

Subluxação do tendão fibular curto: relato de caso com tratamento cirúrgico *Peroneus brevis tendon subluxation: a case report with surgical treatment*

Julio Cesar Gali,¹ Lucas Pilquevitch,¹ Matheus Lucena de Macedo,¹
Salomão Rodrigues de Andrade,¹ Vinicius Camargo de Souza¹

RESUMO

A subluxação dos tendões fibulares é uma patologia rara, em geral relacionada a traumas esportivos, que ocorre devido à ruptura do retináculo fibular superior. O diagnóstico pode ser majoritariamente clínico, porém a utilização de técnicas de imagem, como a ultrassonografia dinâmica e a ressonância magnética, pode contribuir para seu esclarecimento. O tratamento pode ser conservador ou cirúrgico, se não houver melhora com o tratamento conservador, não havendo um consenso quanto à técnica mais adequada a ser empregada. Neste relato de caso, os autores reportam um caso de subluxação do tendão do fibular curto, sem causa traumática aparente, no qual houve necessidade de abordagem cirúrgica após falha do tratamento conservador. A técnica escolhida foi a reinserção em jaquetão do retináculo fibular superior, que se mostrou bem-sucedida.

Palavras-chave: articulação do tornozelo; luxações articulares; traumatismos dos tendões.

ABSTRACT

Subluxation of the peroneal tendons is a rare pathology, usually related to sports trauma, which occurs due to rupture of the superior peroneal retinaculum. The diagnosis is mostly clinical, but imaging techniques such as dynamic ultrasonography and magnetic resonance imaging may help confirm it. If there is no improvement with conservative treatment, surgical intervention may be indicated, although there is no consensus on the most appropriate technique. In this case report, the authors present a case of subluxation of the peroneus brevis tendon with no apparent traumatic cause, in which surgical intervention was required after failure of conservative management. The chosen technique was superior peroneal retinaculum reconstruction by overlapping, which proved to be successful.

Keywords: ankle joint; joint dislocations; tendon injuries.

INTRODUÇÃO

A subluxação dos tendões fibulares é uma condição relativamente rara e, apesar de estar se tornando mais frequente devido ao aumento da prática esportiva, ainda é pouco descrita na literatura.¹ O mecanismo da subluxação dos tendões fibulares é a inversão e dorsiflexão do pé e tornozelo, simultaneamente à uma contração intensa e repentina dos tendões fibulares.²

Clinicamente, a subluxação apresenta-se com edema na porção lateral do tornozelo, dor, aumento da sensibilidade e dificuldade de mobilização. A lesão pode ser evidenciada no exame inicial por manobras como o teste de eversão contra resistência e os movimentos de flexão plantar ativa e passiva.³

Tais manobras podem evidenciar um *snapping*, que consiste em um estalido ou ressalto dos tendões, causando um deslocamento anormal dessas estruturas sobre a fíbula distal.⁴

Em casos de subluxações recorrentes, pode existir histórico de lesões de tornozelo, possivelmente com diagnósticos errôneos de entorses, sensação de instabilidade e deslocamento.⁵

Apesar de o diagnóstico ser primariamente clínico, alguns métodos complementares podem ser utilizados. A ultrassonografia dinâmica pode mostrar a subluxação dos tendões durante a manobra de dorsiflexão e eversão do tornozelo.

¹ Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde (PUC-SP/FCMS) – Sorocaba (SP), Brasil.

Autor correspondente: Julio Cesar Gali

PUC-SP/FCMS - Departamento de Cirurgia, Rua Joubert Wey, 290, CEP.: 18030-070 – Sorocaba (SP), Brasil.

E-mail: jcgali@pucsp.br

Recebido em 07/05/2024 – Aceito para publicação em 17/06/2025.



Por isso, pode ser mais útil que a ressonância magnética, pois pode mostrar o deslocamento e a subluxação intermitentes dos tendões, já que é um estudo ativo.⁶

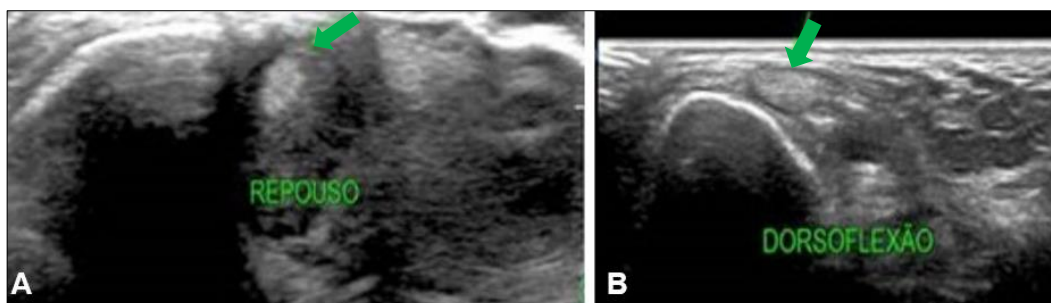
O tratamento conservador pode ser realizado nas lesões agudas e consiste em reposicionar os tendões dentro do sulco retromaleolar, seguido da imobilização da porção distal da perna.³ No entanto, subluxações agudas frequentemente tornam-se crônicas, com uma taxa de falha do tratamento conservador de 50%. O tratamento cirúrgico pode ser indicado se os sintomas persistirem depois de esgotadas as tentativas do tratamento conservador, com o objetivo de tratar a lesão e corrigir as causas que possam estar predispondo à subluxação.

RELATO DO CASO

Paciente de 25 anos de idade, sexo feminino, compareceu à consulta com queixa de dor e “travamento” no lado externo do pé esquerdo há dois anos, sem história de trauma definido e sem diagnóstico prévio. No exame físico, sentia dor à palpação da diáfise do quinto metatarso e estalido na flexo-extensão do tornozelo direito.

As radiografias do tornozelo foram consideradas normais, e a ultrassonografia dinâmica mostrou subluxação anterior do tendão fibular curto durante os movimentos de flexão dorsal, sugestiva de lesão do retináculo superior dos fibulares (Figura 1, A e B).

Figura 1, A e B. Ultrassonografia do tornozelo esquerdo.



A. Tendão do músculo fibular curto reduzido, em posição de repouso (seta verde);
B. Tendão do músculo fibular curto subluxado durante a dorsiflexão (seta verde).

Após dois meses de tratamento conservador, não houve melhora do quadro. Foi sugerida a possibilidade de correção cirúrgica, explicado como a cirurgia seria feita e suas possíveis complicações; a paciente optou pelo tratamento cirúrgico.

Tratamento cirúrgico e reabilitação

No caso relatado, foi realizada a reparação cirúrgica anatômica do retináculo fibular superior isolado, como descrita por Ferran *et al.*⁵ A paciente foi colocada na mesa cirúrgica em decúbito dorsal horizontal, sob raquianestesia e garrote pneumático na raiz da coxa, com um coxim colocado sob a nádega do lado a ser operado. Foi feita uma incisão longitudinal de cerca de 6 cm ao longo do trajeto dos tendões fibulares, e a bainha do tendão fibular curto foi aberta longitudinalmente, a aproximadamente 3 mm posterior à borda posterior da fíbula.

Em seguida, a superfície óssea do maléolo lateral foi raspada até que se tornasse visível uma superfície sangrante, e duas âncoras foram inseridas ao longo da borda posterior da fíbula inferior. A borda posterior da bainha dos fibulares foi avançada anteriormente, e o retináculo fibular superior foi

reconstruído por sobreposição, com o tornozelo em eversão e leve flexão dorsal. A força do reparo foi testada movendo a articulação em toda a sua amplitude de movimento.

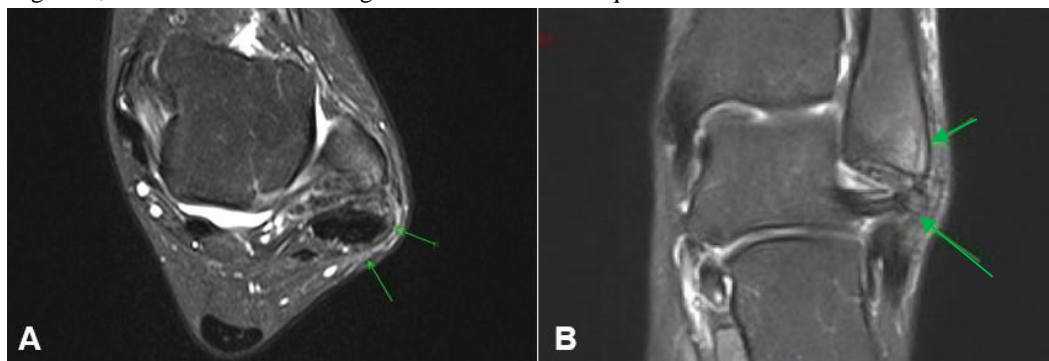
Após a ferida cirúrgica ser fechada, foi realizado enfaixamento com bandagem de crepe e feita uma imobilização gessada com o tornozelo em posição neutra quanto à flexo-extensão e leve eversão. A paciente teve alta no dia seguinte à cirurgia e, após dez dias, foram retirados os pontos, e o tornozelo foi imobilizado com gesso sintético por quatro semanas.

Após a retirada do gesso, o apoio parcial foi liberado e a fisioterapia iniciada. Ciclismo e natação foram iniciados duas semanas após a retirada do gesso, e exercícios graduais de alongamento e fortalecimento começaram após oito semanas. O retorno à prática esportiva foi autorizado no quinto mês pós-operatório.

Não houve complicações pós-operatórias. Após seis meses da cirurgia, foi realizada uma ressonância magnética, na qual o retináculo reconstruído estava visível nas imagens de T1 e T2 (Figura 2, A e B). Com um ano de pós-operatório, a paciente apresentava mobilidade total do tornozelo, sem recidiva da subluxação e estava assintomática.



Figura 2, A e B. Ressonância magnética do tornozelo esquerdo.



A. Imagem axial ponderada em T2 de ressonância magnética do tornozelo esquerdo mostrando o retináculo reparado (setas verdes);
B. Imagem coronal ponderada em T2 mostrando a reconstrução do retináculo (setas verdes).

DISCUSSÃO

A história informada pela paciente foi de dor e “travamento” repentinos do tornozelo esquerdo, sem relatar trauma prévio. Entretanto, a lesão geralmente ocorre em traumas, como as entorses do tornozelo, mas principalmente em atletas que praticam esportes que exigem rápida movimentação, como esqui, patinação, futebol, basquete, rúgbi e ginástica. Embora não haja consenso sobre a forma mais adequada de tratamento dessa condição, resultados efetivos têm sido observados com intervenções cirúrgicas, após falha do tratamento conservador.

As quatro principais técnicas cirúrgicas são: a reinserção anatômica do retináculo fibular superior, o aprofundamento do sulco retrofibular, a colocação de bloqueios ósseos e o reforço do retináculo fibular superior por meio da transferência de tecidos moles. A profundidade do sulco retrofibular é um dos fatores predisponentes às tendinopatias fibulares, e o seu aprofundamento pode ser realizado quando o sulco for raso ou convexo.⁹

Altas taxas de complicações são associadas aos bloqueios ósseos, principalmente quando são usados parafusos para sua fixação, incluindo a não consolidação óssea, aderências dos tendões aos enxertos ósseos e dor crônica.¹⁰

A paciente não apresentou complicações pós-operatórias, como diminuição da mobilidade do tornozelo e aderências; os exames pós-operatórios mostraram a reconstrução do retináculo e a estabilização do tendão.

CONCLUSÃO

O procedimento cirúrgico empregado foi satisfatório, permitindo o pleno retorno da paciente às atividades prévias sem que houvesse complicações intraoperatórias ou pós-operatórias.

REFERÊNCIAS

1. Adachi N, Fukuhara K, Tanaka H, Nakasa T, Ochi M. Superior retinaculoplasty for recurrent dislocation of peroneal tendons. *Foot Ankle Int.* 2006;27(12):1074-8. doi: 10.1177/107110070602701213.
2. Suh JW, Lee JW, Park JY, Choi WJ, Han SH. Posterior fibular groove deepening procedure with low-profile screw fixation of fibrocartilaginous flap for chronic peroneal tendon dislocation. *J Foot Ankle Surg.* 2018;57(3):478-83. doi: 10.1053/j.jfas.2017.10.033.
3. Van Dijk PAD, Kerkhoffs GMMJ, Chiodo C, Digiovanni CW. Chronic disorders of the peroneal tendons: current concepts review of the literature. *J Am Acad Orthop Surg.* 2019;27(16):590-8. doi: 10.5435/JAAOS-D-18-00623.
4. Pesquer L, Guillo S, Poussange N, Pele E, Meyer P, Dallaudière B. Dynamic ultrasound of peroneal tendon instability. *Br J Radiol.* 2016;89(1063):20150958. doi: 10.1259/bjr.20150958.
5. Ferran NA, Oliva F, Maffulli N. Recurrent subluxation of the peroneal tendons. *Sport Med.* 2006;36(10):839-46. doi: 10.2165/00007256-200636100-00003.
6. Draghi F, Bortolotto C, Draghi AG, Gitto S. Intrasheath instability of the peroneal tendons: dynamic ultrasound imaging. *J Ultrasound Med.* 2018;37(12):2753-8. doi: 10.1002/jum.14633.
7. Lugo-Pico JG, Kaiser JT, Sanchez RA, Aiyer AA. Peroneal tendinosis and subluxation. *Clin Sports Med.* 2020;39(4):845-58. doi: 10.1016/j.csm.2020.07.005.
8. Shrestha SK, Devkota P, Acharya BM, Bhatta TJ. A case of peroneal tendon subluxation following trivial ankle injury and review of the literature. *Hong Kong J Orthop Res.* 2020;3(2):32-4. doi: 10.1016/j.fas.2015.06.002.
9. Hwang IM, Rayos Del Sol S, Jenkins SM, Bryant SA, Gardner BB, McGahan P, et al. Open peroneal tendon stabilization with fibular groove deepening. *Arthrosc Tech.* 2022;11(3):e347-52. doi: 10.1016/j.eats.2021.10.028.
10. van Dijk PA, Gianakos AI, Kerkhoffs GM, Kennedy JG. Return to sports and clinical outcomes in patients treated for peroneal tendon dislocation: a systematic review. *Knee Surg Sport Traumatol Arthrosc.* 2016;24:1155-64. doi: 10.1007/s00167-015-3833-z.

Como citar este artigo:

Gali JC, Pilquevitch L, Macedo ML, Andrade SR, Souza VC. Subluxação do tendão fibular curto: relato de caso com tratamento cirúrgico. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba.* 2025;27:e66553. doi: 10.23925/1984-4840.2025v27a15.



Todo conteúdo desta revista está licenciado em Creative Commons CC By 4.0.