

SECCO EICHENBERG

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica
da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre:
catedrático Professor Guerra Blessmann.
Médico-Chefe da Protectora Companhia de
Seguros contra Acidentes do Trabalho.

Sinostose congenita tibio-peroneana unilateral
(Considerações em torno dum caso clínico)

Separata de 'Medicina e Cirurgia'
Revista da Diretoria de Saúde Publica
de Pôrto Alegre
Ano V - Janeiro à Abril 1943 - N. 1, Tomo 5



01-04/1943 - MED - CIRURGIA - 'SINOSTOSE
TIBIO-PERONEANA'

Sinostose congênita tibio-peroneana unilateral (Considerações em torno dum caso clínico)

por **Secco Eichenberg**

Docente Livre e Chefe de Clínica Cirúrgica
da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre:
catedrático Professor Guerra Blessmann.
Médico-Chefe da Protectora Companhia de
Seguros contra Acidentes do Trabalho.

A desoito de Novembro de mil novecentos e quarenta e um, nosso colega Dr. Hamilton Pereira encaminhou ao serviço da actual 18.^a Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia (Enfermaria Professor Guerra Blessmann), o seguinte paciente:

C. P., com 40 anos, branco, serralheiro, natural da Polônia e residente nesta cidade de Pôrto Alegre.

Este paciente havia comparecido naquele dia ao Ambulatório de Cirurgia de Homens, da Santa Casa de Misericórdia, quando o dr. Hamilton Pereira se encontrava de serviço.

Queixava-se de que na véspera, no serviço, ao bater com um marrete sôbre uma talhadeira, desprendera-se desta um fragmento de aço, que impulsionado pela violência e fôrça do golpe, o atingira na face interna da perna E, penetrando nos tecidos moles.

Ficára na face interna, terço inferior da perna E, um pequeno pertuito, denotando o ponto de entrada do corpo estranho metálico, e o paciente informava que ao caminhar sentia mais profundamente, nesse nível, uma sensação dolorosa, que o incomodava.

Havendo firmado o diagnóstico de corpo estranho encravado nos tecidos moles da perna E, no terço inferior e face interna, o dr. Pereira no-lo encaminhou para a extração do mesmo.

Localizado o corpo estranho, radiologi-

camente, foi o mesmo, por nós extraído, sob anestesia local pela novocaina a um per cento, adicionada de adrenalina, após ressecção do pertuito cutâneo, cicatrizando o ferimento operatório por primeira intensão.

Até aí nada de maior apresentava o caso clínico em apreço, nem o que relatamos constitue directamente matéria ou assunto dêste nosso pequeno trabalho, que até ao presente momento não traduz relação com o título que leva.

Entretanto, quando batemos a primeira chapa radiográfica da perna E, para a localização do corpo estranho metálico, deparamos com interessante achado radiográfico.

Este se encontra assinalado na Figura n.º 1, que representa a primeira chapa radiográfica da perna E. de nosso paciente.

Nesta chapa vemos as radiografias de frente e perfil dos terços inferiores e médio da perna E.

Na radiografia de perfil, notamos além da presença do corpo estranho metálico, reconhecível por sua tonalidade característica, uma irregularidade na cortical do terço inferior do perônio E.

Na radiografia de frente, no terço inferior encontramos o achado radiológico a que já aludimos, pois nitidamente pode aí ser verificada a fusão de ambos os ossos da perna, a tibia e o perônio.

Já esta radiografia permite afastar a idéia de uma superposição de sombras ósseas da tibia e do perônio, pois fácil se torna ve-

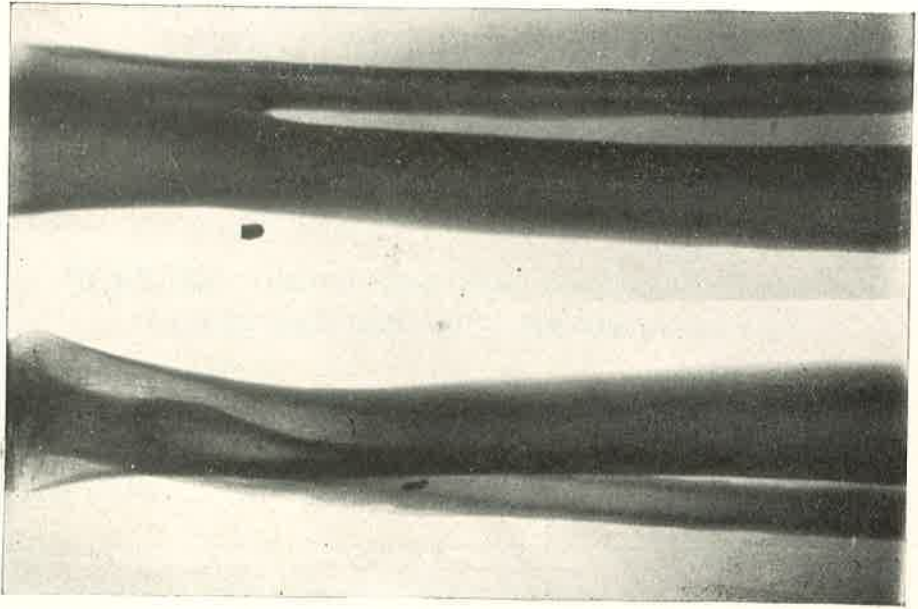


Fig. n.º 1 — Primeira chapa radiográfica.

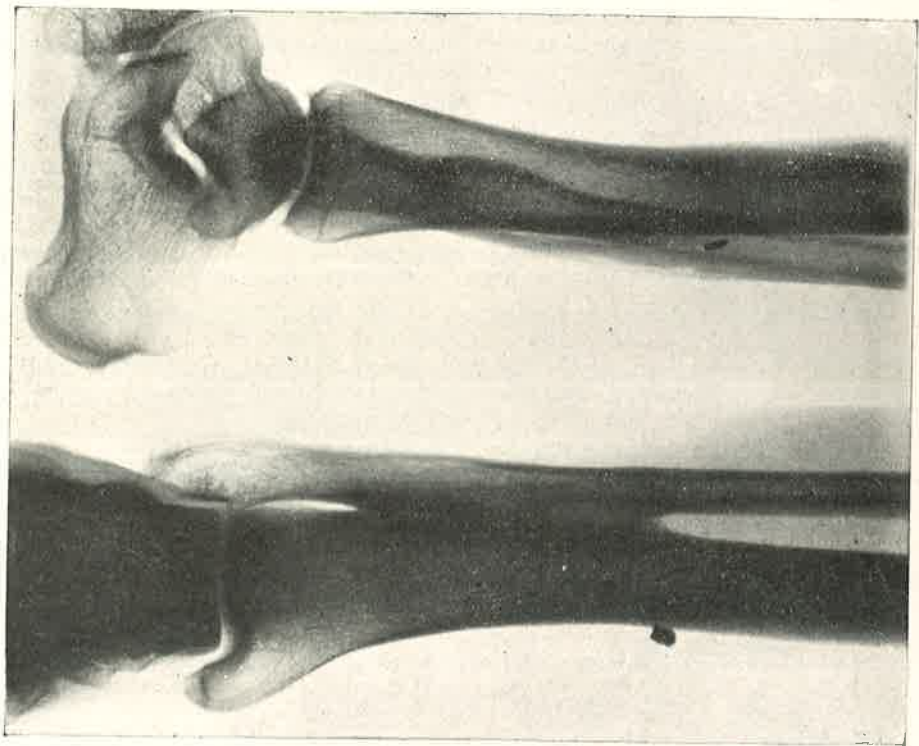


Fig. n.º 2 — Segunda chapa radiográfica.

rificar a um exame mais detido, que ao nível da fusão existe uma tonalidade de sombra idêntica, que vai desde a cortical interna da tibia até à cortical externa do perônio.

Na extremidade superior da fusão, no ponto de encontro das duas corticais outras, a externa da tibia e a interna do perônio, não se encontram em ângulo agudo como

Figura n.º 2, deixa ver em toda a sua extensão, a fusão tíbio-peroniana.

Na radiografia de frente, desta segunda chapa, vemos confirmados os dados que já descrevêramos, referentemente à chapa anterior (Fig. n.º 1).

A fusão é completa, de borda a borda, na extensão de pelo mínimo quatro dedos

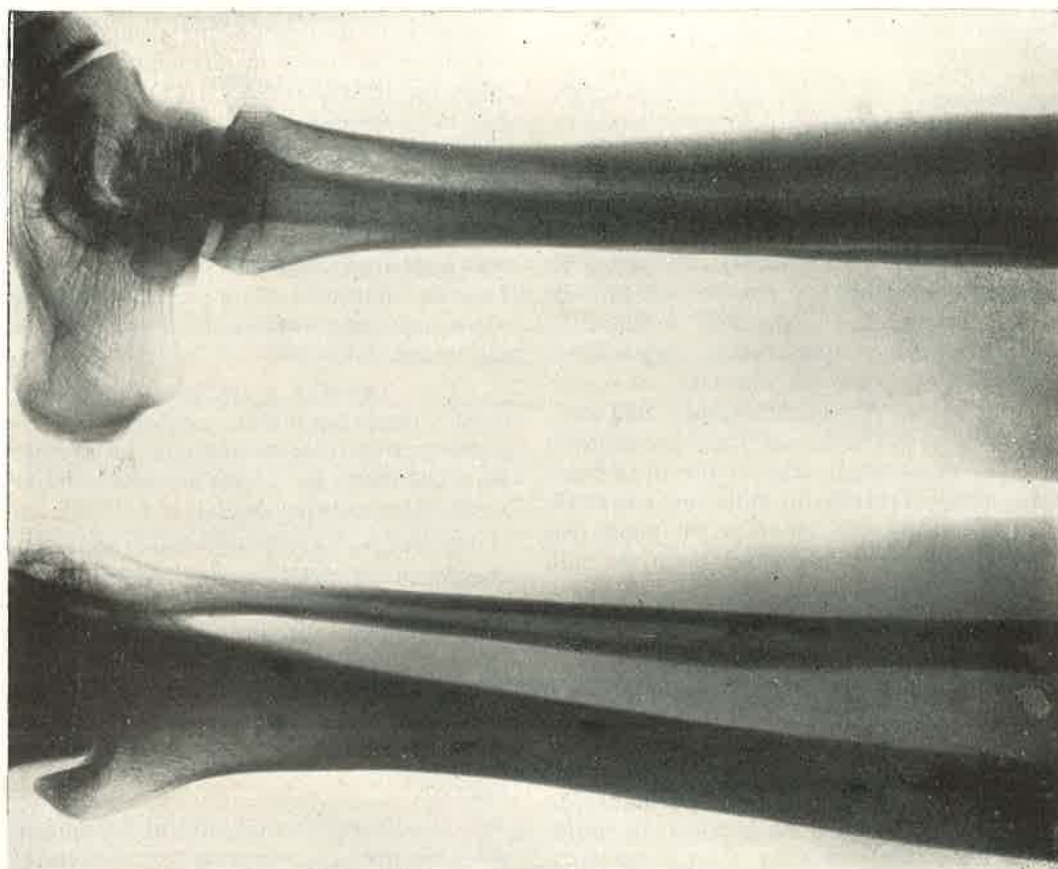


Fig. n.º 3 — Terceira chapa radiográfica (perna D).

uma superposição de sombras, oblíqua naturalmente, mas sim, num recôncavo regular.

Diante, pois, dêste achado radiológico, desta fusão anormal, da qual não podíamos divisar a parte terminal, na chapa aludida (Fig. n.º 1), resolvemos bater novas radiografias, estas abrangendo mais o segmento inferior, inclusive a articulação do tornozelo.

Esta nova radiografia, reproduzida na

transversos, terminando dois dedos transversos acima da interlinha articular tíbio-astragaliana.

A uma verificação atenta, é possível distinguir no negativo desta segunda chapa, na parte superior da fusão, o desenho trabecular, passando diretamente e sem entrave, de um para o outro osso.

Juxta-articularmente, reaproximam-se

novamente tibia e perônio, para a formação normal do garfo tíbio-peroneiro.

Procurando verificar si tal achado era uni- ou bilateral, batemos uma terceira chapa, esta da perna D, que revela, conforme figura n.º 3, a não existência de fusão análoga nos ossos da perna D.

Havíamos, pois, no decorrer da localização radiológica dum corpo extranho, encontrado na perna E do paciente, na sua parte óssea, uma anomalia na configuração de ambos os ossos.

Esta fusão, ou melhor denominada, esta sinostose, representava um verdadeiro achado radiográfico, pois apesar de já ter nosso paciente 40 anos, nunca sentira qualquer sintoma que denotasse ser portador de uma anomalia da configuração óssea da perna E.

Nunca sofrera traumatismo da perna E, e nunca tivera qualquer entrave ou dificuldade de marcha para o membro inferior E.

Diante destas informações, representadas pela negatividade de seu passado mórbido, e igualmente diante das chapas radiográficas, obvio se tornava a eliminação da hipótese desta sinostose provir da fusão de fragmentos duma fratura da tibia, com o perônio, ou de fusão dos fragmentos duma fratura de ambos os ossos da perna em um calo único.

Da mesma maneira, se afastava também a idéia de uma etiologia inflamatória na sinostose verificada.

Assim, por exclusão, chegamos ao diagnóstico duma sinostose congênita tíbio-peroniana. Esta anomalia, no caso concreto, não tinha valor clínico, pois havia permanecido oculta até ao momento da localização radiográfica do corpo extranho, e isto, devido à falta absoluta de sintomatologia ou repercussão, que a revelasse ou que induzisse à sua pesquisa. Depois de encontrada, continuou a portar-se da mesma maneira, pois retirado o corpo extranho metálico, o paciente voltou à função integral do membro inferior E.

Tal sinostose não perturbava nem perturba nenhum movimento da perna, não entravava nem entrava qualquer dos movimentos da articulação do tornozelo, pois unicamente vinha reforçar a união tíbio-peroniana,

mantida normalmente pelo ligamento interósseo e pelas articulações juxta-epifisárias.

Representa êste caso a primeira sinostose congênita com que deparavamos em nossa vida profissional, pelo que resolvemos indagar algo a seu respeito.

Da indagação bibliográfica, logo podemos deduzir que a localização tíbio-peroniana destas sinostoses era de caráter raro, pois a única indicação que encontramos duma sinostose desta localização, foi a de um trabalho de BERGMANN (1), que descrevia um caso de sinostose congênita tíbio-peroniana completa proximal, bilateral, em um indivíduo de 17 anos, portador dum genu valgum.

Ao descrever o caso, BERGMANN afirma que ainda não havia sido descrito um caso de sinostose tíbio-peroniana bilateral, não afirmando, entretanto, que o fôra alguma unilateral.

Em revistas e tratados, continuamos nossas pesquisas, mas nenhuma referência encontramos relativamente à localização tíbio-peroniana, no capítulo ou trecho, referente às sinostoses ósseas.

Encontramos a referência à sinostose congênita ou precoce dos ossos do crânio, com a síndrome de compressão cerebral correspondente.

Verificamos literatura mais vasta referente à sinostose radio-cubital, especialmente a congênita, preferencialmente do terço superior do antebraço, mais rara no terço inferior.

A sinostose radio-cubital traumática, é infelizmente mais frequente, derivada do mau tratamento das fraturas do antebraço, seguido de consolidação viciosa em calo único.

BOPP (2) no capítulo correspondente do Tratado de Cirurgia Ortopédica de OMBREDAMNE e MATHIEU — apresenta interessante estudo, fixando os seguintes dados: maior frequência no sexo masculino; em mais da metade dos casos a anomalia é bilateral; em bom número dos casos a anomalia apresenta característico de afecção familiar. Desaparecimento das corticais, ha-

verdo entrelaçamento das trabéculas ósseas de ambos os ossos.

Para BOPP, a teoria patogênica mais certa é a da parada de desenvolvimento dos ossos atingidos.

Comparando nosso caso com estes dados, acima referidos em relação à sinostose radio-cubital, verificamos que se alguns coincidem, outros não puderam ser pesquisados por nós, dada a falta de dados hereditários, agravados pela falta natural de sintomatologia da sinostose tíbio-peroniana.

Quanto à patogenia, o estudo das chapas radiográficas, de nosso caso clínico, não apresenta dado algum de apóio à teoria preferida por BOPP. Será a fusão intra-uterina, então, verdadeiramente congênita? ou decorre na primeira infância, pela aproximação de núcleos de ossificação anormalmente colocados? ou ainda será a aproximação intra-uterina, dos dois ossos, por compressão?

A sinostose radio-cubital tem sido encontrada mais frequentemente. O trabalho de MOUCHET e LELEU (3), em 1925, enumera 141 casos publicados, e o trabalho de ADIB CHASSIN (4), em 1932, fala em 151 casos.

Possivelmente a sinostose tíbio-peroniana seja tão frequente quanto a radio-cubital, entretanto, como é surda, não tem sintomatologia aparente, objetiva nem subjetiva, não é diagnosticada, a não ser como achado radiológico, como em nosso caso.

A radio-cubital, entretanto os movimentos de supinação e pronação do antebraço, desperta desde logo a investigação do clínico.

CAMPBELL (5) só se refere à sinostose radio-cubital.

SCHINZ (6) no primeiro tomo de seu monumental trabalho, dedicado exclusivamente à radiologia do esqueleto ósseo, refere-se quanto à sinostoses ósseas, às dos ossos do crânio, à radio-cubital, que quando congênita é para êle hereditária, e à sinostose vertebral, dependente de um retardamento do crescimento ósseo.

HODGES, PHEMISTER e BRUNSCHWIG (7) dizem que muitas das anomalias localizadas dos ossos, têm mais importância para o radiologista, pois raramente constituem um problema clínico.

Declaram que em 90% dos casos, as anomalias são bilaterais, e só em 10% unilaterais. Verificada que seja, dum modo geral, a veracidade desta proporção, acresce o cunho de originalidade de nossa observação, pois se trata no caso em apreço, duma anomalia óssea localizada e unilateral. O outro caso que encontráramos descrito, o de BERGMANN (8) era bi-lateral.

STEINDLER (9) acrescenta às sinostoses anteriores, mais a radio-humeral e a cúbito-humeral, mas estas representam mais o caso duma ancilose congênita que o duma sinostose óssea (latero-lateral) na concepção que lhe é atribuída.

Julga estas formas muito raras. Alude mais detalhadamente à sinostose radio-cubital, mais frequente ao nível das epífises superiores. Refere-se também à sinostose dos ossos do tarso, que é congênita, não tendo relação com o sexo, e leva a um determinado grau de deformidade do pé.

No capítulo das deformidades ósseas congênitas, STEINDLER passa diretamente, do joelho para o tornozelo, silenciando os ossos da perna, nos segmentos diafisários, como aliás todos os outros autores compulsados.

A título de ilustração, dada a relação indireta, que tem com o assunto deste trabalho, queremos citar a operação de sinostose tíbio-peroniana proposta por MILCH (10) para a pseudoartrose persistente da tíbia.

Em artigo publicado em 1933, êste cirurgião descreve pela primeira vez a técnica apontada e que deu resultado satisfatório, após haver falhado toda a terapêutica usual, empregada no tratamento de uma pseudoartrose do terço médio da tíbia.

Assim, ao lado da apresentação da observação e radiografias duma sinostose congênita tíbio-peroniana unilateral, tivemos ocasião de, num rápido esboço, estudar o assunto das sinostoses ósseas congênitas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — BERGMANN, ERNST — Congenital Tibiofibular Synostosis — The Journal of the Inter College of Surgeons — Vol. IV — n.º 4 — 1941 — página 359 — Resumo da Revista Brasileira de Ortopedia e Traumatologia — Vol. III — 1942 — n.º 3 — página 166.
- 2 — BOPP, M. — L'Avant-Bras — in *Traité de Chirurgie Orthopédique* — par Ombredanne e Mathieu — Vol. III — página 2385.
- 3 e 4 — Obra citada sob número 2.
- 5 — CAMPBELL, WILLIS C. — *Operative Orthopedies* — 1939 — London — Henry Kimpton ed.
- 6 — SCHINZ, H. R., BAENSCH, W. e FRIEDL, E. — *Röntgendiagnostico* — Tomo primeiro — Esqueleto — Trad. esp de la tercera ed. alemana — 1932 — Barcelona — Salvat ed.
- 7 — HODGERS, PAUL C., PHEMISTER, D. B. e BRUNSCHWIG, A. — The roentgen-ray diagnosis of diseases of bones in *Diagnostic Roentgenology* — Ross Golden ed. — Thomas Nelson and Sons — 1938.
- 8 — Obra citada sob número 2.
- 9 — STEINDLER, ARTHUR — *Orthopedic Operations* — 1940 — USA. — Charles C. Thomas ed.
- 10 — MILCH, HENRY — Synostosis Operation for persistent nonunion of the Tibia — *The Journal of Bone and Joint Surgery* — Vol. 21 — n.º 2 — 1939 — página 409.