

ARTROPLASTIA DE EXCIÇÃO DO TRAPÉZIO E INTERPOSIÇÃO TENDINOSA NA RIZARTROSE: ESTUDO PROSPECTIVO

ARTHROPLASTY FOR TRAPEZIUM EXCISION AND TENDON INTERPOSITION IN RHIZARTHROSIS CASES: PROSPECTIVE STUDY

Walter Gomes Pinheiro Junior¹, Renan Moukbel Chaim², Henrique Bella Freire de Carvalho³,
Walter Manna Albertoni⁴, Flávio Faloppa⁵, João Baptista Gomes dos Santos⁶

RESUMO

Objetivo: Avaliar prospectivamente os resultados de uma série de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da rizartrorse, com a técnica de ressecção do trapézio associada à interposição de um novelo do tendão abdutor longo do polegar. **Métodos:** De maio a agosto de 2005, 10 pacientes foram submetidos ao tratamento cirúrgico da rizartrorse. Foram incluídos pacientes com osteoartrite primária da articulação trapézio-metacárpica, estágios II, III, IV da classificação de Eaton, com dor persistente refratária ao tratamento clínico. Para avaliação funcional foi utilizada a escala visual analógica, questionário DASH e o escore de Buck-Gramcko. Na avaliação global do paciente foram mensuradas as forças de preensão palmar, pinça polpa a polpa, pinça lateral, pinça de três pontos, oposição e abduções radial e palmar. Realizou-se, ainda, o índice de migração do primeiro metacarpal na radiografia de repouso e sob estresse. **Resultados:** Foram considerados bons, no alívio da dor ($p = 0,005$), com melhora da função na avaliação pelo DASH módulos 2 ($p = 0,02$) e 3 ($p = 0,022$). O escore de Buck-Gramcko apresentou um resultado excelente e três ótimos. Houve melhora em quase toda avaliação global, sendo não significativa apenas na pinça lateral e abdução. Em todos os pacientes houve migração do primeiro metacarpal. **Conclusão:** A trapeziectomia associada à interposição de um novelo do tendão abdutor longo do polegar mostrou-se uma técnica de execução relativamente simples e eficaz no alívio da dor e na melhora funcional.

Descritores – Osteoartrite; Polegar; Trapézio; Artroplastia

ABSTRACT

Objective: To prospectively evaluate the results from a series of patients who underwent surgical treatment for rhizartrorse using the technique of trapezium resection associated with interposition of yarn from the long abductor tendon of the thumb. **Methods:** From May to August 2005, ten patients underwent surgical treatment for rhizartrorse. Patients with primary osteoarthritis of the trapezium-metacarpal joint, in stages II, III and IV of the Eaton classification, with persistent pain that was refractory to clinical treatment, were included. For the functional assessment, the visual analogue scale, DASH questionnaire and Buck-Gramcko score were used. For the overall assessment on the patients, strength measurements were made for palm grip, pulp to pulp pinch, lateral pinch, three-point pinch, opposition and radial and palmar abductions. The migration index for the first metacarpal was also determined on radiographs at rest and under stress. **Results:** The pain relief was considered to be good ($p = 0.005$), with functional improvements in modules 2 ($p = 0.02$) and 3 ($p = 0.022$) of DASH. The Buck-Gramcko score showed one excellent and three very good results. There was an improvement in almost all of the overall assessment and was only non-significant regarding lateral pinch and abduction. For all patients, there was migration of the first metacarpal. **Conclusion:** Trapeziectomy associated with interposition of yarn from the long abductor tendon of the thumb was shown to be a relatively simple and effective technique for pain relief and functional improvement.

Keywords – Osteoarthritis; Thumb; Trapezium; Arthroplasty

1 – Ex-especializando da Disciplina de Cirurgia da Mão e Membro Superior do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp.

2 – Residente do Programa de Ortopedia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp.

3 – Residente do Programa de Ortopedia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp.

4 – Professor Titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp. Reitor da Unifesp.

5 – Professor Titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp.

6 – Professor Adjunto e Chefe da Disciplina de Cirurgia da Mão e Membro Superior do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Escola Paulista de Medicina da Unifesp.

Correspondência: Rua Borges Lagoa, 786 – 04038-032 – Vila Clementino – São Paulo, SP. E-mail: renanmchaim@yahoo.com.br

Trabalho recebido para publicação: 20/07/10, aceito para publicação: 03/11/10.

Declaramos inexistência de conflito de interesses neste artigo

INTRODUÇÃO

A osteoartrose da articulação trapeziometacarpal do polegar (rizartrose) é uma enfermidade frequente⁽¹⁾. Ocorre principalmente em mulheres na pós-menopausa; no entanto, também é observada em homens com história de uso repetitivo da articulação e em mulheres jovens com quadro de frouxidão ligamentar⁽²⁾.

A rizartrose do polegar se deve à sobrecarga na região da faceta esferoidal, que apresenta reduzida área de contato nos movimentos de retroposição e de pinça lateral ou oposição. Este processo pode ser acelerado se houver associação de frouxidão ligamentar primária ou secundária a trauma ou alterações hormonais^(3,4).

A manifestação clínica inicial é a dor localizada na base do polegar, exacerbada por estresse e por vezes acompanhada de derrame articular⁽⁵⁾. Os pacientes referem incapacidade durante ações da vida cotidiana, como tarefas domésticas, esportes e atividades de lazer.

O tratamento inicial é conservador e inclui repouso, órtese, anti-inflamatório não hormonal, infiltração com glicocorticoide e fisioterapia⁽⁶⁾. A dor gerada pela degeneração da articulação trapeziometacarpal é um problema frequente e a cirurgia torna-se a opção quando os sintomas são refratários ao tratamento clínico.

Existem várias modalidades de tratamento cirúrgico que apresentam bons resultados na literatura^(2,7-14). O objetivo deste estudo é apresentar os resultados de uma série prospectiva de 10 pacientes em que foi realizada a simples ressecção do trapézio associada à interposição de um novelo do tendão do abductor longo do polegar.

MÉTODOS

Este trabalho e seu termo de consentimento foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Foram incluídos pacientes com diagnóstico de osteoartrose primária da articulação trapeziometacarpal associada à queixa de dor persistente, refratária ao tratamento clínico. Após a inclusão no estudo, estes foram submetidos à trapeziectomia com interposição de um novelo do tendão abductor longo do polegar no período de maio a agosto de 2005. Foram excluídos pacientes portadores de artrites reumatoide e pós-traumática.

A Tabela 1 demonstra os dados pré-operatórios dos pacientes segundo a ordem cronológica dos procedimentos. Descreve-se: idade, em anos; sexo; cor; lado operado; sintomatologia do lado oposto; mão dominante; profissão; tempo decorrido entre o início dos sintomas e a cirurgia, em meses; tipo de tratamento prévio e classificação radiográfica, de acordo com Eaton e Littler⁽⁷⁾.

Para a avaliação de desfechos funcionais subjetivos foi aplicado o questionário DASH (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*)⁽¹⁵⁾. Este instrumento consiste em três módulos de perguntas relacionadas com as atividades diárias. Os dois primeiros são ocupacionais: esporte ou instrumento musical e trabalho, ambos com quatro questões, e um terceiro módulo geral com 30 questões. Caso o paciente não pratique esporte, não toque instrumentos musicais ou não trabalhe, recebe nota zero no módulo correspondente. Para avaliação do desfecho dor, foi realizada a escala visual analógica (EVA). O EVA e o DASH foram aplicados previamente à cirurgia e ao final do acompanhamento.

Tabela 1 – Dados gerais pré-operatórios dos pacientes portadores de rizartrose.

Pacientes	Idade	Sexo	Cor	L. O.	Bilat	L. D.	Profissão	Tempo de sintomas	Tratamento prévio	Classificação
1	55	F	N	E	Não	D	Do lar	24	A + O	III
2	48	F	B	E	Sim	D	Manicure	36	A + O + I	III
3	51	F	B	E	Sim	D	Do lar	36	A + F	IV
4	53	F	B	D	Sim	D	Socióloga	48	A + F + I	III
5	46	F	N	D	Não	D	Do lar	58	A + F	III
6	49	F	B	E	Não	D	Do lar	24	A + I	III
7	68	F	B	D	Não	D	Costureira	36	A + I + F + O	II
8	78	F	B	E	Sim	D	Do lar	12	A + O	IV
9	54	F	B	D	Sim	D	Aposentada	15	A + F	III
10	65	M	N	E	Não	D	Aposentado	24	A + I	III

F= feminino; M= masculino; N= negro; B= branco; L.O.= lado operado; L.D.= lado dominante; E= esquerdo; D= direito; Tempo dos sintomas em meses; A= antiinflamatório; O= órtese; I= infiltração com glicocorticoide; F= fisioterapia; Bilat= bilateralidade.

Foram mensuradas: forças de preensão palmar (dinamômetro de Jamar[®]), de pinça polpa a polpa, pinça lateral, pinça de três pontos (dinamômetro de pinça B&L Engineering[®]); oponência pelo método de Kapandji⁽¹⁶⁾; e abduções radial e palmar com o goniômetro. Ao final do seguimento foi aplicado o escore de Buck-Gramcko⁽¹⁷⁾, que utiliza dados objetivos (forças de pinça polpa a polpa e abduções palmar e radial) e subjetivos (questionário sobre dor, força, atividades diárias, destreza, aparência cosmética, satisfação com o procedimento e uma avaliação geral), que são pontuados e somados, resultando na seguinte classificação: excelente; de 49 a 56 pontos; bom, de 40 a 48 pontos; regular, de 28 a 39 pontos; e ruim, menor que 28 pontos.

Por meio de posição padronizada da mão sobre o chassi, foram realizadas radiografias para o cálculo do índice do espaço trapezoidal no pré-operatório. Na avaliação final, calculou-se o índice de migração do primeiro metacarpal, em repouso e sob estresse (pinça-chave), dividindo-se a distância entre o pólo distal do escafoide e a base do primeiro metacarpal pelo comprimento do primeiro metacarpal (método de Yang e Weiland)⁽¹⁸⁾.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Todos os pacientes foram operados sob bloqueio do plexo braquial utilizando garrote pneumático. Foi realizado um acesso dorsorradial em ziguezague e outro transversal proximal. A cápsula da articulação trapezio-metacarpal foi aberta longitudinalmente em dois retalhos, que foram utilizados no fechamento, e ressecou-se o osso trapézio (Figura 1). Abriu-se o primeiro compartimento extensor e com um dos tendões acessórios



Figura 1 – Excisão do osso trapézio.

do abdutor longo do polegar, ou se único, com uma tira desta e confeccionou-se um novelo, interpondo-o na falha criada pela ressecção do trapézio (Figura 2). Em seguida, foi feita a fixação do primeiro no segundo metacarpal em abdução radial com fio de Kirschner de 1,5mm (Figura 3). Realizou-se o fechamento da cápsula articular com fio absorvível 3.0 e esvaziamento do garrote para hemostasia. Suturou-se a pele com fio de náilon 5.0 e imobilizou-se com uma tala gessada para polegar.

Os pontos de sutura foram retirados na segunda semana e o paciente foi mantido imobilizado por um período adicional de três semanas, quando então, retirou-se o fio de Kirschner e foram encaminhados à reabilitação. Uma órtese para manter a abdução radial foi utilizada à noite por um período adicional de dois meses.



Figura 2 – Novelo do abdutor longo do polegar.



Figura 3 – Radiografia pós-operatória na incidência posteroanterior.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise inferencial das médias pré e pós-operatórias, para dados não categóricos, utilizou-se do teste não paramétrico de Wilcoxon *Signed Ranks*, por se tratarem de amostras relacionadas. Na análise descritiva, utilizou-se da média como medida de tendência central e seus respectivos desvios padrão.

RESULTADOS

Dez pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico foram incluídos e acompanhados em uma média de 41,6 meses.

A Tabela 2 demonstra os resultados funcionais em momentos pré e pós-operatórios para o questionário DASH. Observou-se melhora funcional nos três mó-

Tabela 2 – Avaliação dos módulos do questionário DASH no pré e pós-operatório.

Paciente	M1 pré	M1 pós	M2 pré	M2 pós	M3 pré	M3 pós
1	0	0	75	50	45,83	30
2	0	0	43,75	62,5	32,5	58,33
3	0	0	62,5	6,25	52,5	6,66
4	0	43,75	18,75	37,5	64,16	44,16
5	0	0	75	18,75	42,5	15,83
6	100	0	68,75	18,75	41,66	1,66
7	0	0	0	0	49,16	0,83
8	0	0	62,5	18,75	42,5	1,66
9	0	50	100	50	63,33	49,16
10	68,75	0	62,5	18,75	37,5	15,83
Média	16,88	9,37	56,88	28,12	43,66	22,41

M1 - módulo 1 do questionário – M2 - módulo 2 do questionário – M3 - módulo 3 do questionário

dulos. No entanto, na análise estatística inferencial, o módulo 1 do DASH ($p = 0,463$) não se mostrou estatisticamente significativa comparando-se o pré e o pós-operatório. Já os módulos 2 ($P = 0,020$) e 3 ($p = 0,022$) obtiveram significância estatística comparando-se os mesmos períodos.

Na Tabela 3, apresentamos os resultados do escore de Buck-Gramcko. Dos 10 pacientes avaliados, em um paciente ao final do seguimento o resultado foi excelente, em três pacientes o resultado foi bom e em seis pacientes, regular.

Já na Tabela 4, estão os resultados da escala visual de dor que, na análise estatística, foram significantes comparando-se o pré e o pós-operatório ($p = 0,005$), notando-se melhora importante.

Quanto aos dados objetivos, comparou-se os dados pré e pós-operatórios. A força de prensão palmar no

Tabela 4 – Escala visual de dor.

Paciente	Pré-Operatório	Pós-Operatório
1	7,5	2,8
2	10	7
3	5	0
4	7	3,1
5	7	3
6	7	0
7	9	0
8	7,2	0
9	10	3
10	8	1,5
média	7,77	2,04

Tabela 3 – Escore de Buck-Gramcko – pontuação dos dados objetivos e subjetivos ao final do seguimento.

Pacientes	AP	AR	PP	DOR	Força	AVD	Destreza	Cosmética	C.N.	Avaliação geral	Total	Resultado
1	6	6	6	4	3	2	0	3	0	4	34	Regular
2	6	6	0	2	3	2	3	4	4	2	32	Regular
3	6	4	6	6	6	6	6	4	4	6	54	Excelente
4	6	6	6	4	0	2	3	2	4	4	37	Regular
5	6	6	4	4	3	4	3	2	4	4	40	Bom
6	6	6	0	6	6	6	6	2	0	4	42	Bom
7	6	6	4	6	3	6	3	3	4	6	47	Bom
8	2	4	0	6	0	6	4	4	4	6	36	Regular
9	6	6	4	4	0	6	0	4	4	4	38	Regular
10	4	6	4	2	3	6	0	3	0	2	30	Regular
Média	5,4	5,6	3,4	4,4	2,7	4,6	2,8	3,1	2,8	4,2	39	

AP= abdução palmar; AR= abdução radial; AVD= atividades da vida diária; C.N.= você faria cirurgia novamente?; Aval. Geral= avaliação geral

pós-operatório foi menor e houve significância estatística ($p = 0,033$). As medidas de força pinça polpa a polpa ($p = 0,024$), força de pinça de três pontos ($p = 0,038$), abdução radial ($p = 0,005$) e ainda abdução palmar ($p = 0,005$) apresentaram melhora no pós-operatório, com significância estatística. A força de pinça lateral ($p = 0,136$) foi maior no pós-operatório; no entanto, não foi significativa estatisticamente. Também a oponência ($p = 0,123$) não foi significativa, com o valor pós-operatório ligeiramente menor. Os dados estão demonstrados na Tabela 5.

Nos 10 pacientes houve migração proximal do primeiro metacarpal, sendo que em três pacientes o espaço entre o escafoide e a base do metacarpal desapareceu completamente durante a radiografia sob estresse (Figuras 4, 5 e 6).

As complicações observadas foram: parestesia do nervo sensitivo radial em quatro pacientes, com melhora após três meses; e um paciente com soltura precoce do fio de Kirschner, com quatro semanas, sendo mantido com imobilização por mais uma semana.

DISCUSSÃO

Os resultados de várias técnicas cirúrgicas para o tratamento da rizartrose são controversos na literatura^(8-14,19-,24).

Em 1949, Gervis⁽⁹⁾ descreveu a excisão do trapézio para os pacientes não responsivos ao tratamento clínico conservador e observou bom resultado no alívio da dor.

Contudo, subsequentes relatos da cirurgia de Gervis realizados por Murley⁽²⁵⁾ e Iyer⁽²⁶⁾, observaram fraqueza considerável, que pode ser atribuída à instabilidade da base do metacarpo. Esta observação resultou no desenvolvimento do conceito de reconstrução ligamentar para estabilizar a base do metacarpal, idealizados por Eaton e Littler em 1973⁽⁷⁾. Um trabalho publicado em 1986 por Burton e Pellegrini⁽¹¹⁾ popularizou o procedimento de acrônimo LRTI (reconstrução ligamentar e interposição de tendão). Na literatura, os resultados relatados por estes e outros investigadores são muito bons^(19,20). A LRTI inclui diversas formas para estabilizar a base do metacarpal do polegar, sendo: 1) a reconstrução ligamentar, utilizando uma tira do tendão flexor radial do carpo; 2) interposição de tendão no espaço da trapeziectomia; 3) fixação temporária com fio de Kirschner e adicionada, imobilização do polegar após a cirurgia.

Com o passar dos anos, vários investigadores colocaram de lado a noção de que todas as formas de estabilização deveriam ser usadas em conjunto. Froimson⁽²¹⁾, Dell e Muniz⁽²²⁾ e outros autores, têm sugerido que a interposição de tendão sem reconstrução ligamentar ou fixação temporária com fio de Kirschner é suficiente. Gerwin *et al*⁽²³⁾ mostraram que os resultados da reconstrução ligamentar não são afetados pela interposição de tendão. Em recente trabalho publicado por Kuhns *et al*⁽²⁴⁾, demonstrou-se que a estabilização com fio de Kirschner se bastava para a estabilização da articulação trapeziometacarpal, fato constatado pelo estudo prospectivo e randomizado de Davis *et al*⁽¹⁰⁾.

Tabela 5 – Avaliação global dos pacientes operados.

Pacientes	FP		PP		PL		PT		AR		AP		OP	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
1	26,0	15,0	2,5	8,0	5,0	10,0	4,0	9,0	28,0	42,0	28,0	42,0	10,0	9,0
2	26,0	0,0	3,5	2,0	3,5	3,0	3,0	2,0	30,0	44,0	40,0	42,0	10,0	9,0
3	16,0	8,0	3,5	9,0	5,0	12,0	3,5	10,0	34,0	38,0	34,0	40,0	9,0	8,0
4	18,0	12,0	3,0	8,0	3,0	8,0	2,5	7,0	34,0	40,0	32,0	42,0	10,0	10,0
5	26,0	12,0	5,0	5,0	6,0	6,0	5,0	4,5	30,0	40,0	30,0	42,0	9,0	9,0
6	20,0	12,0	3,5	5,0	4,0	9,0	3,5	6,0	38,0	40,0	40,0	42,0	10,0	8,0
7	12,0	12,0	3,0	5,0	5,0	4,5	4,5	5,0	30,0	44,0	30,0	42,0	9,0	6,0
8	4,0	2,0	3,0	2,5	3,0	2,5	3,0	3,0	15,0	35,0	18,0	25,0	8,0	6,0
9	12,0	16,0	3,0	6,0	3,5	6,0	3,0	4,0	35,0	40,0	32,0	40,0	10,0	10,0
10	22,0	24,0	3,0	5,0	7,0	5,0	3,0	5,0	28,0	40,0	36,0	38,0	8,0	10,0
Média	18,2	11,3	3,3	5,5	4,5	6,6	3,5	4,6	30,2	40,3	32,0	39,5	9,3	8,5

FP: força de prensão palmar em Kgf (quilograma-força); PP: força de pinça polpa polpa em Kgf; PL: força de pinça lateral em Kgf; PT: força de pinça três pontos em Kgf; AR: abdução radial em graus; AP: abdução palmar em graus; OP: oponência

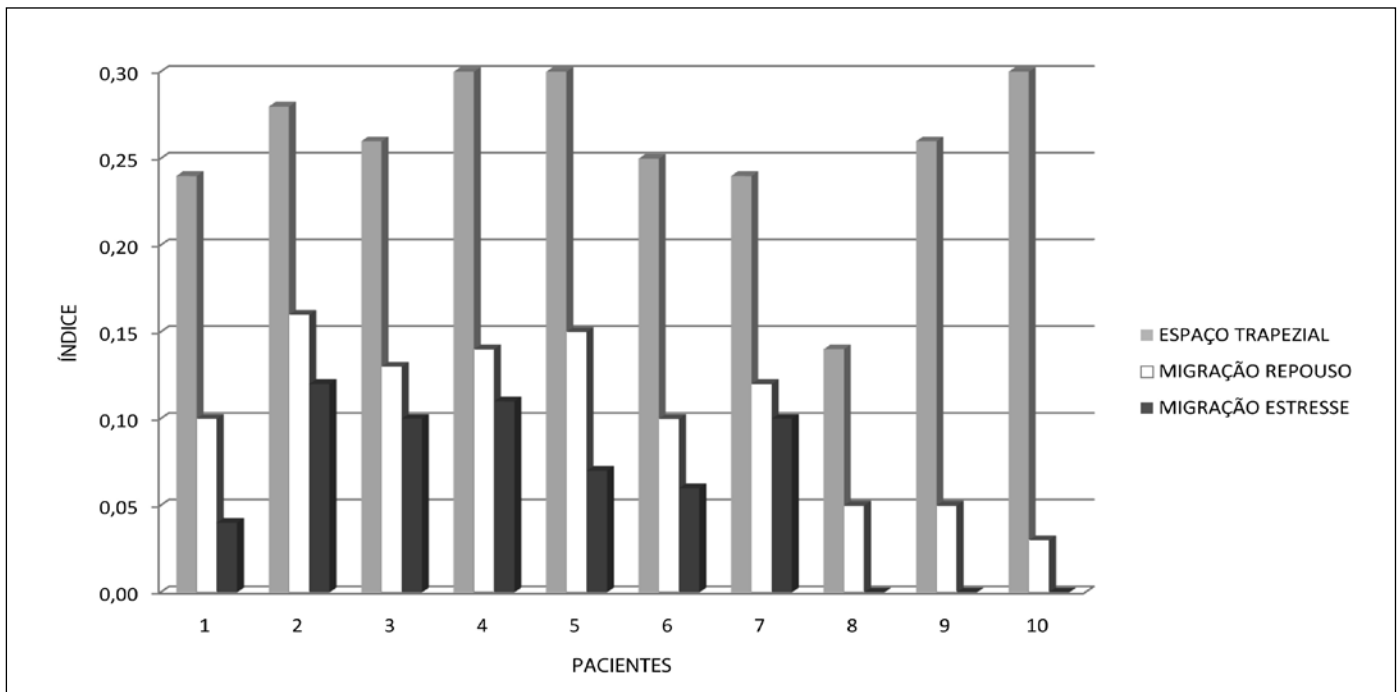


Figura 4 – Índices do espaço trapezoidal e de migração do primeiro metacarpo em repouso e sob estresse dos paciente de 1 a 10.



Figura 5 – Radiografia mostrando o método para a medida do espaço trapezoidal e primeiro metacarpo.

Os pacientes apresentados neste estudo configuram a população tipicamente acometida pela osteoartrose primária da articulação trapeziometacarpal, no que se refere à idade, sexo, cor e profissão, conforme os dados relatados na literatura^(1,2,8,9,10,12).

No que se refere ao alívio da dor, assim como em outros trabalhos^(2,7-10,12,21,23,25,26), houve melhora em relação ao nível pré-operatório, com pacientes livres de sintomatologia dolorosa no pós-operatório, fato que provavelmente está relacionado com a excisão do trapézio e sua junta artrítica.



Figura 6 – Radiografia pós-operatória mostrando a migração do metacarpo durante estresse máximo de pinça lateral.

Na análise do efeito da cirurgia na função física, encontramos na literatura^(19,20) trabalhos que utilizam dados subjetivos, que envolvem atividades diárias que provocam dor e causam limitação funcional como: virar uma chave, abrir uma jarra, contar dinheiro, escrever, uso de faca ou tesouras, abotoar roupa, escovar os dentes, pegar pequenos objetos, entre outros; no entanto, sem padronização que facilite a comparações dos resul-

tados. Dentre as escalas funcionais que são disponíveis para avaliação funcional, encontram-se: *Jebsen Hand Function Test*⁽²⁷⁾, *Sollerman Test of Hand Function*⁽²⁸⁾ e o DASH⁽¹⁵⁾, que foi recentemente validado em nosso meio e utilizado em nosso estudo.

No que se refere aos métodos de avaliação global do paciente, encontramos na literatura^(1,2,9,10,12-14,19-22) medidas de força (preensão palmar, pinças polpa a polpa, pinça chave e pinça de três pontos), goniometria (abduções palmar e radial) e opondência, que demonstram melhora dos resultados quando comparados ao pré-operatório com seguimento mínimo de dois anos. Em nosso estudo, observou-se perda da força de preensão palmar, porém, ganho de força pinça polpa a polpa, pinça lateral e pinça de três pontos. Observou-se melhora da goniometria (abduções palmar e radial), dado condizente com a literatura. Alguns pacientes apresentavam déficit de opondência no pós-operatório, alguns permaneceram inalterados e outros obtiveram melhora nesse quesito.

Utilizamos o escore de Buck-Gramcko, como no trabalho prospectivo e randomizado de Kriegs, para obter um resultado final do procedimento, com associação de dados objetivos e subjetivos, possibilitando a comparação com os outros métodos de avaliação utilizados e com outras técnicas em estudos futuros. Deve ser salientado que, no escore de Buck-Gramcko⁽¹⁷⁾, os dados objetivos são responsáveis por um total máximo de 18 pontos (32%), enquanto os dados subjetivos totalizam no máximo 38 pontos (68%), do total de 56 pontos. Ainda deve ser ressaltado que nos dados objetivos a força de pinça polpa a polpa foi comparada ao lado contralateral, não sendo consideradas a dominância e a bilateralidade. O mínimo necessário para a obtenção de um resultado excelente é de 49 pontos.

Em relação à interposição de tendão, apesar de trabalhos não mostrarem diferença nos resultados clínicos^(10,20,22), acreditamos que a utilização da porção do abductor longo do polegar reduz as forças deformantes que atuam na base do primeiro metacarpal, e a interposição idealiza um efeito biológico, induzindo a fibrose, produzindo, assim, um coxim entre as superfícies incongruentes da base do metacarpal e distal do escafoide.

No que se refere à fixação e imobilização no pós-operatório, realizamos fixação temporária por cinco semanas com fio de Kirschner associado à tala ges-

sada para o polegar, possibilitando a cicatrização de partes moles para que se possa iniciar a reabilitação com alguma estabilidade. Na literatura, o tempo para retirada da fixação e imobilização varia de quatro a seis semanas^(5,7,8,10,11,20,22-24).

No que se refere ao estudo radiográfico, houve migração proximal do primeiro metacarpal ($\geq 50\%$) em todos os pacientes. Em três destes, o espaço entre o primeiro metacarpo e o escafoide desapareceu sob estresse, sendo que, pelo escore de Buck-Gramcko, os três tiveram resultados regulares, com significativa melhora nas suas avaliações pelo DASH, concluindo-se que a migração proximal do primeiro metacarpo e consequente perda do comprimento do polegar, não afetou o resultado funcional em nosso estudo, fato relatado na literatura^(10,20).

Observamos, ainda, que, apesar de ocorrer perda de força de preensão nos testes com o dinamômetro após a cirurgia, isto não influenciou os resultados clínicos e funcionais.

Todos os trabalhos que demonstraram resultados tão satisfatórios quanto os descritos por Burton e Pellegrini⁽¹¹⁾, imobilizaram, através de gesso, órtese ou enfaixamento por três a quatro semanas após a cirurgia. Manske⁽²⁹⁾, em seu comentário sobre a excisão do trapézio, especula que os resultados não satisfatórios de Gervis⁽⁹⁾ e posteriormente por Murley⁽²⁵⁾ e Iyer⁽²⁶⁾, poderiam ter sido melhores, com a simples imobilização pós-operatória do polegar. Em nosso meio, Pardini Junior *et al*⁽³⁰⁾, confirmaram que a adição da ligamentoplastia na trapeziectomia com interposição não apresentou vantagens. Não encontramos na literatura um trabalho que analisasse prospectivamente o tratamento cirúrgico com tantas variáveis.

Não defendemos o total abandono das técnicas de estabilização como a suspensoplastia e a reconstrução ligamentar e sim procuramos a sua melhor indicação e o seu real valor no resultado final do tratamento.

CONCLUSÃO

A trapeziectomia com interposição da tira do abductor longo do polegar mostrou-se uma técnica de execução relativamente simples.

Os resultados mostram que a técnica é eficaz no alívio da dor e na melhora clínica e funcional na maioria dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Armstrong AL, Hunter JB, Davis TR. The prevalence of degenerative arthritis of the base of the thumb in post-menopausal women. *J Hand Surg Br.* 1994;19(3):340-1.
2. Martou G, Veltri K, Thoma A. Surgical treatment of osteoarthritis of the carpometacarpal joint of the thumb: a systematic review. *Plast Reconstr Surg.* 2004;114(2):421-32.
3. Zancolli EA, Zladenberg C, Zancolli E Jr. Biomechanics of the trapeziometacarpal joint. *Clin Orthop Relat Res.* 1987;(220):14-26.
4. Zancolli, EC, Cozzi EP. "Articulación trapeciometacarpiana (anatomía y mecánica)". In: Atlas de anatomía quirúrgica de la mano. Buenos Aires: Ed. Buenos Aires; 1994. p. 493-510.
5. Eaton RG, Glickel SZ, Littler JW. Tendon interposition arthroplasty for degenerative arthritis of the trapeziometacarpal joint of the thumb. *J Hand Surg Am.* 1985;10(5):645-54.
6. Swigart CR, Eaton RG, Glickel SZ, Johnson C. Splinting in the treatment of arthritis of the first carpometacarpal joint. *J Hand Surg Am.* 1999;24(1):86-91.
7. Eaton RG, Littler JW. Ligament reconstruction for the painful thumb carpometacarpal joint. *J Bone Joint Surg Am.* 1973;55(8):1655-66.
8. Thompson JS. Suspensoplasty. *J Orthop Surg Technol.* 1989;41(1):1-13.
9. Gervis WH. Excision of the trapezium for osteoarthritis of the trapezio-metacarpal joint. *J Bone Joint Surg Br.* 1949;31(4):537-9.
10. Davis TR, Brady O, Dias JJ. Excision of the trapezium for osteoarthritis of the trapeziometacarpal joint: a study of the benefit of ligament reconstruction or tendon interposition. *J Hand Surg Am.* 2004;29(6):1069-77.
11. Burton RI, Pellegrini VD Jr. Surgical management of basal joint arthritis of the thumb. Part II. Ligament reconstruction with tendon interposition arthroplasty. *J Hand Surg Am.* 1986;11(3):324-32.
12. Wajon A, Ada L, Edmunds I. Surgery for thumb (trapeziometacarpal joint) osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(4):CD004631.
13. Thomsen NO, Jensen CH, Nygaard H. Weilby-Burton arthroplasty of the trapeziometacarpal joint of the thumb. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2000;34(3):253-6.
14. Ishida O, Ikuta Y. Trapeziometacarpal joint arthrodesis for the treatment of arthrosis. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2000;34(3):245-8.
15. Orfale AG, Araújo PM, Ferraz MB, Natour J. Translation into Brazilian Portuguese, cultural adaptation and evaluation of the reliability of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire. *Braz J Med Biol Res.* 2005;38(2):293-302.
16. Kapandji A. [Clinical test of apposition and counter-apposition of the thumb]. *Ann Chir Main.* 1986;5(1):67-73.
17. Buck-Gramcko D. Bewertung der Ergebnisse von Operationen wegen Daumensattelgelenksarthrose. Rundschreiben an die Teilnehmer der XII. Basler Handchirurgischen Arbeitstagung, Marz 1987. In: Buck-Gramcko d, Heilbig B, editors. Daumensattelgelenksarthrose. Stuttgart: Hippokrates; 1994. p. 43-4.
18. Yang SS, Weiland AJ. First metacarpal subsidence during pinch after ligament reconstruction and tendon interposition basal joint arthroplasty of the thumb. *J Hand Surg Am.* 1998;23(5):879-83.
19. Tomaino MM, Pellegrini VD Jr, Burton RI. Arthroplasty of the basal joint of the thumb. Long-term follow-up after ligament reconstruction with tendon interposition. *J Bone Joint Surg Am.* 1995;77(3):346-55.
20. Kriegs-Au G, Petje G, Fojtl E, Ganger R, Zachs I. Ligament reconstruction with or without tendon interposition to treat primary thumb carpometacarpal osteoarthritis. A prospective randomized study. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86-A(2):209-18.
21. Froimson AI. Tendon arthroplasty of the trapeziometacarpal joint. *Clin Orthop Relat Res.* 1970;70:191-9.
22. Dell PC, Muniz RB. Interposition arthroplasty of the trapeziometacarpal Joint for osteoarthritis. *Clin Orthop Relat Res.* 1987;(220):27-34.
23. Gerwin M, Griffith A, Weiland AJ, Hotchkiss RN, McCormack RR. Ligament reconstruction basal joint arthroplasty without tendon interposition. *Clin Orthop Relat Res.* 1997;(342):42-5.
24. Kuhns CA, Emerson ET, Meals RA. Hematoma and distraction arthroplasty for thumb basal joint osteoarthritis: a prospective, single-surgeon study including outcomes measures. *J Hand Surg Am.* 2003;28(3):381-9.
25. Murley AH. Excision of the trapezium in osteoarthritis of the first carpo-metacarpal joint. *J Bone Joint Surg aM* 1960;42:502-7.
26. Iyer KM. The results of excision of the trapezium. *Hand.* 198;13(3):246-50.
27. Jebesen RH, Taylor N, Trieschmann RB, Trotter MJ, Howard LA. An objective and standardized test of hand function. *Arch Phys Med Rehabil.* 1969;50(6):311-9.
28. Sollerman C, Ejeskär A. Sollerman hand function test. A standardised method and its use in tetraplegic patients. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1995;29(2):167-76.
29. Manske PR. Commentary: Excision of the trapezium. *J Hand Surg Am.* 2004;29(6):1078-9.
30. Pardini Junior AG, Freitas AD, Chaves AB, Freitas MB. Estudo comparativo entre ressecção do trapézio e interposição tendinosa com e sem ligamentoplastia no tratamento da artrose carpometacarpiana do polegar. *Rev Bras Ortop.* 2008;43(3):69-75.