

# Prevenção e tratamento da dor pós-operatória na cirurgia do pé



**Dr. Dinis Carmo**

Médico Ortopedista. Especialista pela OM. Orthopedic Surgeon (Univ. Wits., JHB, Republica da Africa do Sul). Director da Clínica Ortopédica Dr. Dinis Carmo, Porto. Subespecialista em Cirurgia Ortopédica Electiva e Minitraumática



**Dr. António Ramos**

Podologista. Clínica Ortopédica Dr. Dinis Carmo, Porto. Consultório de Podologia de Penafiel, Penafiel  
www.consultoriodepodologia.com  
E-mail: antonioramos74@gmail.com

## Sumário

A cirurgia do pé tem, não só junto da população em geral, mas também dos próprios profissionais de saúde, a reputação de ser uma cirurgia com um pós-operatório multíssimo doloroso. É óbvio que, sendo assim, muitos doentes recusam a cirurgia reparadora dos pés, preferindo arrastar a sua situação *ad eternum*... Logicamente, esta situação não é satisfatória nem para os doentes que deixam de ser tratados nem para os profissionais envolvidos

neste tipo de patologia. Perante esta realidade, várias perguntas se tornam pertinentes:

- 1.ª) Será que quem se queixa tem efectivamente razão?
- 2.ª) Se tem, por que razão a cirurgia do pé é mais dolorosa que a das outras partes do corpo?
- 3.ª) Quais são as causas desta verdadeira «síndrome dolorosa da cirurgia do pé»?
- 4.ª) O que pode ser feito para evitar esta situação?

A cirurgia do pé tem, não só junto da população em geral, mas também dos próprios profissionais de saúde, a reputação de ser uma cirurgia com um pós-operatório multíssimo doloroso.

### 1.ª) Será que quem se queixa tem efectivamente razão?

É nossa convicção que a discussão deste tema, só por si, seria motivo suficiente não para um mas para muitos artigos e publicações. Contudo, na nossa prática clínica, optamos por um conceito prático elementar que é o seguinte: até prova em contrário quem se queixa tem sempre razão. Resta-nos, portanto, tentar determinar as causas deste quadro doloroso e, obviamente, preveni-las e tratá-las o melhor possível.

### 2.ª) Se tem, por que razão a cirurgia do pé é mais dolorosa que a das outras partes do corpo?

Sem dúvida, há algumas particularidades próprias, ou até mesmo exclusivas, da região do pé. Nomeadamente, a sua posição pendente e de carga. Não conhecemos (ainda...) nenhum

obstetra que recomende à parturiente ter relações sexuais no dia a seguir ao parto. Contudo, em relação ao pé, quando a operação foi efectuada por técnicas mais modernas miniminvasivas, é frequente o doente ser encorajado, ou pelo menos, «autorizado» a pousar o pé no chão e efectuar carga (pelo menos parcial).

Como é também do conhecimento geral, um problema habitual em qualquer pós-operatório é o edema. A situação pendente do pé predispõe e torna a resolução deste problema mais difícil ou, no mínimo, mais incómoda para o doente, o que quer dizer ser mais provável as instruções pós-operatórias não serem integralmente cumpridas. Não é por acaso que um dos princípios básicos do pós-operatório da cirurgia da mão é a elevação do membro, ou como dizia um mestre: «Mão operada é mão levantada». Pôr uma mão ao peito é fácil, e pôr um pé ao peito?...

### 3.ª) Quais são as causas desta verdadeira «síndrome dolorosa da cirurgia do pé»?

Na alínea anterior já foram mencionadas duas causas que no nosso entender são das mais importantes e com interligação entre si, nomeadamente:

- zona de carga/bipedestação;
  - situação pendente do pé/edema.
- Outras causas objectivas poderão ser:
- a pequena dimensão das estruturas;
  - riqueza da inervação cutânea do antepé;
  - proximidade dos vasos e dos nervos digitais das estruturas intervencionadas.

Contudo, é nossa convicção que as causas principais estão relacionadas fundamentalmente com problemas de:

- insuficiência técnica intra-operatória e
- insuficientes cuidados pós-operatórios, bem como o facto de muitos destes problemas não surgirem por desconhecimento de quem faz a cirurgia ou por problemas técnicos particularmente difíceis de ultrapassar. A razão principal está relacionada com uma atitude mais ou menos generalizada de um certo «desprezo» pelo pé, o preconceito de que se trata de um órgão «menos nobre», habituado à carga e aos maus-tratos e que, portanto, não necessita dos mesmos cuidados que outras partes mais delicadas do corpo humano.

Erro monumental...

#### 4.ª) O que pode ser feito para evitar esta situação?

As recomendações seguintes são feitas, fundamentalmente, em relação à cirurgia dita clássica, aberta ou convencional, que, como menciona Ramon Viladot no prólogo da obra de Mariano de Prado, é uma maneira educada de dizer «antiquada». É tido em consideração que, em Portugal (e não só...), 95% dos cirurgiões em 95% das ocasiões é ainda o tipo de cirurgia que praticam.

Contudo, muitas das recomendações e cuidados indicados são também aplicáveis a outros tipos de cirurgia, porque a menor dimensão das vias de abordagem não significa necessariamente uma menor necessidade de cuidados básicos fundamentais.

– Expressão do membro com banda de Esmarch esterilizada (Fig. 1).



Fig. 1 - Expressão do membro com banda de Esmarch esterilizada. Garrote pneumático aplicado na raiz da coxa, insuflado depois da expressão com banda.

A simples elevação do membro por «alguns minutos» não é suficiente para a drenagem eficaz das veias, aumentando o risco de fenómenos tromboembólicos;

– Garrote pneumático, de regulação automática, permanente (Fig. 1).

A utilização de bandas elásticas com efeito de «garrote» tem o sério inconveniente de não

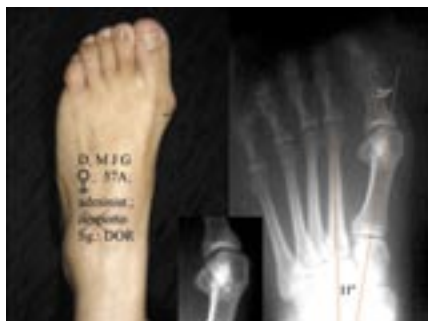


Fig. 3. Exemplo de «joanete» («bunion») ligeiro, mas muito sintomático com os movimentos do hallux. Apesar do aspecto benigno do Rx, verificou-se, durante a intervenção, haver uma degradação acentuada da cartilagem da cabeça do hallux, motivo dos sintomas.

ser controlável em termos da pressão aplicada. Estudos revelaram que a tendência nestes casos é (por receio de se aplicar uma pressão insuficiente) utilizar-se uma pressão exagerada, capaz de atingir facilmente os 500/600 mmHg, quando 350/450 mmHg são habitualmente suficientes;

– Conveniência do uso de lupas de magnificação cirúrgica, particularmente para as intervenções aos pequenos dedos (Fig. 2).



Fig. 2 - Lupas de magnificação para uso cirúrgico.

– Delineação prévia da incisão a efectuar com lápis dermatográfico.

– O mais escrupuloso respeito pela integridade anatómica das estruturas a intervir (primo non nocere). Evitar os rolos vasculonervosos subcutâneos. Ter sempre presente que, nas extremidades, os vasos acompanham os nervos e vice-versa: a coagulação ou incisão inadvertida de um vaso tem altas probabilidades de lesionar igualmente um ramo nervoso digital, podendo dar origem a uma zona de insensibilidade ou, pior, a um neuroma iatrogénico pós-traumático. Dissecção profunda segundo os planos anatómicos.

– Uso de material cirúrgico básico (canivetes, afastadores, elevadores, etc.) adequado ao tamanho das estruturas do antepé, e nomeadamente para as osteotomias e fixações (Figs. 4, 5, 6):

- minisserra
- micromotor (brocas)
- minimotor p/ fios de Kirschner («mini-driver»).



Fig. 4 - Material de cirurgia delicada. Minimotor, microscerra e microbroca

– Anestesia da zona intervencionada e circundante com irrigação/infiltração local com uma substância analgésica sem vasoconstrito-

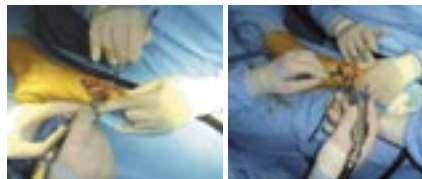


Fig. 5 - Osteotomia da base da falange proximal do hallux. Exérese e regularização da exostose («joanete»).



Fig. 6 - Fixação do hallux com fios de Kirschner com auxílio do minimotor. A ponta dos fios é dobrada de maneira a fazer um círculo para evitar acidentes.

res (adrenalina), sobretudo no caso de zonas terminais (dedos) (Fig. 7).

– Prevenção do hematoma (muito doloroso sob pressão, para além de poder ser um potencial foco de infecção – o sangue é um meio de cultura excelente para as bactérias) e edema pós-operatórios. Com este propósito utilizamos:

- Um dreno («crina») manufacturado na altura com o uso de um fio de sutura, monofilamento (nylon de preferência), dobrado várias vezes sobre si próprio, parcialmente inserido na ferida, drenando livremente para os pensos supra jacentes (Fig. 7).



Fig. 7 - Dreno manufacturado com fio de nylon. Anestesia da zona intervencionada.

- Uso de ligaduras de algodão esterilizado, humedecido em soro esterilizado, sobre as compressas pós-operatórias e o dreno (actua por capilaridade e refrigeração) (Fig. 8).



Fig. 8 - Penso pós-cirúrgico imediato. Aplicação de ligaduras de algodão humedecido em soro fisiológico (esterilizados).





- Elevação do membro antes da libertação do garrote. Esta elevação é mantida permanentemente, incluindo o período de recobro da anestesia e transferência do doente para o leito definitivo (Fig. 9).



Fig. 9 - Elevação efectiva do membro antes da libertação do garrote.

- Elevação EFICAZ dos «pés na cama».
- Evitar todo o tipo de pressões sobre a zona intervencionada. Prestar especial atenção aos lençóis que, se presos sob a zona dos pés da cama, podem ficar facilmente sob grande tensão com a elevação recomendada. Idem, no que diz respeito a cobertores e outros objectos colocados sobre o leito ou por cima dele (tabuleiros de comida ou outros, visitantes que se sentam na parte traseira da beira da cama, etc.). Recomenda-se o uso de resguardo metálico («gaiola») sobre os pés para prevenir todas estas situações.

Uso de GELO (crioterapia), o analgésico mais barato e por vezes mais eficaz conhecido, embora a sua aplicação na região particular dos dedos dos pés se possa revestir de algumas dificuldades práticas relativamente à sua manutenção prolongada no local desejado.

- Uso de GELO (crioterapia), o analgésico mais barato e por vezes mais eficaz conhecido, embora a sua aplicação na região particular dos dedos dos pés se possa revestir de algumas dificuldades práticas relativamente à sua manutenção prolongada no local desejado. Atenção para que a sua aplicação e fixação no pé não seja também um motivo de pressão directa sobre o local de intervenção. A utilização de mangas industriais desenhadas para o efeito é muito prática, mas pode ser causa de queimaduras por frio potencialmente graves, já reportadas, pelo que pessoalmente não as utilizamos.

- Mudança dos pensos operatórios (húmidos e ensanguentados) por pensos secos, impreteivelmente às 24 h, entre outros motivos para evitar a maceração da pele (Fig. 10).



Fig. 10 - Drenagem sanguínea para os pensos humedecidos. Aspecto do pé após a remoção.

### Notas finais

(1) A meticulosa atenção aos pormenores é fundamental e pode ser o factor capaz de fazer a diferença ou, parafraseando K. Vince:

«... o diabo está nos PORMENORES...» (Kelly G. Vince, MD, Assoc. Prof. of Orthop. Surg. Univ. of Southern California, Los Angeles, California, USA).

(2) Não existe substituto para a boa técnica cirúrgica, seja ela maxi ou mininvasiva, convencional ou percutânea.

(3) e, finalmente: as operações aos pés não são pequenas operações, são grandes operações realizadas em estruturas pequenas.

### Nota adicional

O pé e o Hinduísmo (Fig. 11)

O Hinduísmo é uma das mais populares religiões do mundo, com mais de 660 milhões de adeptos, principalmente na União Indiana.

Uma das crenças fundamentais em que se baseia esta religião é a divisão dos indi-



Fig. 11 - Imagem de Brahma, divindade principal do Hinduísmo

vídus por classes ou «castas». A origem das diferentes castas será a seguinte: das diferentes partes do deus Brahma, deus principal e criador emanaram quatro filhos, que formaram as quatro castas principais: dos lábios saíram os Brâmanes ou sacerdotes, casta principal e mais importante; dos braços os Guerreiros ou Xátrias; das pernas os Lavradores, Comerciantes e outros Artesãos, os Vaicias, e, finalmente, dos Pés as classes mais desfavorecidas, os Sudras, servos, escravos e os (ditos) «Intocáveis».



Fig. 12 - Hallux valgus espectacular. Imagens pré e pós-operatórias recentes.

### Bibliografia:

1. Campbell's Operative Orthopaedics, 9.ª Ed. Ed. Mosby.
2. Encyclopedia Médico-cirúrgica, Podologia, Elsevier Masson, Vols. 1 e 2.
3. Mann, R. A. Surgery of the Foot. 5th Ed.
4. Shereff. Atlas of Foot and Ankle Surgery.
5. Wülker N. et al. An Atlas of Foot and Ankle Surgery. Ed Martin Dunitz.
6. Nieto García E. Cirugía Podológica. Técnicas de Mínima Incisión. Ed. Mileto.
7. Mariano de Prado et al. Cirurgia Percutânea Del Pie. Técnicas Quirúrgicas, Indicaciones, Bases Anatómicas. Ed. Masson.

