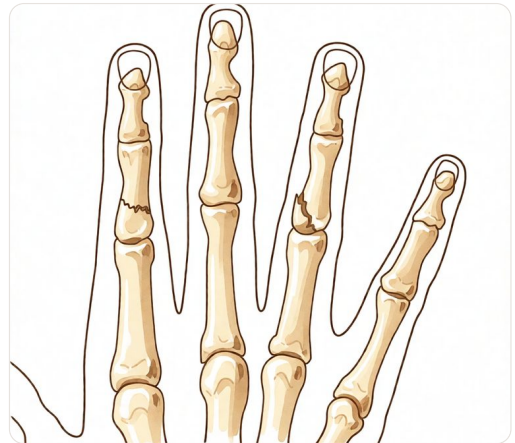


Fraturas de dedos

As fraturas dos dedos podem atravessar um osso do dedo (falange) ou percorrê-lo no sentido do comprimento.

Servier Medical Art / smart.servier.com, CC BY 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

Um dedo quebrado geralmente acontece em um único momento bem definido. Uma bola bate na ponta do dedo, você cai sobre a mão, ou um golpe direto atinge o dedo. Você pode ouvir ou sentir um estalo naquele instante. A dor aparece imediatamente, e o dedo incha rapidamente. Muitas vezes surgem manchas roxas em poucas horas.

O dedo lesionado pode parecer torto ou torcido, ou pode simplesmente doer demais para ser movimentado. Você pode notar que os seus dedos deixam de ficar alinhados entre si quando você fecha a mão. Nas crianças, a mesma lesão muitas vezes acontece na base do dedo, e o dedo mínimo e o polegar são os mais atingidos. Um esmagamento da ponta do dedo pode romper a pele e, às vezes, a unha ou a pele ao redor dela ficam rasgadas.

Nos primeiros dias, a dor é mais aguda quando você tenta dobrar o dedo ou segurar algo. Tarefas simples, como segurar uma caneta, abotoar uma camisa ou girar uma maçaneta, podem doer. No início, a dor muitas vezes acorda você à noite. Ao longo das primeiras duas a três semanas, o inchaço e a dor diminuem aos poucos à medida que o osso começa a consolidar.

Alguns sinais de alerta exigem providência no mesmo dia em que aparecem, e não na sua próxima consulta. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se houver uma ferida na pele sobre o dedo ou a articulação lesionada, se o osso estiver exposto ou se o dedo parecer claramente deformado. O mesmo vale se o seu dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento dele após a lesão. Se o dedo ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, isso também exige atendimento de emergência no mesmo dia. Não é necessário encaminhamento do médico de família em nenhum desses casos.

Se a dor não estiver melhorando ao longo de semanas, estiver piorando ou estiver impedindo você de usar a mão ou de trabalhar, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

O que realmente acontece

Uma fratura do dedo é uma quebra em um dos pequenos ossos que ficam dentro do dedo. Cada dedo tem três desses ossos, e o polegar tem dois. A fratura geralmente acontece quando um golpe direto, uma queda ou uma lesão no esporte dobra o osso além do seu limite. Às vezes, mais de um dedo quebra ao mesmo tempo, e os ossos do punho ou da mão podem ser lesionados no mesmo acidente.

O osso quebrado pode permanecer alinhado ou pode sair do lugar. Quando ele se desloca, os músculos e os tendões presos a esse osso puxam os fragmentos quebrados. Os tendões são os cordões que ligam os músculos aos ossos, e eles passam tão perto dos ossos dos dedos que puxam os fragmentos assim que o osso cede. Essa tração é o motivo pelo qual um dedo quebrado pode parecer torto ou encurtado, e por que ele não consegue segurar objetos nem se esticar normalmente enquanto os fragmentos estão fora do alinhamento.

O seu corpo começa a reparar a fratura imediatamente. O sangue se acumula ao redor da fratura, e o osso começa a se soldar através da falha, de forma muito parecida com um galho rachado que se recobre de madeira nova. O problema é que tudo o que está perto da fratura também cicatriza. O sangue e o inchaço se transformam em tecido cicatricial, que pode colar os tendões ao osso. Como os tendões ficam encostados no osso, quase sem nada entre eles, essa rigidez pode acontecer mesmo quando a própria fratura foi pequena. É por isso que um dedo cujo osso se soldou bem ainda pode ficar rígido e lento para dobrar.

Se a fratura atinge a superfície de uma articulação do dedo, a superfície lisa de deslizamento deixa de se encaixar, o que traz os seus próprios problemas. A maioria das fraturas dos dedos se resolve sem cirurgia, mas algumas, especialmente as deslocadas ou instáveis, precisam de ajuda para ficar imóveis enquanto cicatrizam.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, adapta o tratamento à sua lesão específica. Alguns dedos quebrados cicatrizam sem cirurgia, e outros precisam de cirurgia logo após a lesão, por isso a avaliação rápida é importante. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na clínica, ouvimos a sua história, examinamos a sua mão e solicitamos radiografias quando necessário. As radiografias mostram se o osso ainda está alinhado, o quanto ele se deslocou e se a fratura atinge uma superfície articular.

A maioria das fraturas dos dedos pode ser tratada sem cirurgia. Se o osso está estável ou apenas um pouco fora do lugar, nós o mantemos imóvel com uma tala ou gesso enquanto ele cicatriza. A tala para um dedo quebrado muitas vezes mantém a articulação da base do dedo dobrada e as articulações do dedo retas, e pode deixar o punho livre para se mover. Algumas lesões são mantidas, em vez disso, com uma pequena tração constante, que mantém os fragmentos alinhados sem operação. Prender o dedo lesionado com fita ao dedo vizinho é outra forma de apoiá-lo, e isso funciona bem em muitas fraturas dos dedos em crianças. Acompanhamos o dedo com novos exames de imagem quando necessário e o colocamos em movimento em etapas, assim que a fratura

consegue suportar isso. Movimentar cedo é importante porque um dedo mantido imóvel por tempo demais fica rígido, mesmo quando o osso se solda bem.

A cirurgia é recomendada desde o início quando o osso está muito deslocado, quando não permanece no lugar ou quando a fratura atinge uma articulação do dedo e as superfícies deixam de se encaixar. Alguns padrões sempre precisam dela, como uma articulação que fraturou e deslocou ao mesmo tempo, ou uma fratura perto da unha em uma criança com a pele rasgada por baixo. As suas próprias necessidades também contam: um trabalhador manual que precisa de uma preensão forte pode fazer uma escolha diferente da de alguém cujo trabalho é leve. O objetivo da cirurgia é manter os fragmentos na posição correta para que o dedo possa se mover enquanto cicatriza. Conversaremos com você sobre as opções, incluindo o que cada caminho significa em termos de dor, rigidez e aparência e força finais do seu dedo, e decidiremos juntos.

Seja qual for o caminho, as primeiras semanas são parecidas. O alívio da dor mantém você confortável enquanto o inchaço diminui. Você protege o dedo de pancadas e esforços enquanto o osso se solda. A terapia da mão começa no momento certo para a sua lesão, com exercícios que recuperam a capacidade de dobrar e esticar sem perturbar o osso em cicatrização.

O que esperar

A maioria dos dedos quebrados cicatriza bem, mas muitas vezes o dedo leva mais tempo para parecer normal do que o osso leva para se soldar. Muitas fraturas se soldam em 4 semanas, e a maioria cicatriza entre 5 e 9 semanas. O tempo médio de cicatrização é de cerca de 6 semanas. Durante essas semanas, o dedo fica protegido em uma tala ou gesso, e a dor e o inchaço diminuem de forma constante. Assim que a fratura consegue suportar, o movimento volta em etapas.

O quanto de função você recupera depende da própria fratura. As fraturas dos pequenos ossos dos dedos geralmente evoluem bem, e a maioria das pessoas recupera uma boa função até as nove semanas. Alguns padrões são mais difíceis: fraturas perto das articulações dos dedos, fraturas em vários fragmentos e fraturas com a pele ao redor muito danificada podem deixar o dedo mais rígido ou mais fraco do que você gostaria. A rigidez é o contratempo mais comum após o tratamento, e pode acontecer mesmo quando o osso se soldou perfeitamente. É por isso que o seu dedo é movimentado cedo sempre que for seguro fazê-lo, e por isso a terapia da mão é tão importante.

Algumas coisas podem dar errado ao longo do caminho. Às vezes, o osso demora a se soldar ou não se solda. Às vezes, ele se solda em uma posição ruim, o que pode limitar o quanto o dedo dobra e estica. Se uma fratura perto de uma articulação do dedo cicatriza fora do alinhamento, essa articulação pode perder a capacidade de dobrar e esticar. Esses problemas são o motivo pelo qual o seu cirurgião verifica o dedo com radiografias durante a cicatrização, e por que é importante seguir as orientações sobre a tala ou o gesso.

Após a cirurgia, o osso é mantido no lugar com fios, parafusos ou uma pequena placa, para que o dedo possa começar a se mover mais cedo. A maioria das pessoas recupera um bom movimento e uma boa força de preensão, e muitas voltam ao trabalho e às atividades habituais conforme o dedo permite. Após a cirurgia, a terapia da mão é feita com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Ruby orienta os seus exercícios e confecciona qualquer tala de que você precise ao longo do caminho.

Se a dor ou a rigidez não estiverem melhorando ao longo de semanas, estiverem piorando ou estiverem impedindo você de trabalhar ou de usar a mão, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

Quando procurar ajuda médica

Procure atendimento urgente se o seu dedo parecer claramente torto ou torcido, se houver uma ferida na pele sobre a lesão, se o osso estiver exposto, se o dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento dele. Um dedo que fica quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, também exige atendimento de emergência no mesmo dia. Não é necessário encaminhamento do médico de família em nenhum desses casos. Se não conseguir falar com a clínica, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista se a dor não estiver melhorando ao longo de semanas, se estiver piorando, ou se o inchaço, o movimento ou a força de preensão não estiverem melhorando semana a semana à medida que o osso cicatriza. Algumas lesões dos dedos parecem pequenas no início, mas ainda assim precisam de uma avaliação adequada, por isso vale a pena examinar qualquer dedo que esteja dolorido, inchado ou sem se mover normalmente, em vez de esperar para ver.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. As fraturas digitais merecem uma leitura mais aprofundada devido a duas constatações que contradizem a prática padrão: os antibióticos profiláticos não parecem ser úteis no tratamento de fraturas expostas na ponta do dedo; e, no caso das fraturas articulares difíceis na região da falange média, nenhum método de fixação se mostrou superior aos demais.

ANTIBIÓTICOS PARA FRATURAS EXPOSTAS DA PONTA DO DEDO NÃO REDUZEM A INFECÇÃO

Em fraturas expostas da falange distal, na qual o osso fica exposto através de um ferimento – geralmente após um esmagamento –, costuma-se administrar antibióticos profiláticos, com base no princípio geral de que fraturas expostas exigem esse tratamento.

Contudo, as evidências não corroboram essa prática nesse caso. Em um estudo com **353** pacientes, os resultados **não demonstraram nenhum efeito dos antibióticos profiláticos sobre a taxa de infecções superficiais** após fraturas expostas da falange distal. Os autores concluíram que o foco deve ser na **irrigação e desbridamento imediatos, em vez da administração de antibióticos profiláticos** [1].

A diferença reside na limpeza da ferida e na aplicação de medicamentos. É a remoção mecânica da contaminação que reduz o risco de infecção; nesse contexto, os antibióticos não demonstraram trazer benefícios adicionais. Considerando os custos decorrentes do uso desnecessário de antibióticos, é importante saber que a abstenção dessa medicação após um cuidado adequado da ferida está respaldada por evidências científicas, e não por negligência.

QUANTO À FRATURA-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO MÉDIA, NENHUMA TÉCNICA SE DESTACA

As fraturas-luxações na articulação interfalângica proximal estão entre as lesões mais difíceis de tratar na mão: trata-se de uma articulação pequena, cuja superfície fraturada precisa ser reduzida e mantida nessa posição durante os movimentos.

Em um estudo com **735** pacientes, a comparação entre os diferentes métodos é elucidativa, justamente porque não revela uma técnica superior às demais: a **fixação percutânea proporcionou a maior amplitude de movimento pós-operatória**, a **fixação com pinos tipo “extension-block” gerou a maior força de preensão**, e **nenhum método de tratamento ou tipo de fratura apresentou resultados consistentemente melhores que os demais** [2].

Quando mais da metade da superfície articular está comprometida, uma opção de reconstrução é utilizar um enxerto do osso hamato para reconstruir a articulação. Em um estudo com **235** pacientes, a artroplastia hemi-hamato mostrou-se confiável e eficaz, proporcionando alívio dos sintomas e restauração da função [3].

POR QUE A RIGIDEZ É O VERDADEIRO INIMIGO

O motivo pelo qual essas lesões são difíceis de tratar não é a incapacidade do osso de cicatrizar – as fraturas nos dedos costumam se unir facilmente. O problema é a rigidez do dedo.

Os tendões flexores e extensores passam bem próximos ao osso, com pouquíssimo tecido mole entre eles; por isso, o sangue e o inchaço ao redor de uma fratura se transformam em cicatrização que prende os tendões ao osso. Esse processo se desenvolve bastante em poucas semanas, e uma vez estabelecido, é difícil de reverter.

É por isso que, sempre que a fratura é estável o suficiente, os dedos são movimentados precocemente; também é por isso que a escolha do método de fixação leva em conta, em parte, se ele permite movimentação ou não, e não apenas o grau de rigidez com que mantém o osso no lugar. Isso explica também a situação aparentemente paradoxal em que a fratura aparece perfeitamente consolidada nos exames de raio-X, mas o dedo não consegue dobrar: o osso nunca foi o problema.

REFERÊNCIAS

[1] Metcalfe D, Aquilina AL, Hedley HM. Antibióticos profiláticos em fraturas expostas da falange distal: revisão sistemática e meta-análise. J Hand Surg Eur Vol. 2015;41(4):423-30. <https://doi.org/10.1177/1753193415601055>

[2] Demino C, Yates M, Fowler JR. Tratamento cirúrgico de fraturas e luxações da articulação interfalangeana proximal: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2019;16(4):453-60. <https://doi.org/10.1177/1558944719873152>

[3] Faulkner H, Graham DJ, Hile M, Lawson RD, Sivakumar BS. Artroplastia de hemi-hamate para fraturas na base da falange média: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2021;18(2):300-6. <https://doi.org/10.1177/15589447211014623>