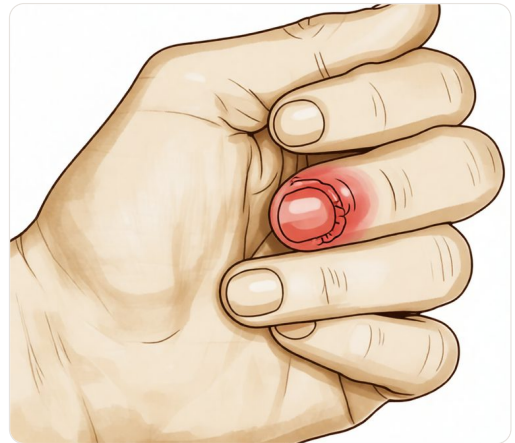


Infecções da Mão

Uma mão com celulite — uma infecção dos tecidos moles que se manifesta por vermelhidão, inchaço e sensação de calor.

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

Uma infecção na mão geralmente causa dor em um único ponto. A pele sobre essa área pode ficar vermelha, quente e inchada. A dor costuma piorar ao mover o dedo ou ao segurar algo. O repouso da mão alivia um pouco o desconforto, mas a dor não desaparece por conta própria.

Tarefas cotidianas tornam-se difíceis: abotoar roupas, girar uma chave, segurar uma xícara de chá ou digitar podem causar dor. Se a infecção atingir a bainha do tendão do dedo (o “túnel” por onde o tendão se move), todo o dedo pode ficar inchado e ligeiramente dobrado. Esticá-lo dói, e a dor persiste mesmo quando outra pessoa tenta fazê-lo com cuidado. Quando uma articulação está infectada, ela fica inchada, sensível ao toque e quente; mover a articulação em qualquer direção é bastante doloroso.

Algumas infecções se espalham pela pele na forma de faixas vermelhas e dolorosas; os gânglios na axila também podem ficar doloridos. O inchaço pode deixar o dorso da mão parecendo inchado, e fica difícil identificar onde exatamente o líquido se acumulou. À noite, o desconforto aumenta, pois o inchaço se intensifica quando a mão permanece imóvel.

A maioria das infecções se desenvolve em poucas horas ou dias, não semanas. Se a vermelhidão, o inchaço e a dor estiverem piorando em vez de melhorar, isso indica infecção e não apenas um entorse simples. Algumas condições têm aparência muito semelhante: gota, picada de inseto, reação a um espinho ou surto de artrite; por isso, a causa nem sempre fica clara de imediato.

Informe ao seu cirurgião se você tem diabetes, doença renal ou alguma condição ou medicamento que enfraqueça o sistema imunológico. Esses fatores alteram o comportamento da infecção e o tratamento necessário. O mesmo vale para qualquer infecção que não tenha melhorado após o uso de antibióticos ou após a limpeza da ferida; algumas infecções de crescimento lento exigem exames especiais para serem identificadas.

Com tratamento imediato, a maioria das infecções dos tecidos moles da mão é completamente curada. O risco de adiar o tratamento é o surgimento de rigidez, flexão permanente do dedo ou, em casos graves, até a perda do dedo.

O que realmente está acontecendo

A mão é um espaço bastante congestionado. Vinte e sete ossos ficam próximos uns dos outros sob uma pele fina na parte dorsal da mão e bem aderida à palma. Os tendões, que funcionam como “cordas” para mover os dedos, deslizam por túneis estreitos. Um desses túneis, a bainha flexora, envolve o tendão responsável pela flexão do dedo e possui uma camada lisa que nutre e lubrifica o tendão. Quando bactérias entram por meio de um corte, um espinho ou uma perfuração, esse espaço fechado não lhes permite se espalhar senão ao longo do túnel.

O inchaço é o verdadeiro problema. Dentro de um túnel assim, não há espaço para inchaço, então a pressão aumenta. Se essa pressão continuar a subir, pode interromper o fluxo sanguíneo para o próprio tendão. O tendão então pode formar cicatrizes aderindo à bainha ao seu redor, deixando o dedo rígido mesmo após a infecção ter desaparecido. É por isso que uma infecção da bainha tendínea precisa ser tratada rapidamente, em vez de se esperar alguns dias.

Outras regiões também têm suas “armadilhas”. A almofada de gordura na ponta do dedo é dividida em pequenas bolsas fechadas por fibras resistentes; assim, uma infecção nesse local (chamada felon) gera pressão rapidamente e pode se espalhar para o osso ou para a articulação vizinha. A pele ao lado da unha também pode abrigar uma infecção lenta e persistente (paroníquia crônica), geralmente causada por leveduras, na qual a umidade penetra sob a cutícula e mantém a inflamação. Em algumas pessoas, os túneis tendíneos do polegar e do dedo mínimo se conectam, permitindo que a infecção se espalhe de um lado da palma para o outro.

A maioria das infecções da mão é causada por bactérias que normalmente vivem na pele e entram por alguma lesão. Algumas surgem após mordidas, humanas ou de animais. Diabetes, medicamentos esteroides ou um sistema imunológico enfraquecido facilitam a instalação da infecção e sua propagação para estruturas mais profundas, como tendões, osso ou articulação. Por isso o cirurgião pergunta sobre seu histórico de saúde, e por isso o tratamento precoce é tão importante: com cuidados imediatos, a maioria das infecções dos tecidos moles resolve completamente; já o atraso no tratamento pode resultar em rigidez duradoura.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, trata infecções da mão agindo rapidamente, pois o atraso é o que causa danos duradouros. Geralmente, 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 consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos a sua mão e solicitamos os exames necessários para identificar qual microrganismo está causando a infecção e até que profundidade ela se espalhou.

Na maioria das infecções iniciais, o primeiro passo é não cirúrgico. Se uma infecção da bainha do tendão for detectada nas primeiras 48 horas após o início dos sintomas, antibióticos e uma tala podem impedir sua propagação. O paciente é então monitorado de perto; caso os sintomas não melhorem rapidamente, optamos pela cirurgia em vez de aguardar. Após qualquer tratamento, imobilizar a mão numa posição protetora e movimentar os dedos precocemente ajuda a evitar rigidez. A reabilitação é essencial: uma mão infectada que não é movimentada acaba ficando rígida; portanto, a fisioterapia faz parte do plano de tratamento, não é um item opcional.

Os antibióticos constituem a outra vertente do tratamento médico. A primeira prescrição visa abranger as bactérias mais prováveis de causar a infecção; uma vez que os resultados laboratoriais identifiquem exatamente o microrganismo, trocamos para o antibiótico mais adequado. Algumas infecções exigem antibióticos por via intravenosa, em vez de comprimidos; em casos graves, o tratamento pode durar de 4 a 6 semanas. Se o seu sistema imunológico estiver enfraquecido por doenças ou medicamentos como esteroides, o tratamento é mais rápido e agressivo, pois essas infecções podem evoluir para quadros graves mais rapidamente. Mordidas, sejam humanas ou de animais, também geralmente exigem antibióticos profiláticos.

A cirurgia é indicada quando há pus a ser drenado ou quando a infecção atinge tendões, ossos ou articulações. Um abscesso ou acúmulo de líquido sob a pele precisa ser liberado para aliviar a pressão; muitas vezes, o ferimento é tamponado inicialmente para manter a drenagem. Infecções na ponta do dedo (chamadas “felon”) ou ao redor da unha (“paroníquia”) são drenadas por meio de um pequeno corte, às vezes removendo parte da unha. Infecções na bainha do tendão exigem a lavagem do túnel tendíneo; já a osteomielite (infecção óssea) requer a remoção do tecido necrosado, além de um tratamento prolongado com antibióticos. Uma exceção importante: se uma bolha no dedo for na verdade uma infecção viral (herpes labial na mão), a cirurgia não é indicada; abri-la pode piorar a situação.

O que esperar

A maioria das infecções na mão detectadas precocemente resolve-se completamente com o tratamento. Com atendimento imediato, a maior parte das infecções dos tecidos moles desaparece por completo, e a mão volta ao normal. Quanto mais cedo você procurar atendimento, maiores são as chances de evitar rigidez ou danos permanentes.

O tempo de recuperação depende da profundidade da infecção. Uma infecção na pele ou nas unhas pode melhorar em poucos dias após a drenagem ou o uso de antibióticos. Já uma infecção na bainha do tendão, no osso ou na articulação leva mais tempo; algumas exigem semanas de tratamento antibiótico. Mesmo após a infecção desaparecer, o dedo pode permanecer rígido por algum tempo. Movimentar os dedos cedo, quando o cirurgião autorizar, ajuda a impedir que essa rigidez se torne permanente.

Se o tratamento for adiado, o prognóstico torna-se menos previsível. Uma infecção na bainha do tendão presente há dias pode causar cicatrização entre o tendão e seu canal, deixando o dedo rígido mesmo após a cura da infecção. Infecções graves podem ainda resultar em perda permanente de função ou, em alguns casos, na perda do dedo, mesmo com tratamento adequado e oportuno. Por isso, essas infecções são consideradas casos de urgência, em vez de serem monitoradas por alguns dias.

Algumas infecções têm comportamento diferente. Em pessoas com diabetes ou sistema imunológico enfraquecido, as infecções podem se disseminar mais rapidamente e atingir estruturas mais profundas; por isso, exigem tratamento mais agressivo e, às vezes, mais de uma cirurgia. Infecções de crescimento mais lento, como as causadas por micobactérias (um grupo de germes relacionado ao causador da tuberculose), precisam de longos ciclos de antibióticos combinados com cirurgia para serem erradicadas; a recuperação, nesses casos, leva meses, não dias.

Geralmente, você será reavaliado após o tratamento para verificar se a infecção está desaparecendo e se a mão está se movimentando bem. Mantenha essas consultas mesmo que tudo pareça melhor, pois alguns problemas só se tornam visíveis quando o inchaço diminui. Se dor, vermelhidão ou inchaço reaparecerem após a infecção parecer controlada, entre em contato com o seu cirurgião em vez de aguardar para ver como evolui.

Quando procurar ajuda médica

As infecções na mão são situações de urgência. O dano decorrente de qualquer atraso ocorre rapidamente; portanto, não espere para ver se a situação melhora por conta própria.

Procure o pronto-socorro se houver linhas vermelhas subindo pelo braço ou pela mão, se todo o dedo estiver inchado, dobrado e muito doloroso para ser esticado, ou se a pele estiver escurecendo rapidamente, formando bolhas ou se rompendo. O mesmo se aplica se você estiver com febre e se sentindo mal, além dos sintomas na mão; ou se a mão sofreu um ferimento e agora está muito inchada e tensa. Esses sinais podem indicar uma infecção profunda ou em propagação, que exige avaliação e tratamento imediatos.

Solicite avaliação urgente, preferencialmente no mesmo dia, se a dor for intensa e piorar, se uma articulação do dedo estiver quente, inchada e muito dolorida para ser movimentada, ou se houver acúmulo de pus sob a pele ou ao lado da unha. Uma infecção que não melhora após um ou dois dias de uso de antibióticos também requer avaliação, em vez de simplesmente aguardar o término do tratamento.

Procure seu médico de família assim que possível para qualquer infecção na mão, mesmo que seja leve. Isso é ainda mais importante se você tem diabetes, doença renal ou alguma condição ou medicação que enfraqueça o sistema imunológico, pois, nesses casos, as infecções podem se espalhar mais rápido e atingir camadas mais profundas dos tecidos. Informe ao médico sobre qualquer mordida recente de animal ou humana, ferimento por perfuração, ou histórico de trabalho ou viagens que possam indicar a presença de um patógeno incomum.

Se uma infecção persistir ou nunca se resolver completamente apesar do tratamento, peça uma avaliação por um especialista, pois algumas infecções de crescimento lento exigem exames específicos para serem identificadas.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. As infecções da mão merecem uma leitura mais aprofundada, pois os antibióticos prescritos inicialmente para a maioria dos pacientes são, neste contexto específico, inadequados; além disso, uma infecção na mão pode ser uma emergência cirúrgica frequentemente confundida com um caso leve.

O MICRORGANISMO MAIS COMUM RESISTE AOS MEDICAMENTOS MAIS COMUNS

Um estudo longitudinal de 10 anos envolvendo **815** infecções da mão em ambientes urbanos constatou que, embora a incidência anual de MRSA tenha diminuído no geral, esse microrganismo **continua sendo o patógeno mais comum**. Ao mesmo tempo, a resistência à clindamicina e à levofloxacina **aumentou de forma constante**. A conclusão dos autores é clara: a terapia antibiótica empírica para infecções da mão deve **evitar penicilina, beta-lactâmicos, clindamicina e levofloxacina** [1].

Essa lista de substâncias a serem evitadas é maior do que a maioria das pessoas imagina; ela inclui praticamente todos os medicamentos habitualmente prescritos para infecções cutâneas em outras partes do corpo. A implicação prática é que o fato de uma infecção da mão não responder ao tratamento com antibióticos de primeira linha é um acontecimento comum e previsível, e não algo incomum; por isso, é recomendável procurar avaliação médica em vez de persistir com o mesmo tratamento.

Os padrões de resistência variam conforme a região, portanto esse é um princípio geral, não uma prescrição rígida. Contudo, ele explica por que as infecções da mão frequentemente exigem intervenções mais agressivas do que o tamanho da lesão sugeriria.

INFECÇÃO DA BAINHA DO FLEXOR: DETALHES QUE INFLUENCIAM O PROGNÓSTICO

A tenossinovite flexora piogênica, ou seja, a infecção no espaço fechado por onde passa o tendão flexor, é a única infecção da mão que se comporta de maneira diferente das demais. A bainha do tendão é um espaço confinado com baixa irrigação sanguínea; por isso, o pus sob pressão nesse local pode destruir a superfície de deslizamento do tendão em apenas alguns dias.

Em um estudo com **763** pacientes, duas medidas melhoraram a amplitude de movimento: **o uso de antibióticos como parte do tratamento e a irrigação por cateter em vez da lavagem cirúrgica aberta**. As evidências corroboraram tanto a **intervenção precoce** quanto o uso sistêmico de antibióticos [2].

Vale ressaltar que o desfecho avaliado foi a amplitude de movimento, e não a erradicação total da infecção. É possível curar a infecção sem que o dedo recupere sua mobilidade plena, o que representa o verdadeiro custo de qualquer atraso no tratamento. Os quatro sinais clássicos – dedo inchado, com aspecto semelhante a uma “salsicha”, mantido ligeiramente flexionado; sensibilidade dolorosa ao longo de toda a bainha do tendão; e dor intensa ao ser esticado passivamente – merecem atenção, pois essa combinação exige avaliação imediata, e não apenas o uso de medicamentos por via oral.

O CASO QUE REALMENTE CONSTITUI UMA EMERGÊNCIA MÉDICA

A fascíte necrotizante de origem na mão é rara e extremamente destrutiva. A revisão sistemática de **161** casos conclui que **o diagnóstico precoce é de suma importância**, e que a intervenção cirúrgica precoce e decisiva deve ser realizada com **baixo limiar de indicação**, especialmente quando existem fatores de risco [3].

O termo “baixo limiar de indicação” é utilizado intencionalmente. Trata-se de um diagnóstico em que a espera por uma confirmação pode custar o membro afetado. Os sinais que o diferenciam da celulite comum são: dor desproporcional em relação à aparência da lesão, progressão rápida ao longo de horas, e não dias; além de sintomas sistêmicos como febre, confusão mental e sensação de mal-estar intenso, tudo isso acompanhado de uma área de vermelhidão que pode parecer pequena.

POR QUE UMA FERIDA PEQUENA PODE SER ENGANOSA

Dois mecanismos podem provocar infecções muito mais profundas do que a ferida visível indica. Uma mordida na região do nó do dedo, ocorrida ao bater com a mão na boca, faz com que microrganismos orais penetrem na pele, no tendão extensor e na cápsula articular num único movimento; posteriormente, a pele se fecha sobre essa contaminação. Já uma perfuração na palma da mão pode permitir a entrada de bactérias na bainha do flexor, através de um ponto de entrada que se fecha em apenas um dia.

Nos dois casos, a ferida visível é um indicador pouco confiável da profundidade do problema. O padrão da dor – especialmente a dor ao mover o dedo, em vez da dor exatamente na área da ferida – é muito mais informativo do que a aparência da pele.

REFERÊNCIAS

- [1] 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):449-54. <https://doi.org/10.1177/1558944717750921>
- [2] Giladi AM, Malay S, Chung KC. Revisão sistemática sobre o tratamento da tenossinovite flexora piogênica aguda. *J Hand Surg Eur Vol*. 2015;40(7):720-8. <https://doi.org/10.1177/1753193415570248>
- [3] Christopoulos G, Khoury A, Johnson M, Sergeantanis TN. Fascite necrotizante de origem na mão: revisão sistemática e meta-análise. *Hand (N Y)*. 2022;19(4):568-74. <https://doi.org/10.1177/15589447221141486>