

Dedo em martelo

Dedo em martelo: a ponta do dedo fica curvada para baixo porque o tendão extensor responsável por endireitar a última articulação se rompeu ou se descolou de sua inserção.

Holly Cheng / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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

No dedo em martelo, a última articulação do dedo fica caída e você não consegue esticar a ponta do dedo sozinho. Geralmente, o dedo ainda consegue dobrar para baixo normalmente. A lesão acontece quando o tendão responsável por esticar a ponta do dedo se desprende, às vezes levando consigo um pequeno pedaço de osso. Ela costuma ocorrer quando uma bola atinge a ponta de um dedo esticado, e é por isso que é uma lesão comum no futebol.

A dor fica na parte de trás da última articulação, logo abaixo da unha. Geralmente ela é mais forte nos primeiros dias após a lesão, quando o dedo está inchado e sensível ao toque. Dobrar a ponta do dedo piora a dor. Depois que o dedo é imobilizado com a tala e mantido reto, a dor geralmente melhora. A queda em si não dói, mas muda a forma como o dedo funciona.

As tarefas do dia a dia que exigem uma ponta do dedo firme ficam desajeitadas. Pegar moedas pequenas, passar a linha na agulha, girar uma chave pequena ou apertar botões pode ficar difícil, porque a ponta do dedo não consegue empurrar de forma reta. Escrever ou segurar o celular também pode parecer diferente. A articulação do meio do dedo também pode se dobrar para trás mais do que o normal para compensar a ponta caída.

Algumas pessoas percebem que o dedo parece pior pela manhã, depois que a mão ficou parada durante a noite, e que ele se solta assim que começam a movimentá-lo.

Alguns sinais de alerta exigem ação rápida. Se o seu dedo ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, principalmente se houver febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia. Se houver pele rompida sobre a articulação lesionada, ou se o dedo parecer claramente deformado, vá no mesmo dia. Se o seu dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento dele após uma lesão, vá no mesmo dia. Se os sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo das semanas ou

impedirem você de trabalhar ou de usar a mão, procure seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

O que está realmente acontecendo

Na parte de trás da ponta do seu dedo passa um cordão fino de tendão, uma corda de fibras que liga o músculo ao osso. Suas fibras mais baixas se fixam no último osso pequeno do dedo, logo abaixo da unha. Quando você estica o dedo, esse cordão puxa o osso. No dedo em martelo, o cordão se soltou do seu ponto de fixação. Às vezes, ele arranca junto uma pequena lasca de osso.

Quando o cordão deixa de estar fixado, não há nada que sustente a ponta do dedo para cima. O músculo que dobra a ponta do dedo para baixo continua funcionando e, sem nada puxando no sentido contrário, ele vence. A ponta fica caída e você não consegue esticá-la sozinho, embora ainda consiga empurrá-la até ficar reta com a outra mão. Isso acontece porque o músculo que dobra está intacto e o cordão que estica não está.

A lesão geralmente acontece quando a ponta de um dedo esticado é forçada de repente a dobrar, por exemplo, quando ela fica presa em um bolso ou em um lençol ao esticar o braço. A superfície da articulação também pode ser afetada. Se o pedaço de osso arrancado ocupar mais de um terço da superfície articular, ou se o último osso sair do alinhamento, a cirurgia geralmente é recomendada. Fragmentos menores costumam ser tratados apenas com a tala.

Alguma queda pode permanecer mesmo quando o tratamento dá certo, e a maioria das pessoas se adapta a ela sem muita dificuldade. Se a tala não funcionou, a cirurgia é uma opção, embora uma vantagem da cirurgia não tenha sido claramente comprovada.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, adapta o tratamento à sua lesão específica. Alguns casos de dedo em martelo cicatrizam sem cirurgia, e outros precisam de cirurgia logo, por isso uma avaliação rápida é importante. 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 clínica, colhemos o seu histórico, examinamos o seu dedo e solicitamos uma radiografia se for necessário. A radiografia mostra se um pedaço de osso se desprende junto com o tendão, qual é o tamanho desse pedaço e se o último osso do dedo saiu do alinhamento.

Na maioria das lesões, o tratamento começa com uma tala que mantém a ponta do dedo reta. A tala precisa ficar no lugar continuamente por 6 a 8 semanas, porque mesmo alguns minutos de flexão, como quando você lava as mãos, podem desfazer a cicatrização. Nossa terapeuta da mão, Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation, ajusta a sua tala e orienta os seus exercícios. Um terapeuta da mão consegue tratar essas lesões tão bem quanto um cirurgião, e a tala causa pouquíssimos problemas de pele. Se o seu dedo ainda estiver caído quando a tala for retirada, semanas extras de tala fazem parte do plano, e não são sinal de que o tratamento falhou. Uma tala noturna adicional não traz nenhum benefício. Se você pratica esportes, precisará evitar o esporte que causou a

lesão enquanto o dedo estiver com a tala. Mesmo lesões que ficaram sem tratamento por 2 a 4 semanas ainda podem ter bons resultados com a tala.

A cirurgia geralmente é recomendada quando o pedaço de osso arrancado envolve mais de um terço da superfície articular, ou quando o último osso do dedo saiu do alinhamento em direção à palma da mão. Ocasionalmente, ela também é oferecida para uma queda que persiste após o uso da tala, ou para uma lesão antiga que nunca foi tratada. Se a tala não funcionou, a cirurgia é uma opção, embora uma vantagem da cirurgia não tenha sido claramente comprovada. A operação mantém o tendão ou o fragmento ósseo no lugar para que a ponta do dedo possa voltar a ficar reta, e ela tem uma página própria.

O que esperar

A maioria dos casos de dedo em martelo melhora com uma tala. Cerca de metade das lesões é curada ou melhora claramente apenas com a tala. A tala mantém a ponta do dedo reta por 6 a 8 semanas, e o tendão cicatriza nessa posição. Se o seu dedo ainda estiver caído quando a tala for retirada, mais semanas de tala fazem parte do plano, e não são sinal de que o tratamento falhou.

O seu resultado depende muito de usar a tala exatamente conforme orientado. As pessoas que seguem as instruções da tala têm resultados melhores do que as que a retiram. Mesmo alguns minutos de flexão podem desfazer a cicatrização, e é por isso que a tala fica no lugar continuamente. Lesões tratadas dentro de duas semanas após acontecerem raramente deixam uma incapacidade duradoura. Lesões que ficaram sem tratamento por 2 a 4 semanas ainda podem ter bons resultados com a tala, portanto um início tardio não é motivo para desistir.

Alguma queda pode permanecer mesmo quando o tratamento dá certo. A ponta do dedo pode não ficar perfeitamente reta, e a maioria das pessoas se adapta a isso sem muita dificuldade. A última articulação faz pouco do trabalho de preensão, por isso uma pequena queda permanente geralmente importa menos do que parece. Se a tala não funcionou, a cirurgia é uma opção, embora uma vantagem da cirurgia não tenha sido claramente comprovada.

Se o dedo ficar completamente sem tratamento, a queda tende a permanecer. O tendão não volta a se fixar sozinho sem ajuda. Algumas pessoas convivem com a queda e se viram bem, enquanto outras acham a ponta do dedo desajeitada frustrante ao longo dos meses. Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo das semanas ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão, procure seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

Quando procurar um especialista

A maioria dos casos de dedo em martelo resulta de uma bola que atinge a ponta de um dedo esticado, muitas vezes no futebol. A ponta do dedo fica caída e não se estica sozinha, o que geralmente já é suficiente para levar a uma consulta. Algumas fraturas maiores se comportam de forma diferente: a ponta do dedo pode continuar reta mesmo que um pedaço de osso tenha se desprendido, por isso um dedo dolorido que não melhora após uma

pancada na ponta ainda merece uma radiografia. As lesões ósseas do dedo em martelo geralmente acontecem quando o dedo é forçado para trás, e não para a frente.

Alguns sinais exigem ação rápida. Se o seu dedo ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, principalmente se houver febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia. Se houver pele rompida sobre a articulação lesionada, ou se o dedo parecer claramente deformado, vá no mesmo dia. Se o seu dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento dele após uma lesão, vá no mesmo dia. Se os sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo das semanas ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão, procure seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. O dedo em martelo merece essa leitura adicional, pois as duas situações geralmente consideradas indicações claras para cirurgia – um fragmento ósseo grande e a persistência da deformidade após o uso da tala – não estão tão bem estabelecidas quanto a confiança com que são citadas.

AMBOS OS TRATAMENTOS PRODUZEM BONS RESULTADOS, MAS NINGUÉM SABE ONDE ESTÁ O LIMITE

Uma revisão sistemática sobre os tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos chegou a uma conclusão inusualmente direta: **ambos levam a bons resultados clínicos, e não há evidências suficientes para determinar quando a intervenção cirúrgica é indicada** [1].

Essa segunda parte é a mais importante. A discussão não diz respeito à eficácia de cada tratamento. O problema é que o limiar para optar pela cirurgia – o ponto em que a fratura é considerada muito grande ou a articulação muito subluxada – baseia-se em convenções, e não em evidências comparativas.

Quando um fragmento envolve mais de um terço da superfície articular, ou quando a falange distal está subluxada, a cirurgia geralmente é indicada; contudo, **ainda não foi comprovada de forma clara uma vantagem significativa do tratamento cirúrgico, mesmo nesses casos complexos** [2].

A IMOBILIZAÇÃO COM TALAS FUNCIONA; O NÚMERO QUE IMPORTA É O TEMPO DE APLICAÇÃO

As evidências científicas sobre o uso de órteses são mais concretas. Dois de três estudos constataram um grande efeito da intervenção com órteses, **variando de 2,17 a 12,12**, sendo recomendado um período de imobilização de **6 a 8 semanas**, além de semanas adicionais caso persista algum atraso na recuperação [3].

Existem dois pontos práticos a se considerar. O primeiro é que a tala deve manter a ponta do dedo reta continuamente; a posição da tala já é suficiente para manter as extremidades do tendão alinhadas, e alguns minutos de flexão durante a lavagem reiniciam o cronômetro da recuperação. O segundo é que “as semanas adicionais caso persista algum atraso” fazem parte do protocolo de tratamento, e não são sinal de falha no mesmo.

POR QUE UM LEVE ATRASO RESIDUAL NA EXTENSÃO É GERALMENTE ACEITÁVEL

É comum haver um pequeno atraso permanente na extensão após o tratamento, e isso geralmente não impede o uso normal da mão. A articulação distal contribui relativamente pouco para a força de preensão; a maioria das pessoas se adapta a alguns graus de atraso na extensão sem perceber qualquer impacto funcional.

Isso é relevante ao avaliar a necessidade de cirurgia, mesmo quando o resultado esperado não é perfeito: a intervenção nessa articulação traz riscos consideráveis — o fragmento ósseo é pequeno, a pele é fina, e a fixação com pinos ou arames nessa região pode provocar infecções, deformidade das unhas e rigidez articular. Tais riscos precisam ser ponderados em relação aos benefícios estéticos e funcionais, que costumam ser modestos. Dado que as evidências científicas não demonstram vantagem clara da cirurgia, mesmo nos casos mais complexos, aceitar um pequeno atraso na extensão é uma decisão coerente com as evidências, em vez de um mero compromisso.

A DEFORMIDADE QUE NÃO É DEDO EM MARTELO

O dedo em martelo pertence a um grupo de lesões do mecanismo extensor, sendo distinguido principalmente pelo local onde ocorre a ruptura do tendão: na ponta do dedo no caso do dedo em martelo, na articulação média no caso da deformidade em botão, e na banda sagital na articulação metacarpofalângica [4]. No início, quando o inchaço dificulta a identificação do padrão clínico, essas lesões são frequentemente confundidas entre si; além disso, cada uma requer uma posição específica de imobilização com tala. Imobilizar uma deformidade em botão como se fosse um dedo em martelo mantém a articulação errada imóvel, razão pela qual é importante confirmar o diagnóstico antes de optar por seis semanas de imobilização.

REFERÊNCIAS

- [1] Lin JS, Samora JB. Tratamento cirúrgico e não cirúrgico do dedo em martelo: uma revisão sistemática. J Hand Surg Am. 2018;43(2):146-163.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.10.004>
- [2] Lamaris GA, Matthew MK. O diagnóstico e tratamento das lesões do dedo em martelo. Hand (N Y). 2016;12(3):223-8. <https://doi.org/10.1177/1558944716642763>
- [3] Valdes K, Naughton N, Algar L. Tratamento conservador do dedo em martelo: uma revisão sistemática. J Hand Ther. 2015;28(3):237-46. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.03.001>
- [4] Lin JD, Strauch RJ. Lesões fechadas do mecanismo extensor dos tecidos moles (dedo em martelo, dedo em botão e lesão da banda sagital). J Hand Surg Am. 2014;39(5):1005-11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.11.018>