

Márcio Luís Duarte

WebImagem.

Renan Rocha da Nóbrega

Hospital São Camilo.

José Luiz Masson de Almeida Prado

Hospital São Camilo.

Luiz Carlos Donoso Scopetta

Hospital São Camilo.

*Artigo recebido em maio de 2016 e
aprovado em junho de 2016.*

COALIZÃO NAVICULAR-CUBOIDE - UM RARO ACHADO DE EXAME

RESUMO

A coalizão tarsal representa uma comunicação anormal entre ossos do tarso e pode ser óssea, cartilaginosa ou fibrosa¹, se desenvolvendo de forma secundária a insuficiência da diferenciação e segmentação do mesênquima primitivo nas primeiras fases do desenvolvimento, diminuindo a mobilidade e deformando os pés. O tipo de coalizão é nomeado pelos ossos que são fundidos pela deformidade. Coalizões que são extra-articulares são consideradas barras, enquanto coalizões intra-articulares são referidas como pontes - navicular-cuboide é um tipo extra-articular.

Palavras-Chave: Ossos do Tarso, Coalizão, Ressonância Magnética, Deformidades do Pé.

CUBOID-NAVICULAR COALITION – A RARE FINDING

ABSTRACT

Tarsal coalitions represent abnormal bridging between tarsal bones and can be osseous, cartilaginous, or fibrous. They develop secondary to failure of differentiation and segmentation of the primitive mesenchyme in the first stages of development, decreasing mobility and deforming the feet. The type of coalition is named by the bones that are fused by the deformity. Coalitions that are extra-articular are considered bars, whereas intra-articular coalitions are referred to as bridges - cuboid-navicular is an extra-articular type.

Keywords: Tarsal Bones, Coalition, Magnetic Resonance Imaging, Foot Deformities.

INTRODUÇÃO

A coalizão tarsal representa uma comunicação anormal entre ossos do tarso e pode ser óssea, cartilaginosa ou fibrosa¹, se desenvolvendo de forma secundária a insuficiência da diferenciação e segmentação do mesênquima primitivo nas primeiras fases do desenvolvimento^{1,2}, diminuindo a mobilidade e deformando os pés². O tipo de coalizão é nomeado pelos ossos que são fundidos pela deformidade³. Coalizões que são extra-articulares são consideradas barras, enquanto coalizões intra-articulares são referidas como pontes - navicular-cuboide é um tipo extra-articular³.

A coalizão tarsal ocorre em 1% da população sendo, em mais de 90% dos casos, talocalcânea ou calcaneonavicular^{1,2,3,4}. Menos de 1% de todas as coalizões relatadas ocorrem entre o cuboide e o navicular, com menos de 17 casos relatados na literatura publicada até 2011 – a coalizão navicular-cuboide continua a ser uma forma extremamente rara de coalizão tarsal^{1,3,4}.

RELATO DO CASO

Homem de 35 anos com refere entorse no tornozelo direito há 20 meses com fratura da fíbula, tendo realizado cirurgia com placa e parafusos, seguida de fisioterapia, voltando a andar após 60 dias. Refere edema nas pernas, dor e parestesia no peito do pé desde então. O exame físico demonstra dor a palpação, edema e limitação da dorsiflexão.

A ressonância magnética (RM) demonstrou placa e parafusos na tíbia e fíbula distais, atrofia do músculo tibial anterior e coalizão fibrosa navicular-cuboide (Figuras 1 e 2).

Figura 1: Em A, RM na sequência T1 e em B, na sequência STIR, ambas sem contraste e no corte sagital, demonstrando a coalizão fibrosa navicular-cuboide (círculo azul).

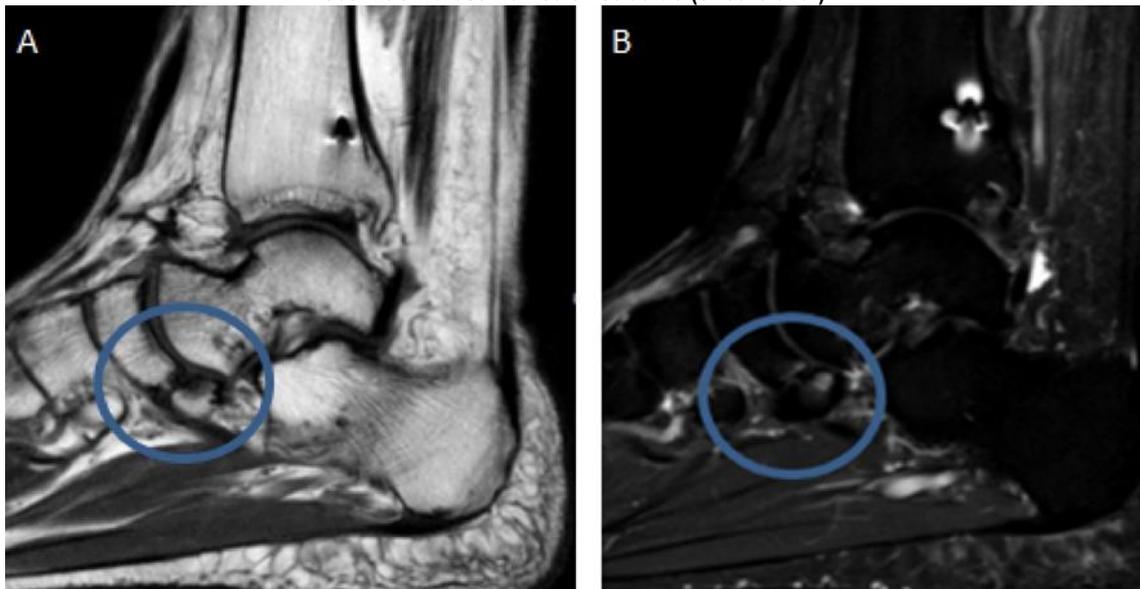
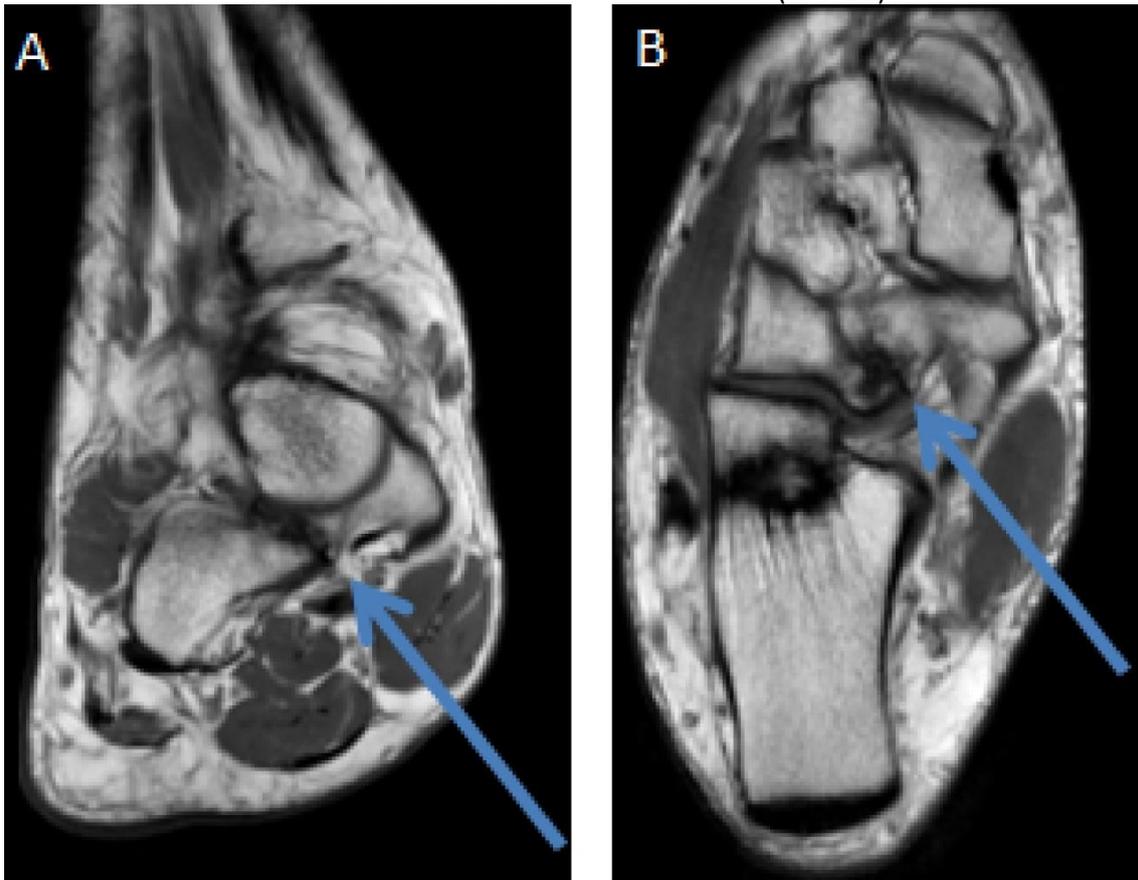


Figura 2: Em A, RM na sequência T1 no corte coronal e em B, na sequência T1 no corte axial, ambas sem contraste, demonstrando a coalizão fibrosa navicular-cuboide (seta azul).



DISCUSSÃO

As duas coalizões mais comuns, talocalcânea (48%) e calcaneonavicular (44%)⁴, apresentam-se como pé doloroso na adolescência que pode ser agravado com a caminhada ou qualquer exercício¹. As coalizões talonavicular e calcâneo-cuboide compreendem cada, 1% de todas as coalizões, restando os outros 6% para as outras articulações do tarso⁴.

Os homens são ligeiramente mais propensos a apresentar coalizões tarsais do que as mulheres, com proporção de 4:1 a 12:52. Os pacientes classicamente desenvolvem dor progressiva e rigidez com a diminuição da movimentação do retropé e do médio-pé no exame físico¹. Frequentemente está associada com sinfalangismo, clinodactilia, articulação do tornozelo esferoide (“ball and socket”) e o hálux mais curto do que o segundo dedo do pé, com um padrão hereditário dominante².

Ideias vigentes em relação à coalizão navicular-cuboide elucidam a crença de que este tipo particular de coalizão é geralmente assintomático, exceto em momentos específicos onde a atividade ou o exercício físico podem resultar em dor ou pé plano e dor por espasmo dos músculos fibulares¹. Intolerância ao exercício e a caminhadas prolongadas, bem como entorses frequentes do tornozelo podem ocorrer².

Muitas vezes, a única pista para o diagnóstico da coalizão navicular-cuboide na radiografia pode ser uma articulação anormal entre o aspecto pósteromedial do cuboide medial e lateral-plantar do navicular, com sobreposição do cuboide sobre o navicular¹.

Coalizões sintomáticas podem ser tratadas de forma conservadora com anti-inflamatórios não esteróides, injeção de esteróides e órteses ou cirurgicamente com excisão¹. Recentemente, as coalizões sintomáticas navicular-cuboide têm sido tratadas com ressecção e interposição de enxerto com tecido adiposo¹.

CONCLUSÃO

O caso que apresentamos demonstra a rara coalizão navicular-cuboide, que raramente causa sintomas. Esta coalizão pode não causar sintomas prolongados ou incapacitantes ou degeneração das articulações adjacentes.

REFERÊNCIAS

1. Awan O, Graham JA. The rare cuboid-navicular coalition presenting as chronic foot pain. *Case Rep Radiol.* 2015;2015:625285.
2. García-Mata S, Hidalgo-Ovejero A. Cuboid-navicular tarsal coalition in an athlete. *An Sist Sanit Navar.* 2011 May-Aug;34(2):289-92.
3. Hounshell CR. Regenerative tissue matrix as an interpositional spacer following excision of a cuboid-navicular tarsal coalition: a case study. *J Foot Ankle Surg.* 2011 Mar-Apr;50(2):241-4.
4. Johnson TR, Mizel MS, Temple T. Cuboid-navicular tarsal coalition - presentation and treatment: a case report and review of the literature. *Foot Ankle Int.* 2005 Mar;26(3):264-6.