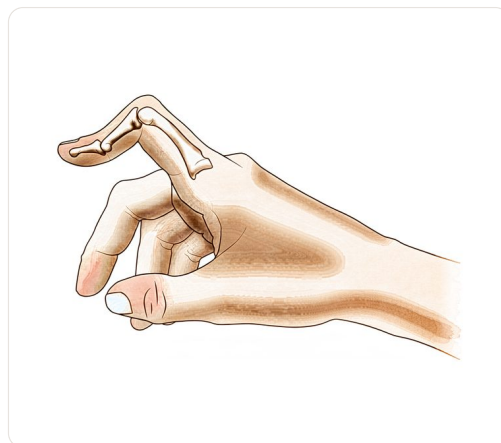


Deformidade em botoeira

Deformidade em botoeira: a articulação do meio do dedo permanece dobrada e a ponta do dedo inclina-se para trás.

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

Na deformidade em botoeira, a articulação do meio do dedo se dobra para baixo, em direção à palma da mão, e a ponta do dedo se dobra para trás, no sentido contrário. O dedo pode parecer inchado sobre a articulação do meio, e também pode doer nesse local. Esticar a articulação do meio fica difícil, e quanto mais você tenta, mais o dedo parece resistir.

O problema aparece principalmente em tarefas que exigem que o dedo se estique e depois volte a dobrar. Pegar uma moeda, segurar uma xícara pela alça, digitar, abotoar uma camisa ou girar uma chave podem se tornar desajeitados. A pegada em si muitas vezes continua funcionando, e é por isso que muitas pessoas convivem com o dedo assim por semanas antes de procurar ajuda.

Se a deformidade veio de uma lesão, a articulação do meio pode doer depois que você usa a mão, e a rigidez pode ser pior pela manhã, antes que o dedo se solte. Na artrite reumatoide, a mesma postura dobrada se desenvolve lentamente, à medida que o revestimento da articulação continua inflamado e inchado ao longo de meses.

Alguns sinais exigem atenção rápida. Se o seu dedo ou a sua mão ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, principalmente com febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia. O mesmo vale se um dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder de repente a sensibilidade ou o movimento nele após uma lesão. Se, em vez disso, os 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 peça uma avaliação por um especialista.

O que está realmente acontecendo

Ao longo da parte de trás de cada dedo passa um conjunto de tendões que esticam as articulações. Pense neles como cordas que correm sob uma capa na parte de trás do dedo. A corda que estica a articulação do meio se chama tendão central, e ela se prende na base do osso do meio. Outras duas cordas, chamadas bandas laterais, correm ao lado dele e ajudam a esticar tanto a articulação do meio quanto a ponta do dedo.

Na deformidade em botoeira, o tendão central se rompeu ou se esticou e se afastou do osso do meio. A articulação do meio já não consegue ser puxada até ficar reta, por isso cai em uma posição dobrada. As duas bandas laterais então escorregam de cima da articulação e deslizam em direção à palma da mão. Quando ficam abaixo do eixo da articulação, essas mesmas cordas passam a dobrar a articulação do meio em vez de esticá-la, e puxam a ponta do dedo para trás, no sentido contrário. É por isso que o dedo assume a articulação do meio dobrada e a ponta arqueada descritas acima, e por que cada tentativa de esticá-lo parece fazer as cordas puxarem com mais força contra você.

É preciso mais de uma estrutura danificada para produzir essa postura. O tendão central, o ligamento que une as duas cordas sobre a parte de trás do dedo e as fibras da capa que mantêm tudo no lugar precisam estar todos lesionados antes que a deformidade se desenvolva. Uma ruptura do tendão central sozinha pode deixar a articulação do meio fraca sem a deformidade completa, e esse é um dos motivos pelos quais o tratamento precoce é importante: ele pode impedir completamente que a deformidade se forme.

O mesmo resultado final pode vir de pontos de partida diferentes. Uma lesão, como uma pancada no dedo ou um corte sobre a parte de trás da articulação, pode causá-la, assim como a inflamação contínua da artrite reumatoide, que desgasta lentamente as mesmas estruturas. Um dedo também pode ficar com essa aparência sem nenhuma lesão de tendão, quando o problema está no lado da palma da articulação, e essa versão é tratada de forma diferente; por isso, descobrir qual delas você tem vem em primeiro lugar.

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 clínica, colhemos o histórico clínico, examinamos a sua mão e solicitamos exames de imagem, se necessário, para entender o que está acontecendo. Como essa deformidade pode vir de vários pontos de partida diferentes, descobrir qual deles é o seu vem antes de qualquer tratamento.

O primeiro passo geralmente é o uso de talas e a terapia da mão. Em uma lesão recente, manter a articulação do meio reta em uma tala pode impedir completamente que a deformidade se forme, e quanto antes começar, melhor: as pessoas tratadas em até seis semanas após a lesão têm resultados melhores do que as tratadas mais tarde. A tala mantém reta apenas a articulação do meio. A ponta do dedo, o nó do dedo e os outros dedos continuam se movendo, porque manter o dedo inteiro imóvel faz a ponta do dedo enrijecer. Para uma deformidade que já existe há algum tempo, podemos usar gessos para endireitar a articulação do meio até onde

for possível, seguidos de três meses de uma tala que permite dobrar o dedo enquanto ele trabalha. Vale a pena tentar essa abordagem antes de considerar a cirurgia.

Quando as talas e a terapia não trouxeram melhora suficiente, a cirurgia pode ser considerada. A operação reconstrói o tendão que estica a articulação do meio, às vezes usando um pequeno pedaço de tendão do seu próprio antebraço como enxerto. Em alguns casos, os tendões que escorregaram em direção à palma da mão são reposicionados de volta sobre a articulação, onde deveriam estar. O objetivo é o mesmo em todos os casos: permitir que você volte a esticar a articulação do meio e use o dedo sem que ele trave ou se dobre para baixo. A operação tem a sua própria página, e conversaremos sobre o que ela envolve para o seu dedo em particular antes de qualquer decisão.

O que esperar

O prognóstico depende muito do momento do tratamento. Identificada cedo, a deformidade em botoeira muitas vezes pode ser interrompida antes de se estabelecer. Manter a articulação do meio reta em uma tala logo após uma lesão pode impedir completamente que a deformidade se forme, e as pessoas tratadas em até seis semanas têm resultados melhores do que as tratadas mais tarde. Sem tratamento, a deformidade tende a piorar, em vez de permanecer igual, porque os tendões que saíram do lugar continuam puxando o dedo cada vez mais para a postura dobrada. Uma lesão que parecia leve pode resultar em um dedo rígido e fixo semanas depois.

Para uma deformidade que já existe há algum tempo, o tratamento não cirúrgico ainda tem um papel real. Gessos para endireitar a articulação do meio até onde for possível, seguidos de três meses de uma tala que permite dobrar o dedo enquanto você o usa, podem funcionar bem. O dedo responde a essa abordagem quando os gessos conseguem deixar a articulação do meio quase reta e você usa ativamente a mão com a tala durante esses três meses, com a flexão se recuperando ao longo do caminho. Nas lesões do polegar, manter o nó do dedo reto em uma tala pode ajudar se isso começar antes que a deformidade se desenvolva.

A cirurgia tem como objetivo permitir que você volte a esticar a articulação do meio. Em um grupo relatado de 18 pessoas que fizeram um enxerto de tendão para corrigir uma deformidade antiga, 16 tiveram resultados bons ou excelentes. Uma técnica mais recente, que permite movimentar o dedo cedo, foi relatada como eficaz em 11 casos. A cirurgia também pode ajudar na forma congênita dessa deformidade, quando ela está presente desde o nascimento.

É honesto dizer que nem toda correção dura. Em dedos afetados pela artrite reumatoide, a cirurgia apenas nos tecidos moles pode não se manter nas fases mais avançadas, e os resultados a longo prazo são menos previsíveis. Quando uma deformidade volta ou persiste, um procedimento diferente pode ser a melhor resposta. Qualquer que seja o ponto de partida, o objetivo realista é um dedo que você consiga esticar e usar, e não a promessa de um dedo perfeitamente normal.

Quando procurar ajuda médica

A deformidade em botoeira responde bem à atenção precoce, por isso vale a pena saber quando agir. Se você machucou o dedo e a articulação do meio não se estica, ou se o dedo fica dobrado e inchado dias depois de uma

lesão, consulte o seu médico de família e peça uma avaliação por um especialista. Quanto antes o uso da tala começar, maior a chance de impedir que a deformidade se estabeleça.

Alguns sinais exigem atendimento mais rápido. Vá a um pronto-socorro no mesmo dia se o seu dedo ou a sua mão ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, principalmente com febre. O mesmo vale se um dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder de repente a sensibilidade ou o movimento nele após uma lesão. Se houver pele rompida sobre uma articulação lesionada, ou se o dedo parecer claramente deformado, vá também.

Se, em vez disso, os 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 peça uma avaliação por um especialista. Se não conseguir 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 aborda tópicos além do necessário para as suas próprias decisões de tratamento. A deformidade em botoeira merece uma leitura mais aprofundada, pois o tratamento instintivo para um dedo dolorido, inchado e curvado – deixá-lo em repouso e mantê-lo imóvel – é justamente aquilo que as evidências especificamente não apoiam.

MOBILIZAÇÃO PRECOCE, NÃO IMOBILIZAÇÃO PROLONGADA

Uma revisão sistemática sobre os tratamentos para lesões do tendão extensor central constatou que a base de evidências é limitada; os efeitos das diversas estratégias terapêuticas tanto para lesões abertas quanto fechadas **não estão bem comprovados** [1]. Mesmo dentro dessa limitação, as evidências provenientes de estudos individuais **apoiam, de forma preliminar, a mobilização precoce e não a imobilização prolongada** [1].

Isso merece ser afirmado claramente, pois vai contra o senso comum. A distinção reside em proteger o tendão extensor central em processo de cicatrização – o que exige manter a articulação média do dedo esticada – e na imobilização de todo o dedo, que pode levar ao enrijecimento da articulação distal e à rigidez do membro inteiro. A tala tem como objetivo manter uma articulação imóvel enquanto as demais continuam a se mover.

POR QUE A DEFORMIDADE PIORA EM VEZ DE PERMANECER ESTÁVEL

A deformidade em botoeira é progressiva, o que é incomum e merece ser compreendido. O tendão central liga-se à base do osso médio, sendo responsável por esticar a articulação média. Quando esse tendão falha, a articulação cai em flexão, e as duas bandas laterais, que normalmente ficam acima do eixo da articulação, deslocam-se para abaixo dele.

Uma vez abaixo do eixo, os mesmos tendões que antes ajudavam a esticar a articulação média passam a dobrá-la, ao mesmo tempo em que puxam a ponta do dedo para uma posição de hiperextensão. Assim, a deformidade se auto-reforça: toda tentativa de endireitar o dedo acaba tensionando ainda mais as estruturas que o mantêm dobrado. É por isso que uma lesão aparentemente leve pode resultar em uma deformidade fixa semanas depois, e por que o período adequado para o uso de talas simples é bem inicial.

A DEFORMIDADE QUE NÃO É BOTOEIRA

Um dedo pode assumir a mesma postura mesmo na ausência de qualquer lesão no tendão extensor central; nesse caso, os tratamentos são completamente diferentes. As deformidades em botoeira e em **pseudobotoeira** diferem quanto à patoanatomia, diagnóstico e manejo [2]. A forma pseudobotoeira surge de uma lesão na placa volar da articulação média; nesse caso, a articulação distal do dedo mantém a flexão passiva normal, em vez de ficar em hiperextensão.

A distinção entre elas no exame clínico baseia-se na ponta do dedo: na verdadeira botoeira, a ponta permanece hiperextendida e resiste à flexão, especialmente quando a articulação média está esticada; na pseudobotoeira, ela flexiona livremente. Imobilizar uma pseudobotoeira da mesma forma que se faria com a verdadeira lesão acaba atingindo a articulação errada.

TRATA-SE DE UM TIPO DE LESÃO DEFINIDA PELO LOCAL DA RUPTURA DO TENDÃO

A lesão em botoeira está classificada, juntamente com a lesão do dedo em “martelo” e a lesão da banda sagital, como uma das três lesões do mecanismo extensor fechado, categorizadas conforme a zona em que ocorre a ruptura [3]. Todas as três podem se manifestar como um dedo inchado e mantido numa posição anormal poucos dias após a lesão; cada uma exige uma posição específica da tala, razão pela qual é importante obter um diagnóstico preciso antes de se comprometer com semanas de imobilização.

REFERÊNCIAS

- [1] Geoghegan L, Wormald JCR, Adami RZ, Rodrigues JN. Lesões do tendão extensor da falange central: uma revisão sistemática dos tratamentos. J Hand Surg Eur Vol. 2019;44(8):825-32. <https://doi.org/10.1177/1753193419845311>
- [2] Hanson ZC, Thompson RG, Andrews JR, Lourie GM. Deformidades em botoeira versus pseudobotoeira: patoanatomia, diagnóstico e tratamento. J Hand Surg Am. 2023;48(5):489-97. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2022.10.019>
- [3] Lin JD, Strauch RJ. Lesões fechadas do mecanismo extensor de partes moles (dedo em martelo, deformidade em botoeira e lesão da banda sagital). J Hand Surg Am. 2014;39(5):1005-11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.11.018>