

Artrite da articulação PIP

Uma mão afetada por artrite — há inchaço e deformidade visíveis nas articulações dos dedos.

PhilipPirrip / Wikimedia Commons, 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

A articulação do meio do dedo (aquela que você dobra quando fecha a mão) fica dolorida, rígida e, às vezes, inchada. Em geral é uma dor surda, sentida tanto na frente quanto atrás da articulação. Ela costuma piorar quando você movimenta o dedo, principalmente quando o estica contra resistência. Às vezes a dor sobe em direção ao nó do dedo. A articulação também pode ficar dolorida quando pressionada.

Tarefas do dia a dia que exigem pinça ou segurar objetos ficam difíceis. Fazer pinça com o polegar aplica uma força lateral sobre a articulação do dedo indicador; por isso, botões, chaves e pegar objetos pequenos podem doer. O dedo pode se desviar ou ficar torto, e pode não dobrar nem esticar por completo. O inchaço e a rigidez podem durar muito tempo, principalmente se a articulação já sofreu uma lesão, como uma entorse ou uma luxação.

Os sintomas nem sempre seguem um caminho constante. Muitas pessoas percebem que têm menos sintomas nos estágios finais da artrite do que tinham no início. Dor, rigidez ou um dedo torto que não melhora após três meses ou mais de tratamento simples é o momento em que a cirurgia costuma ser considerada.

Se o seu dedo, a sua mão ou o seu braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente se houver febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia. Se o dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento após uma lesão, vá ao pronto-socorro no mesmo dia. Se os seus 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 com um especialista.

O que realmente acontece

O seu dedo tem três ossos, e o ponto dolorido é a articulação do meio, chamada articulação IFP (interfalângica proximal). Ela é uma dobradiça simples. Ela se dobra e se estica apenas numa direção, como uma porta que gira em dobradiças bem lubrificadas. Quando saudáveis, as extremidades ósseas se encaixam com precisão, o que mantém a articulação estável quando o dedo está esticado.

Cada extremidade óssea é revestida por uma camada lisa e escorregadia chamada cartilagem. Pense nela como a banda de rodagem de um pneu, ou como o amortecedor entre dois ossos. Com a artrite, essa camada se desgasta. As extremidades ósseas passam então a raspar uma na outra em vez de deslizar. O corpo responde produzindo osso extra ao redor das bordas da articulação, e o revestimento da articulação engrossa. Esse atrito e esse espessamento são o que causa a dor, o inchaço e a sensação de raspagem que você pode notar.

A articulação também é envolvida por faixas resistentes chamadas ligamentos, que mantêm os dois ossos alinhados, um pouco como as cordas que firmam uma barraca. A artrite e lesões antigas esticam essas faixas e deixam cicatrizes nelas. Quando elas afrouxam, o dedo pode se desviar ou ficar torto, e a articulação pode parecer instável. Em seguida vem a rigidez, porque esse mesmo envoltório de ligamentos e cápsula se retrai quando uma articulação dolorida não está se movendo.

Uma lesão antiga é importante aqui. Essa articulação tende a ter problemas duradouros após uma entorse ou luxação. Lesões ao redor dela deixam um resultado ruim em cerca de 30% dos casos, com instabilidade, dor, rigidez persistentes ou um dedo que não estica por completo. Danos desse tipo também podem fazer a artrite aparecer mais cedo do que o desgaste sozinho faria.

Há um padrão com nome próprio que vale a pena conhecer. Se a faixa que estica a articulação do meio enfraquecer, o dedo se dobra na articulação do meio enquanto a articulação da ponta se dobra para trás, no sentido oposto. Os médicos chamam isso de deformidade em batoeira. No início, você ainda consegue esticar o dedo sozinho e a função quase não é afetada. Mais tarde, a rigidez se instala e o dedo não estica nem quando outra pessoa tenta movê-lo por você.

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 caso. Geralmente, 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. Na sua primeira consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o dedo e, se necessário, solicitamos radiografias. Para um problema de longa data como este, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico e consideramos a cirurgia quando ele não traz melhoria suficiente.

Os primeiros passos são coisas que você mesmo pode fazer. Mudar a forma como você usa a mão, para fazer pinça e segurar objetos de outro jeito, tira carga da articulação dolorida. A terapia da mão visa manter a articulação em movimento e manter a sua força de preensão funcionando. Uma tala ou um gesso pode manter o dedo mais reto; para algumas pessoas, o gesso seriado, em que o gesso é trocado em etapas, pode corrigir um

dedo que ficou rígido numa posição dobrada. Dê a essas medidas pelo menos 3 meses antes de avaliar o resultado.

Comprimidos para dor e medicamentos anti-inflamatórios, tomados conforme a orientação do seu médico de família, podem aliviar a dor o suficiente para você continuar usando a mão. Não usamos injeções para essa articulação.

Se o tratamento simples não tiver ajudado após 3 meses, e a radiografia mostrar artrite junto com dor persistente, a cirurgia passa a ser uma opção. As duas principais operações são substituir a articulação por um implante, o que mantém algum movimento, ou fundir a articulação, o que elimina a dor ao impedir totalmente o movimento dela. Qual delas é adequada para você depende da própria articulação: se ela é estável, de qual dedo se trata e do que você precisa que a sua mão faça. Conversaremos com você sobre essa escolha. Antes de qualquer operação, verificamos se os tendões ao redor da articulação estão intactos e se a articulação ainda tem alguma estabilidade, porque a substituição exige as duas coisas. Um dedo muito torto, desviado para o lado em mais de 30 graus, é difícil de corrigir com uma substituição, e é provável que ela falhe.

O que esperar

A artrite dessa articulação geralmente não desaparece sozinha. A dor e a rigidez tendem a persistir, e o tratamento simples as alivia, em vez de curá-las. Muitas pessoas percebem que os sintomas se acalmam ao longo dos anos, mas a articulação raramente volta a ser como era antes.

Sem tratamento, a evolução depende do que está causando o problema. Após uma lesão antiga, como uma entorse ou uma luxação, um resultado ruim é comum: dor, rigidez e instabilidade persistentes ou um dedo que não estica por completo. Um dedo rígido e dobrado às vezes pode ser corrigido com tala ou com gesso seriado, em que o gesso é trocado em etapas. Manter a articulação em movimento é importante, porque uma articulação dolorida que não é usada fica ainda mais rígida.

Com tratamento, a maioria das pessoas obtém alívio suficiente para continuar usando a mão. O tratamento não cirúrgico, com uma tentativa justa de pelo menos 3 meses, alivia os sintomas de muitas pessoas. Quando a cirurgia é necessária, as duas opções têm um padrão realista de resultados. A substituição da articulação alivia a dor e mantém algum movimento, mas o movimento pode diminuir com o tempo, e novas operações são comuns após a substituição dessa articulação. A fusão da articulação elimina a dor de forma confiável, à custa de todo o movimento nesse dedo. Se uma substituição falhar, a solução habitual de resgate é fundir a articulação.

A recuperação é gradual, e não rápida. Recuperar um movimento confortável e a força para segurar objetos após uma lesão ou cirurgia nessa articulação é realmente difícil, e o progresso é medido em meses. A terapia da mão após a cirurgia é feita com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation; ela orienta a sua terapia e confecciona qualquer tala de que você precise. Algumas pessoas percebem que conseguir esticar melhor o dedo não se traduz na função mais fácil que esperavam, e é bom saber disso antes de começar o tratamento.

Quando procurar ajuda médica

Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista se o seu dedo estiver dolorido, rígido ou torto e não tiver melhorado após 3 meses ou mais de tratamento simples, como terapia da mão, tala ou medicamentos. Procure ajuda mais cedo se os sintomas estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão. Procure avaliação rapidamente após uma entorse ou luxação dessa articulação, porque o inchaço, a rigidez e a perda de função podem durar muito tempo, e uma fratura-luxação pode evoluir rapidamente para uma deformidade fixa. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se o seu dedo, a sua mão ou o seu braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente se houver febre. Vá no mesmo dia se o dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento após uma lesão.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A artrite da articulação do dedo médio merece uma leitura mais detalhada, pois a escolha entre realizar uma artrodese ou uma artroplastia depende de um fator que a maioria das pessoas nem pensaria em considerar: a estabilidade da articulação. Além disso, o dedo afetado é tão importante quanto os resultados da radiografia na tomada dessa decisão.

A ESTABILIDADE, E NÃO A GRAVIDADE DA LESÃO, DETERMINA A CIRURGIA ADEQUADA

Existem duas opções cirúrgicas. A artrodese fixa a articulação permanentemente numa posição escolhida, eliminando a dor de forma confiável, porém à custa de toda a mobilidade. Já a artroplastia preserva a movimentação da articulação.

A comparação realizada em **1.868** pacientes define quando cada procedimento é indicado. **Os implantes de silicone continuam sendo uma opção valiosa para articulações estáveis**, enquanto **os implantes de substituição de superfície podem ser mais adequados para articulações instáveis ou desviadas, embora apresentem maior risco de necessidade de nova cirurgia** [1].

O fator determinante aqui é a estabilidade. Um implante de silicone funciona como um espaçador flexível, e não como uma articulação móvel; ele atua ao ser posicionado entre as extremidades ósseas, permitindo que estas se movimentem ao seu redor, o que exige que os ligamentos circundantes garantam a estabilidade. Quando esses ligamentos falham e a articulação se desvia lateralmente, o espaçador não tem nada contra o que atuar; por isso a necessidade de adotar um design de substituição de superfície, o que, por sua vez, explica a taxa mais elevada de reoperações associada a esse tipo de implante.

O DEDO EM QUESTÃO DETERMINA A RECOMENDAÇÃO TERAPÊUTICA

Esta é uma questão raramente abordada. O dedo indicador suporta uma grande força lateral durante a pinça, ao pressionar contra o polegar; essa força é exatamente o que uma articulação substituída tolera menos. Já os dedos anular e mindinho são usados principalmente para a preensão, onde as cargas atuam ao longo do dedo, e não transversalmente a ele.

A consequência prática é que a substituição articular costuma ser mais indicada para os dedos ulnares, enquanto a fusão articular é frequentemente preferida no dedo indicador – onde uma estrutura estável para pressionar durante a pinça é mais valiosa do que a mobilidade. Assim, duas articulações idênticas à primeira vista numa radiografia podem receber recomendações diferentes, dependendo apenas da sua posição na mão.

A FUSÃO É UM MÉTODO CONFIÁVEL; A TÉCNICA UTILIZADA TEM MENOS IMPORTÂNCIA DO QUE SE ESPERA

Quando a fusão é a opção escolhida, o debate sobre a técnica é relativamente limitado. Em **1.923** pacientes, **todas as técnicas descritas permitem alcançar o objetivo de fusionar uma articulação osteoartrítica**, observando-se, na literatura mais recente, uma tendência para o uso de técnicas de compressão [2]. Ao comparar diretamente as diferentes técnicas em **286** pacientes, verificou-se que **os tempos de fusão, as taxas de não união e as complicações foram semelhantes**; a artrodese por parafusos apresentou taxa de não união menor que a fusão por fios, embora os dados disponíveis tenham limitações significativas [3].

QUANDO A ARTICULAÇÃO FOI DESTRUÍDA POR LESÃO E NÃO POR DESGASTE

Uma fratura na base do osso médio destrói diretamente a superfície articular. Quando mais da metade da superfície é afetada, uma opção é reconstruí-la utilizando um enxerto retirado do osso hamato do punho, cujo contorno assemelha-se à superfície articular perdida.

O autoenxerto de hemi-hamato **pode ser considerado uma opção confiável para casos de fraturas e luxações agudas ou crônicas em que mais de 50% da articulação está comprometida**, embora seja necessário acompanhamento a longo prazo, especialmente para determinar a taxa de desenvolvimento de artrite posterior [4]. Uma revisão separada envolvendo **235** pacientes constatou que esse procedimento proporciona alívio dos sintomas e restauração da função [5].

Essa questão pendente acerca da artrite posterior constitui, na verdade, uma ressalva importante: o enxerto restaura a forma da articulação, mas ainda não se sabe se a superfície reconstruída sofre desgaste na mesma velocidade que uma articulação natural.

REFERÊNCIAS

- [1] Forster N, Schindele S, Audigé L, Marks M. Complicações, reoperações e revisões após artroplastia da articulação interfalângica proximal: uma revisão sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2018;43(10):1066-75. <https://doi.org/10.1177/1753193418770606>
- [2] Millrose M, Gesslein M, Ittermann T, Kim S, Vonderlind H, Ruettermann M. Artrodese da articulação interfalângica proximal do dedo: uma revisão sistemática. EFORT Open Rev. 2022;7(1):49-58. <https://doi.org/10.1530/EOR-21-0102>
- [3] Faulkner H, An V, Lawson RD, Graham DJ, Sivakumar BS. Técnicas de artrodese da articulação interfalângica proximal: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2021;18(1):74-9. <https://doi.org/10.1177/1558944721998019>

- [4] Frueh FS, Calcagni M, Lindenblatt N. Artroplastia com autoenxerto de hemi-hamate na reconstrução da articulação interfalângica proximal: uma revisão sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(1):24-32. <https://doi.org/10.1177/1753193414554356>
- [5] Faulkner H, Graham DJ, Hile M, Lawson RD, Sivakumar BS. Artroplastia com hemi-hamate para fratura da base da falange média: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2021;18(2):300-6. <https://doi.org/10.1177/15589447211014623>