

Artrite basal do polegar

Artrite na base do polegar (articulação carpometacarpal).

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A dor fica na base do seu polegar, na parte carnuda perto do pulso. Ela pode subir em direção ao antebraço. Fazer pinça e segurar objetos costumam ser o que a provoca, porque esses movimentos colocam carga diretamente sobre a articulação desgastada. Girar uma chave, abrir um pote, segurar uma caneta ou levantar uma chaleira comprimem todos o mesmo ponto.

A sua força de pinça muitas vezes é afetada antes da força de preensão geral. É por isso que você pode conseguir carregar sacolas de compras, mas ter dificuldade com tarefas pequenas e precisas, como passar a linha na agulha ou fechar um zíper. A fraqueza e a dor nem sempre correspondem ao que a radiografia mostra, por isso algumas pessoas com pouco dano na articulação sentem muito, e algumas com articulações desgastadas sentem pouco.

A dor geralmente piora depois de usar o polegar por algum tempo, e pode acordar você à noite ou já estar presente logo ao acordar. O repouso costuma aliviá-la, mas a dor tende a voltar na próxima vez que você faz pinça ou segura algo. Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão, consulte o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista.

Com o tempo, as tarefas do dia a dia que exigem uma pinça firme se tornam as mais difíceis. Segurar o celular, escrever, usar uma tesoura ou abrir uma torneira podem parecer desajeitados ou dolorosos.

O que está realmente acontecendo

Bem no fundo da base do polegar fica uma pequena articulação, onde o osso do polegar encontra um osso do pulso. Ela funciona como uma sela: arredondada de um lado e côncava do outro, de modo que o polegar pode se mover de um lado para o outro, girar e pressionar contra as pontas dos dedos. Essa liberdade é o que permite

fazer pinça, segurar e torcer, mas também significa que a articulação suporta muita força cada vez que você usa a mão.

Nessa condição, a superfície lisa e escorregadia dentro dessa articulação se desgasta. Sem ela, osso atrita contra osso, e a articulação fica inflamada e inchada. O revestimento ao redor dela fica dolorido, e é por isso que a base do polegar fica sensível e pode ter câibras na parte carnuda logo abaixo do polegar. Como a articulação desgastada não mantém mais o osso do polegar no lugar, o osso pode sair do alinhamento e formar um calombo visível no ponto em que o polegar encontra o pulso.

O desgaste geralmente se desenvolve lentamente ao longo de anos. É mais comum em mulheres após a menopausa e muitas vezes afeta os dois polegares. À medida que avança, a articulação logo acima da base do polegar, onde o polegar dobra, também pode ficar frouxa. Essa frouxidão pode fazer o polegar ceder ou dobrar para o lado quando você faz pinça, o que aumenta a fraqueza que você sente.

A dor, a fraqueza e a falta de jeito que você sente são todas resultado desse desgaste. Fazer pinça e segurar objetos comprimem as superfícies desgastadas uma contra a outra, por isso esses são os movimentos que mais doem.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu quadro clínico. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Na sua consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos a sua mão e solicitamos exames de imagem, se forem necessários para confirmar o diagnóstico.

O primeiro passo são os cuidados que você mesmo pode fazer. Mudar a forma como você usa a mão, diminuir as tarefas que colocam carga na base do polegar e usar uma tala que apoie a articulação podem aliviar os sintomas. A terapia da mão tem como objetivo fortalecer os músculos que sustentam e estabilizam o polegar, o que tira carga das superfícies desgastadas. Essas medidas funcionam bem nos estágios iniciais, e geralmente damos uma chance adequada a elas antes de falar sobre qualquer outra coisa.

Se os cuidados por conta própria não forem suficientes, analgésicos e anti-inflamatórios podem ajudar você a continuar usando a mão. Uma injeção de cortisona na articulação pode aliviar uma crise dolorosa a curto prazo, embora o alívio geralmente não dure. Ela também pode ajudar a confirmar que a base do polegar é a verdadeira origem da sua dor.

A cirurgia entra na conversa quando o tratamento não cirúrgico não trouxe melhora suficiente, ou quando os seus sintomas impedem você de trabalhar ou de usar a mão. Oferecemos a substituição da articulação na base do polegar, em que as superfícies desgastadas são substituídas para aliviar a dor e manter o polegar em movimento. Alguns cirurgiões usam uma operação diferente, chamada trapeziectomia, que retira o pequeno osso do pulso em vez de substituí-lo. Vamos conversar sobre o que cada opção significa para a sua mão e decidir juntos o que é mais adequado para você.

O que esperar

Sem tratamento, a artrose da base do polegar geralmente se desenvolve lentamente ao longo de anos, e não de uma só vez. A dor tende a ir e voltar: piora depois que você usa o polegar, melhora com o repouso e volta na próxima vez que você faz pinça ou segura algo. Se nada for feito, a fraqueza e a falta de jeito nas tarefas do dia a dia geralmente aumentam, porque a articulação desgastada continua recebendo a mesma carga todos os dias.

A maioria das pessoas que lidam bem com a condição obtém um alívio real. Diminuir as tarefas que colocam carga na base do polegar, usar uma tala e fazer terapia da mão aliviam os sintomas em muitas pessoas, especialmente nas fases iniciais. Uma injeção pode acalmar uma crise dolorosa a curto prazo, embora o alívio geralmente não dure. Se essas medidas não forem suficientes, a cirurgia tem como objetivo eliminar a dor e manter o polegar em movimento. A recuperação de uma cirurgia na base do polegar leva tempo: você vai precisar se afastar do trabalho, por mais tempo se o seu trabalho exigir uso pesado das mãos, e vai passar algumas semanas com a mão em repouso enquanto ela cicatriza. A terapia da mão depois da cirurgia, com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation, orienta quando e quanto peso levantar à medida que o polegar volta a trabalhar.

A cirurgia não é uma promessa de um polegar sem dor. A maioria das pessoas tem muito menos dor e usa melhor a mão, mas alguns sintomas podem permanecer. Um pequeno número de pessoas precisa de outra operação mais tarde, seja porque a articulação se desgasta novamente, seja porque um implante dá problema. Se isso acontecer, uma segunda operação ainda pode ajudar: a maioria das pessoas que passa por ela diz que o polegar está melhor do que antes da primeira cirurgia, embora o resultado geralmente não seja tão bom quanto o de uma primeira operação. Manter cargas pesadas longe do polegar após a cirurgia ajuda o reparo a durar.

Se a sua mão ficar quente, vermelha, inchada e dolorida, especialmente com febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia. Não é necessário encaminhamento do médico de família.

Quando procurar ajuda médica

Consulte o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista se a dor na base do polegar não estiver melhorando, estiver piorando ao longo de semanas, acordar você à noite ou impedir você de trabalhar ou de usar a mão. Procure ajuda mais cedo se fazer pinça e segurar objetos tiverem ficado fracos ou pouco confiáveis, ou se girar chaves e abrir potes estiver ficando mais difícil apesar do repouso e da tala.

Alguns sinais de alerta exigem atendimento no mesmo dia. Vá ao pronto-socorro se a sua mão ficar quente, vermelha, inchada e dolorida, especialmente com febre. Isso pode ser uma infecção, e ela precisa de tratamento imediatamente. Não é necessário encaminhamento do médico de família.

Vá também ao pronto-socorro se os seus dedos ou a sua mão ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento da mão após uma lesão.

Se não conseguir entrar em contato com a clínica, fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A artrose na base do polegar merece uma leitura mais aprofundada, pois é a condição da mão e do membro superior em que a diferença entre as opções iniciais oferecidas aos pacientes e aquelas respaldadas pela evidência científica é maior; além disso, as opções cirúrgicas nunca se diferenciaram claramente umas das outras, apesar de décadas de tentativas.

AS EVIDÊNCIAS SOBRE TRATAMENTOS NÃO CIRÚRGICOS SÃO MELHORES DO QUE SUA REPUTAÇÃO

As talas e a fisioterapia da mão são frequentemente apresentadas como opções a serem utilizadas enquanto se aguarda a cirurgia. Uma revisão sistemática e meta-análise em rede envolvendo **1.962** pacientes confere maior respaldo a essas abordagens: o **tratamento multimodal e os exercícios para a mão** reduziram a dor a curto prazo e melhoraram a força de preensão; já uma **tala rígida para CMC-MCP**, que imobiliza tanto a articulação superior quanto a base do polegar, proporcionou melhores resultados a médio prazo [1].

Dois detalhes são importantes. A tala eficaz imobiliza ambas as articulações; ela não é a manga de neopreno macia que geralmente é prescrita. Além disso, os exercícios melhoraram a *força de preensão*, e não apenas o conforto; trata-se de uma articulação cuja disfunção tem origem mecânica, e o fortalecimento dos músculos que a comprimem e estabilizam ataca justamente esse mecanismo.

A INJEÇÃO TRAZ GANHOS DE ALGUMAS SEMANAS, NÃO DE MESES

A injeção de corticosteroide é o próximo passo habitual. Em um estudo com **673** pacientes, a injeção intra-articular de corticosteroide proporcionou **melhora a curto prazo**, mas **nenhuma diferença significativa** quanto à dor e aos resultados funcionais em acompanhamentos posteriores [2].

Isso merece ser dito de forma clara: a injeção serve para superar um período específico – uma viagem, um prazo, um período de muito trabalho – ou para confirmar se a articulação é realmente a fonte da dor. Não se trata de um tratamento capaz de alterar o curso da doença; além disso, repetir injeções na esperança de obter resultados duradouros é algo que as evidências científicas não corroboram.

NENHUMA INTERVENÇÃO SE DESTACOU

Uma vez que a cirurgia é considerada, existem várias opções viáveis; o mais impressionante é o quão semelhantes são os seus resultados.

A **artrodese**, ou fusão da articulação, gera bons resultados funcionais, com índices baixos a moderados de dor e incapacidade, porém apresenta uma taxa significativa de não união [3]. Essa técnica troca o movimento pela durabilidade, o que é adequado para quem utiliza muito a mão em atividades manuais, mas não para pianistas.

A **artroplastia trapeziometacarpal de dupla mobilidade**, que consiste na substituição da articulação, demonstrou melhorias na força, amplitude de movimento, dor, função e satisfação em **1.421** pacientes, com taxa de complicações de **13%** e risco de deslocamento de **0,6%** [4]. Esses números são respeitáveis; no entanto, são também o motivo pelo qual os implantes permanecem como uma opção viável, mas não a primeira escolha:

13% ainda é um valor considerável, e o período de acompanhamento descrito na literatura é curto, comparado à expectativa de vida de um polegar.

Em resumo, a decisão depende do uso que se fará da mão e de qual tipo de falha se está disposto a aceitar: uma articulação que não se dobra, ou um implante que talvez precise ser substituído no futuro.

POR QUE A ARTICULAÇÃO DO POLEGAR É FREQUENTEMENTE A PRIMEIRA A SER AFETADA

A articulação trapézio-metacarpal é uma articulação em sela, projetada para suportar uma combinação incomum de mobilidade e carga. Cada movimento de pinça gera na base do polegar uma força muitas vezes maior do que a que atua na ponta dos dedos, devido ao braço de alavanca. Esse é o preço da oposabilidade: a articulação que torna a mão humana funcional é submetida a cargas maiores e com maior frequência do que qualquer outra articulação pequena do corpo. Por isso, ela se desgasta primeiro; por isso, fortalecer os estruturas que a sustentam não é uma medida meramente simbólica.

REFERÊNCIAS

- [1] Thakker A, Ramchandani JP, Divall P, Sutton A, Johnson N, Dias J. Quais são as intervenções não cirúrgicas mais eficazes clinicamente para a osteoartrite da articulação carpometacarpal do polegar? Uma revisão sistemática e meta-análise de rede. Clin Orthop Relat Res. 2024;483(4):719-36. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000003300>
- [2] Krez AN, Wu KA, Klifto KM, Pidgeon TS, Klifto CS, Ruch DS. Eficácia da injeção intra-articular de corticosteroides no tratamento não cirúrgico da osteoartrite da articulação carpometacarpal do polegar: uma revisão sistemática. J Hand Surg Am. 2024;49(6):511-25. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.02.001>
- [3] Dharamsi MS, Caudle K, Fares A, Dunn J. Artrodese na osteoartrite da articulação carpometacarpal: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2022;18(8):1284-90. <https://doi.org/10.1177/15589447221105541>
- [4] Maling L, Rooney A. Resultados das artroplastias trapeziometacarpais de dupla mobilidade: uma revisão sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2024;50(5):587-95. <https://doi.org/10.1177/17531934241292249>