

Então a trajetória é ajustada para cateterizar o fragmento proximal tangencialmente, com o cuidado de não empurrar-la muito para dentro, correndo o risco de dano do nervo tibial interno.

- Com o pé em uma posição neutra devido à almofada colocada em frente ao tornozelo, a deiscência é totalmente perceptível, e pode-se sentir a agulha atravessando-a abaixo do dedo (fig. 3).

- Então o fragmento distal é penetrado e cateterizador. A agulha deve ser movimentada lateralmente. Coloque o pé na posição equinus e, pela ação exercida na agulha pelo suporte de agulha, ela deve sair pelo local de entrada, no mesmo lado e no ponto previamente estabelecido (fig.4).

- A agulha é empurrada para fora até quando o arpão estiver posicionado ao nível do local de entrada proximal (fig. 5). Ela é levado por uma pequena pinça, posicionada perpendicularmente às fibras do tendão, puxando a tira distalmente.

INSERÇÃO DO 2º TENOLIG

É conduzido exatamente sob as mesmas condições.

PRESSIONAMENTO

- A almofada estéril é movida para a superfície da região dorsal do pé para colocá-lo em uma posição equinus máxima.

- As duas tiras (Fio Tenolig) são puxadas simultaneamente de uma forma firme (fig.6). Deve-se ter certeza de que os arpões estão ancorados adequadamente, para isso, seus comprimentos a partir do local distal de saída devem ser os mesmos.

- Os botões plásticos são afixados com a superfície convexa voltada para a pele, as anilhas também estão afixados nas tiras e firmemente presas em contato com os botões (fig. 7).

- É essencial avaliar a qualidade do implante (Tenolig) após relaxada a tensão nas tiras:

a) através da apalpação da zona de ruptura

b) posicionando a perna verticalmente, flexionando o joelho para se ter certeza que a posição equinus fisiológica do pé foi mantida.

Este é o único critério para uma restauração correta da tensão do tendão. Caso contrário, as anilhas devem ser removidas e todo o procedimento deverá ser recomeçado.

FINAL DA CIRURGIA

- As extremidades distais das faixas devem ser cortadas a 2 – 3 cm das anilhas.

- As extremidades proximais do Tenolig são mantidas e as pequenas incisões cutâneas são fechadas com um ponto ou, com “steristrips”.

- Uma compressa de gaze modelada é aplicada em baixo de cada botão plástico para proteger a pele. Um curativo simples deve ser aplicado para proteção do local.

- Deve ser utilizada uma bota de resina (ortopédica) ou gesso para manter o pé na posição equinus, tomando cuidado para não comprimir as anilhas, não deixando que a pele seja danificada abaixo dos botões plásticos.

CONCLUSÃO

Como qualquer técnica “blind”, o cirurgião deve acompanhar meticulosamente a possibilidade de obter todos os benefícios da técnica.

Qualquer manejo incorreto pode resultar em falhas que não culpam a técnica.

PÓS-OPERATÓRIO E REABILITAÇÃO

Baseando-se no nosso conhecimento atual sobre cura de tendão, o período pós-cirúrgico pode ser dividido em 4 fases sucessivas. O sucesso da tenossíntese percutânea depende do cumprimento destas 4 fases.

D1 a D 21

FASE DE FORMAÇÃO DE CALO PRIMÁRIA

- Imobilização por gesso: - na posição equinus em uma ortose removível.
 - sem sustentação de peso
- Começo de reabilitação (opcional): - mobilização leve
 - menos de 90°
 - não doloroso

D21 a D 45

FASE DE CURA CONECTIVA

- Fase realizada por mobilização e sustentação de peso
- Imobilização com tala de gesso removível:
 - a 90°
 - introdução de sustentação de peso assistida
- Reabilitação por imobilização diária do tornozelo:
 - efetiva para flexões plantares assistidas ativas e passivas
 - ativa para flexões dorsais

D45 +/- a 7 dias

REMOÇÃO

- Remoção do Tenolig no D45:

- por corte dos fios (Tenolig) através de linhas abaixo dos botões de plástico.
- o procedimento é ambulatorial.
- desinfecção cuidadosa.

- anestesia local nas incisões proximais para permitir que o arpão seja retirado com ausência de dor (opcional).

D45 a D90

FASE DE MATURAÇÃO DO CALO

- Recuperação das propriedades físicas do tendão

- Sustentação de peso total nos sapatos:

- ortose plantar com salto protetor elevado
- diminuição gradual da altura

- Reabilitação proprioceptiva do membro inferior:

- recuperação da extensão do movimento da articulação.
- construção gradual do tríceps

- Aumento gradual das atividades físicas: nadar, andar de bicicleta, etc..

- Não saltar somente com um pé

Aviso: período de alto risco para rupturas recorrentes!

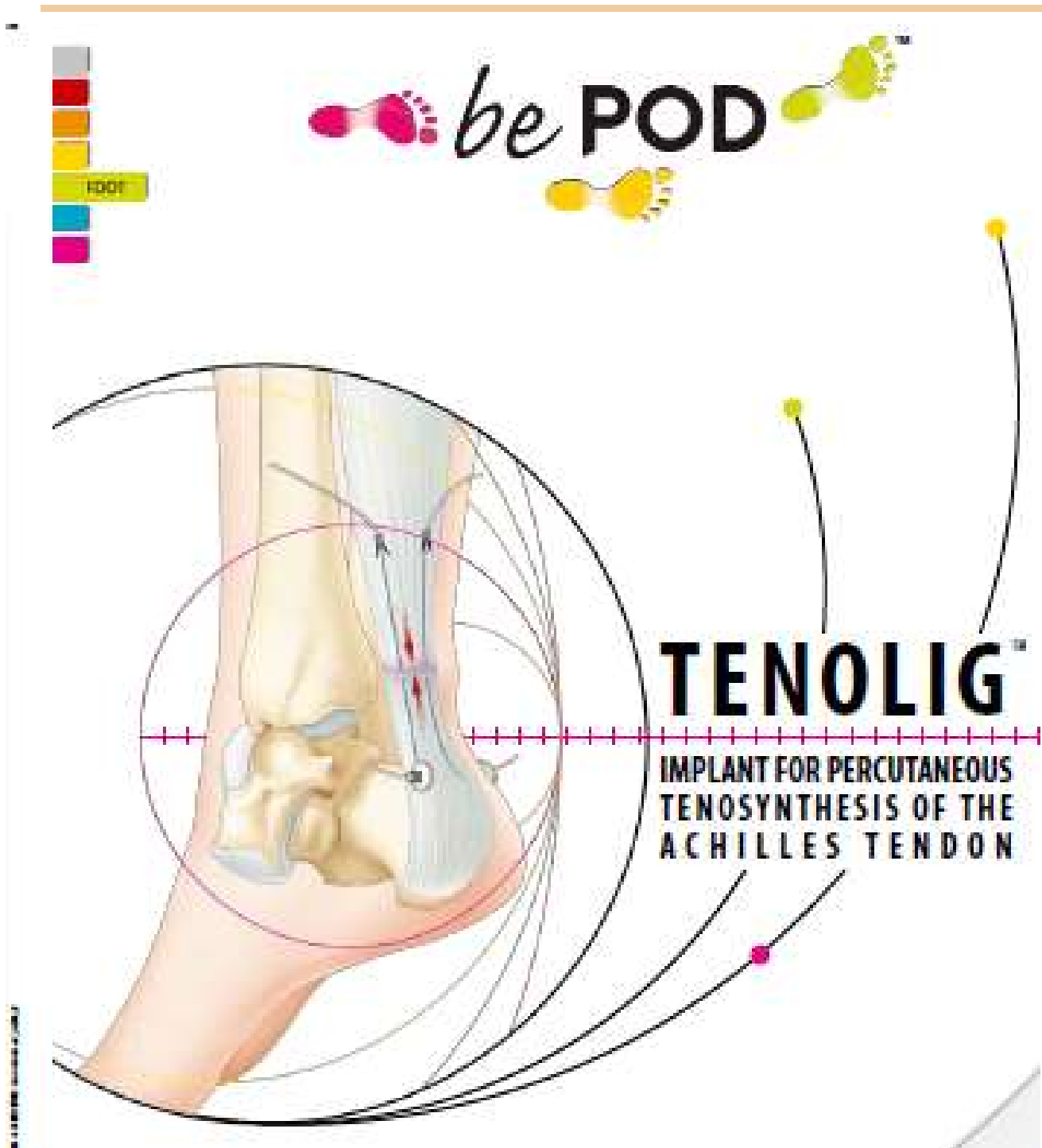
D90 a D120

FASE DE CURA DEFINITIVA

- Sustentação de peso total nos sapatos sem ortose plantar
- Recuperação contínua do tríceps
- Continuação gradual de atividades esportivas (D90) e atividades competitivas (D120)
- Esporte permitido: corrida

Prevenção de complicações trombo-embólicas por anticoagulantes até o reinício de sustentação de peso total.

2. IMAGENS



3. CONTATO

As informações aqui contidas são de exclusividades da GLOBOMEDICAL PRODUTOS MEDICOS EIRELI e são relacionadas ao marketing dos produtos aqui mencionados para os profissionais da saúde que queiram solicitar mais informações sobre: Recomendações pré-operatórias, Rastreabilidade, Descarte, Condições de Manipulação entre outras solicite ao departamento de qualidade da empresa.

IMPLANTES E INSTRUMENTAIS

IMPORTAÇÃO EXCLUSIVA GLOBOMEDICAL

BUSCAMOS POR DISTRIBUIDORES EM TODO O BRASIL

TEL (11) 3862.4427 / (11) 9.9226-9424

www.globomedical.com.br

