

Felon (infecção da polpa da ponta do dedo)

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

O felon é uma infecção na parte macia da ponta do dedo, aquela região carnuda que usamos para pressionar. Essa região é dividida em pequenos compartimentos por paredes fibrosas resistentes. Quando a infecção enche esses compartimentos de pus, a pressão interna aumenta rapidamente. É essa pressão que torna a dor tão intensa e latejante.

Geralmente, o primeiro sinal é o inchaço, a vermelhidão e a dor na ponta do dedo. Toda a região pode parecer tensa e sensível ao toque. O problema costuma surgir após um pequeno ferimento, como um cisco, uma picada de agulha ou um exame de sangue por punção digital. Se a dor intensa persistir por 12 horas ou mais, geralmente já se formou um abscesso (um acúmulo de pus).

A dor tende a ser constante, sem períodos de alívio. Pressionar a ponta do dedo, segurar uma caneta, digitar ou girar uma chave podem ser muito dolorosos. Qualquer ação que comprima a área inchada piora a situação. Muitas pessoas têm dificuldade para pegar moedas, abotoar roupas ou segurar uma xícara com a mão afetada.

Se não for tratada, a infecção pode se espalhar. Ela pode avançar ao redor da matriz ungueal ou subir em direção à palma da mão ao longo da bainha do tendão, o “túnel” que permite a flexão do dedo. Isso pode causar inchaço em todo o dedo e dificultar seus movimentos.

Uma condição que pode parecer semelhante é o herpes whitlow, uma infecção viral na ponta do dedo. Ele provoca bolhas dolorosas em um único dedo, geralmente dias após um ferimento leve. Diferentemente do felon, essas bolhas contêm líquido claro, não pus. Isso é importante, pois o herpes whitlow não deve ser incisado nem drenado.

Procure um médico imediatamente se a dor for intensa ou piorar, ou se a ponta do dedo estiver vermelha, quente e inchada. O tratamento precoce oferece as melhores chances de recuperação total.

O que realmente está acontecendo

Imagine a almofada da ponta do dedo como uma esponja dividida em pequenos compartimentos fechados. Paredes fibrosas resistentes estendem-se da pele até o osso, separando a almofada em pequenos compartimentos. Não há espaço extra ali dentro. Quando a infecção enche esses compartimentos de pus, a pressão aumenta rapidamente, e é isso que torna a dor tão intensa.

Geralmente, a infecção entra por alguma ruptura na pele, como um cisco ou uma picada de agulha. O germe mais comumente responsável é uma bactéria da pele chamada *Staphylococcus aureus*. Como os compartimentos são fechados, a infecção não consegue se espalhar lateralmente facilmente. Em vez disso, a pressão aumenta internamente, podendo até interromper o fluxo sanguíneo para o pequeno osso na ponta do dedo.

Se deixada sem tratamento, o pus procura uma saída. Ele pode se espalhar ao redor da matriz ungueal, subir em direção à palma da mão ao longo do túnel tendinoso ou penetrar diretamente no próprio osso. A infecção óssea é chamada de osteomielite, e a infecção na articulação vizinha é chamada de artrite séptica. Um acúmulo de pus mais superficial pode simplesmente romper a pele. São esses os motivos pelos quais uma felon requer tratamento imediato, em vez de se aguardar para ver se melhora sozinha.

A boa notícia é que a almofada da ponta do dedo foi feita para ser protegida. Qualquer cirurgia é planejada de modo a preservar a superfície sensível da ponta do dedo, além de evitar danos aos nervos e vasos sanguíneos que percorrem os lados do dedo.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, adapta o tratamento à sua infecção específica. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo seu 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. Naquela consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o dedo e solicitamos os exames necessários para confirmar o diagnóstico.

O felon é uma infecção; portanto, não melhora apenas com repouso, imobilização ou fisioterapia. Não há nenhuma medida de autocuidado que possamos recomendar para combater a infecção em si. O importante é agir rapidamente, pois a pressão dentro da almofada digital aumenta rapidamente, e qualquer atraso dificulta a drenagem do pus. Se você suspeitar que tem um felon, entre em contato conosco ou com seu médico de família imediatamente, em vez de esperar para ver se melhora sozinho.

O tratamento médico tem um papel definido. Após a drenagem do pus, antibióticos não são necessários após a cirurgia para casos de felon sem complicações, em pacientes sem fatores de risco para infecções. Contudo, algumas pessoas apresentam risco elevado: o diabetes e a doença renal aumentam a probabilidade de que o tratamento ambulatorial para infecções da mão não seja suficiente; por isso, avaliamos sua saúde geral ao planejar o tratamento. Em muitos casos, pacientes diabéticos ainda podem ser tratados com segurança como ambulatoriais, desde que selecionados criteriosamente.

A cirurgia é o tratamento principal para casos já estabelecidos de felon. O objetivo é aliviar a pressão através da drenagem do pus dos compartimentos fechados da almofada digital. Planejamos a incisão de modo a drenar bem a infecção, preservando ao mesmo tempo a superfície sensível da ponta do dedo, bem como os nervos e vasos sanguíneos ao longo de cada lado do dedo. Alguns padrões antigos de incisão permitem boa drenagem, porém deixam uma cicatriz dolorosa e enrugada na almofada digital, além de uma área adormecida na sequência, o que dificulta tarefas delicadas como pegar moedas ou abotoar roupas. Levamos isso em consideração ao escolher a abordagem cirúrgica. Há uma página específica sobre a operação, caso deseje mais detalhes.

Se a infecção atingiu o osso, o reconhecimento rápido e a limpeza cuidadosa do tecido afetado, aliados aos antibióticos adequados, são essenciais para a cura. Trata-se de uma situação mais grave; se os exames de imagem indicarem isso, explicaremos tudo a você.

O tratamento é fruto de uma decisão compartilhada. Antes de qualquer procedimento, explicaremos nossa recomendação, os motivos e as alternativas disponíveis, além de responder a todas as suas perguntas.

O que esperar

Quando diagnosticada precocemente, a infecção na ponta do dedo geralmente tem um bom prognóstico. O pus é drenado, a pressão na região diminui e a dor alivia rapidamente. A maioria dos pacientes recupera o pleno uso do dedo após a cicatrização.

O prognóstico depende muito do momento em que o tratamento é iniciado. A identificação e o tratamento precoces de infecções na mão são fundamentais para obter o melhor resultado possível. Caso o tratamento seja adiado, a infecção pode se espalhar para o osso ou ao longo do túnel tendíneo, podendo causar rigidez duradoura ou perda de função da mão. Em casos graves, o diagnóstico tardio pode levar à amputação ou até à morte. Por isso insistimos tanto na importância de não adiar o atendimento.

Mesmo com cuidados adequados, as infecções na mão apresentam uma taxa real de complicações, as quais podem ser difíceis de controlar. Se a infecção atingir o osso, é necessário tanto o tratamento cirúrgico quanto o uso de antibióticos para resolvê-la. Em alguns casos graves, a remoção precoce do dedo afetado pode ser a medida mais segura para impedir a propagação da doença.

Há, porém, um aspecto positivo: quando a parte principal do osso da ponta do dedo precisa ser removida, mas a base permanece intacta, esse osso remanescente frequentemente se regenera de forma notável. A ponta do dedo consegue se reconstruir mais do que se poderia esperar.

A mesma urgência se aplica a infecções com aparência semelhante. A infecção no túnel tendíneo requer diagnóstico precoce e tratamento imediato para evitar perda permanente da função da mão; se deixada sem cuidados, pode até interromper o fluxo sanguíneo para o dedo. E, caso se trate de herpes glândulares – a infecção viral com bolhas claras que descrevemos anteriormente –, abrir a área infectada seria um erro, pois isso poderia favorecer uma infecção bacteriana adicional.

Em resumo: quando tratada a tempo, a maioria das infecções na ponta do dedo resolve-se e o dedo volta a funcionar normalmente. Se deixada sem atenção, a pressão continua aumentando e a infecção se espalha. A

diferença entre esses dois desfechos depende exclusivamente da rapidez com que o paciente procura atendimento.

Quando procurar ajuda médica

O felon é uma infecção; portanto, os sinais de alerta dizem respeito à rapidez com que a infecção se propaga, e não à necessidade de apenas repousar o dedo e aguardar. Procure o pronto-socorro se a dor for intensa e pulsátil, ou se todo o dedo ficar inchado, vermelho e doloroso ao ser dobrado. Isso pode indicar que o pus se espalhou para o túnel tendíneo, o que exige avaliação imediata. Solicite atendimento urgente se a ponta do dedo continuar dolorida por 12 horas ou mais, pois nesse período geralmente já se forma um abscesso. Consulte seu médico de família rapidamente caso tenha diabetes ou sistema imunológico enfraquecido, pois nessas condições as infecções progridem mais rapidamente. Além disso, se na ponta do dedo aparecerem bolhas com líquido claro em vez de pus, informe quem estiver lhe atendendo, pois isso indica herpes labial nas mãos, que não deve ser cortada nem drenada.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. Vale a pena ler sobre o felon, pois as duas suposições mais comuns a respeito dele, segundo as evidências, estão ambas incorretas: o antibiótico não é o que cura a condição, e a urgência do tratamento não tem relação com o tamanho aparente da lesão.

A CIRURGIA É O TRATAMENTO ADEQUADO; OS ANTIBIÓTICOS NÃO SÃO.

O modelo intuitivo de tratamento para infecções é o uso de antibióticos para eliminar as bactérias, sendo a cirurgia apenas um procedimento complementar para drenagem. No entanto, no caso de um felon não complicado, a situação é praticamente o oposto.

Um estudo prospectivo envolvendo **46 dedos** tratados por excisão **sem o uso de nenhum antibiótico pós-operatório** revelou que **45 deles cicatrizaram**. O único caso de falha não se deveu ao controle da infecção, mas sim à **excisão incompleta**, sendo posteriormente corrigido cirurgicamente [1]. O mesmo estudo apresenta dados de uma pesquisa realizada pela Sociedade Francesa de Cirurgia da Mão, segundo a qual **66% dos cirurgiões de mão já não prescrevem antibióticos** após drenar um felon não complicado, e 63% não os prescrevem após o tratamento de uma paroníquia [1].

É importante ressaltar que essas conclusões valem apenas para um **felon não complicado** em pacientes **sem outros fatores de risco**. Caso haja osteíte, linfangite disseminada, envolvimento da bainha do flexor, diabetes ou imunossupressão, o tratamento recomendado muda completamente.

CASO SEJAM ADMINISTRADOS ANTIBIÓTICOS, AS OPÇÕES HABITUALMENTE ESCOLHIDAS SÃO FREQUENTEMENTE INADEQUADAS

A segunda suposição que merece ser desmontada é a de que o antibiótico padrão de primeira linha será eficaz no tratamento.

Um estudo de dez anos realizado com **815 infecções da mão em ambientes urbanos** constatou que, embora a incidência geral de MRSA tenha diminuído, esse microrganismo **continua sendo o mais comum**, enquanto a resistência à clindamicina e à levofloxacina **aumentou continuamente** ao longo da década. A conclusão dos autores é inusitadamente direta para um artigo desse tipo: a terapia empírica para infecções da mão deve **evitar penicilina, beta-lactâmicos, clindamicina e levofloxacina** [2].

Esses são, justamente, os medicamentos que se recorre a intuitivamente. É também por isso que casos de infecções da mão “tratadas com antibióticos” que não apresentam melhora são bastante comuns, e não algo surpreendente; além disso, a constatação acima – de que uma infecção devidamente drenada não requer antibióticos – é menos paradoxal do que parece à primeira vista.

POR QUE A POLPA DIGITAL É ÚNICA NO CORPO

A polpa da ponta do dedo não é simplesmente um acúmulo de tecido adiposo. Ela é dividida em uma série de pequenos compartimentos fechados por **septos fibrosos** que vão da pele até o periósteo da falange distal.

Isso gera duas consequências. O pus acumulado dentro de um desses compartimentos não tem para onde se expandir; por isso a pressão aumenta rapidamente. É por esse motivo que uma felonía causa dor desproporcional ao seu tamanho, além de apresentar dor pulsátil e piorar à noite. Essa pressão atua diretamente sobre o osso e sobre os pequenos vasos sanguíneos que o irrigam; é assim que uma felonía não tratada evolui para **osteomielite da falange distal**.

Isso também explica a falha técnica mais comum: uma incisão que abre a pele, mas não rompe deliberadamente os septos, drena apenas um compartimento e deixa os demais fechados. A felonía parece ter sido tratada, mas não melhora. A descompressão completa – e não o tamanho da incisão – é o que determina se a condição será resolvida.

PARTE DO DANO É CAUSADO PELO PRÓPRIO SISTEMA IMUNOLÓGICO

Uma nova linha de raciocínio redefine o propósito da cirurgia. Grande parte da destruição tecidual em casos de infecção na mão não é causada diretamente pelas bactérias, mas pelos **neutrófilos que o corpo envia para combatê-las**; as enzimas que matam as bactérias também digerem o tecido ao redor [3]. Nesse sentido, a drenagem e a irrigação não servem apenas para remover o pus e aliviar a pressão; elas também **diluem os mediadores inflamatórios** responsáveis pelo dano.

Trata-se de uma mudança de ênfase, e não de uma mudança prática; porém, essa abordagem oferece uma explicação satisfatória para algo que os médicos observam: o alívio após a descompressão costuma ser mais rápido e completo do que seria esperado apenas pela remoção de uma pequena quantidade de pus.

REFERÊNCIAS

- [1] Pierrart J, Delgrande D, Mamane W, Tordjman D, Masmejean EH. Felon agudo e paroníquia: antibióticos não são necessários após tratamento cirúrgico. Estudo prospectivo com 46 pacientes. Hand Surg Rehabil. 2016;35(1):40-43. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2015.12.003>
- [2] Kistler JM, Thoder JJ, Ilyas AM. Incidência de MRSA e tendências no uso de antibióticos em infecções da mão em áreas urbanas: um estudo longitudinal de 10 anos. Hand (N Y). 2018;14(4):449-454. <https://doi.org/10.1177/1558944717750921>
- [3] McGrouther DA. Infecções da mão: abordagem terapêutica baseada em uma nova compreensão dos danos teciduais causados pela ação combinada de bactérias e neutrófilos. J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(9):838-848. <https://doi.org/10.1177/17531934231174819>