

Bainha do flexor infectada (Tenossinovite flexora piogênica)

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 da bainha do tendão flexor é uma infecção no túnel pelo qual desliza o tendão que dobra o dedo. Todo o dedo geralmente incha de forma uniforme, ao longo de todo o seu comprimento, em vez de em um único ponto dolorido. O dedo pode ficar em posição ligeiramente dobrada e ser difícil de esticar. Esticá-lo, ou alguém esticá-lo delicadamente por você, geralmente é o que mais dói, especialmente perto da base do dedo, onde o inchaço pode ficar visível.

A dor é sentida ao longo da linha do tendão, da base do dedo em direção à palma da mão, e não sobre uma única articulação. Ela tende a estar presente o tempo todo e piora quando o dedo é forçado a ficar esticado. Dobrar um pouco o dedo costuma aliviá-la, e é por isso que o dedo fica encolhido. O inchaço e a dor podem dificultar as tarefas do dia a dia: segurar uma chaleira, girar uma chave, abotoar roupas, segurar uma caneta ou segurar um corrimão.

Essa infecção pode avançar rapidamente, e não é do tipo que pode esperar. Se o seu dedo ou a sua mão ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, vá a um pronto-socorro no mesmo dia. Você não precisa de encaminhamento do médico de família antes. O mesmo vale se o seu dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento nele.

O que está realmente acontecendo

Ao longo da face inferior de cada dedo passa um tendão que dobra o dedo, um cordão forte que puxa a ponta do dedo em direção à palma da mão. Esse tendão desliza dentro de um túnel fechado chamado bainha do tendão flexor. O túnel é revestido por uma camada escorregadia que mantém o tendão nutrido, lubrificado e deslizando livremente, um pouco como um cabo que passa por uma capa lubrificada com graxa.

Quando bactérias entram nessa capa, geralmente por um corte, um ferimento perfurante ou uma mordida, o espaço fechado se enche de pus. Como a capa é vedada, o pus fica sob pressão contra a própria superfície sobre a qual o tendão precisa deslizar. A pressão comprime o suprimento de sangue do tendão e dá início à formação de

cicatrizes entre o tendão e o seu revestimento. É por isso que todo o dedo incha de forma uniforme, por isso ele fica encolhido e por isso esticá-lo dói tanto: todas as partes do túnel estão inflamadas ao mesmo tempo.

A infecção pode se propagar. O túnel do polegar se conecta a um espaço com líquido na palma da mão chamado bursa radial, e o do dedo mínimo se conecta a um espaço chamado bursa ulnar. Em muitas pessoas, esses espaços se estendem até perto do punho; assim, a infecção em um dedo pode se espalhar em direção à palma da mão ou até atravessar para o polegar ou para o dedo mínimo, formando o que se chama de abscesso em ferradura.

O que está em jogo depende do momento do tratamento. O tendão depende do deslizamento, e o pus retido contra ele causa danos duradouros quanto mais tempo permanece ali. Quando tratada cedo, a maioria dos dedos se recupera bem. Se a espera for longa demais, o próprio tendão pode morrer, o dedo pode ficar rígido por causa das cicatrizes e, em casos graves, o dedo pode ser perdido. Mesmo com antibióticos e cirurgia imediatos, é comum haver alguma rigidez no dedo depois, porque o tecido em cicatrização tende a aderir em vez de deslizar.

O seu cirurgião vai verificar até onde a infecção se espalhou antes de decidir com que urgência drená-la.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, trata a infecção da bainha do tendão flexor como uma emergência e inicia o tratamento imediatamente. Essa infecção não espera, e você também não deve esperar. O objetivo é eliminar a infecção antes que ela danifique o tendão que permite que o seu dedo se dobre.

O primeiro passo são antibióticos administrados por gotejamento em uma veia do braço. Os antibióticos atuam junto com a drenagem, e não no lugar dela. Como a bainha é um túnel vedado, os antibióticos sozinhos muitas vezes não conseguem eliminar a infecção. Drenar o pus alivia a pressão sobre o tendão e permite que os antibióticos alcancem toda a região.

A maioria dos casos precisa de cirurgia para drenar a bainha. Fazemos pequenas incisões, pequenos cortes na pele, para podermos abrir o túnel e lavar o pus para fora. Lavar a bainha rapidamente protege a superfície de deslizamento de que o seu tendão precisa. O momento exato e o tipo de cirurgia dependem de até onde a infecção se espalhou e de quanto cedo você chega.

Após a cirurgia, o seu dedo pode precisar de uma tala para ficar em repouso. A sua terapia da mão após a cirurgia é feita com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. A Ruby é terapeuta da mão: ela orienta os seus exercícios e confecciona qualquer tala de que você precise. O foco dela é fazer o tendão voltar a deslizar, porque as cicatrizes entre o tendão e o seu revestimento são o que limita o movimento mais tarde.

Algumas infecções são causadas por germes incomuns, como micobactérias ou fungos, que precisam de um tratamento específico com antibióticos ou antifúngicos por um período mais longo. Se a infecção tiver danificado gravemente o tendão, reconstruí-lo é uma operação separada, que pode ser feita depois que a infecção tiver se resolvido por completo.

O prognóstico depende muito do momento do tratamento. Chegar cedo é o que mais protege o seu dedo; por isso, se o seu dedo estiver quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, vá a um pronto-socorro no mesmo dia.

O que esperar

O prognóstico de uma infecção da bainha do tendão flexor depende principalmente da rapidez com que ela é tratada. Chegar cedo dá ao seu dedo a melhor chance de voltar a dobrar normalmente. Esperar deixa o pus sob pressão contra o tendão, e essa pressão causa danos que não podem ser desfeitos depois.

Com tratamento imediato, a maioria dos dedos melhora e começa a se mover novamente nas semanas e meses seguintes. Mesmo assim, é comum haver alguma rigidez depois, mesmo em pessoas saudáveis que receberam antibióticos e cirurgia rapidamente. O tecido em cicatrização tende a aderir em vez de deslizar, por isso o dedo pode não dobrar nem esticar tão livremente quanto antes. A terapia da mão trabalha isso, mas exige tempo e esforço constante.

Se a infecção for grave ou ficar sem tratamento por tempo demais, o prognóstico é mais difícil. O túnel ao redor do tendão pode ser destruído, e as cicatrizes podem deixar o dedo permanentemente rígido. Em alguns casos, o inchaço fica tão intenso que comprime o suprimento de sangue do próprio dedo, um problema chamado síndrome compartimental. Nas infecções mais graves, o dedo pode morrer e precisar ser amputado, mesmo quando o tratamento foi feito a tempo e de forma completa.

Algumas situações menos comuns também podem acontecer. Às vezes, a infecção não se resolve por completo e é necessária uma segunda lavagem. Raramente, um germe incomum pode aparecer no dedo semanas após o tratamento e exigir cuidados adicionais.

A única coisa que você pode controlar é o momento. Se o seu dedo ou a sua mão ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, vá a um pronto-socorro no mesmo dia. Você não precisa de encaminhamento do médico de família antes. O mesmo vale se o seu dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento nele.

Quando procurar ajuda médica

Essa infecção é uma emergência e avança rapidamente. Vá a um pronto-socorro no mesmo dia se o seu dedo ou a sua mão ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre. O mesmo vale se o seu dedo ficar pálido, frio, branco ou azulado, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento nele. Você não precisa de encaminhamento do médico de família antes. Se você não conseguir contato com a clínica, por exemplo fora do horário de atendimento ou em um fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Os sinais de alerta acompanham a forma da infecção: todo o dedo incha de forma uniforme, fica dobrado, dói ao longo da linha do tendão, e esticá-lo é muito doloroso. Você não precisa ter todos esses sinais para procurar avaliação. Um dedo que mostre apenas alguns deles ainda pode ter essa infecção.

Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista se os sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas ou impedirem você de usar a mão.

Em maior profundidade

Esta seção aborda temas que vão além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. A bainha do flexor infectada merece uma leitura mais atenta, pois é a única infecção na mão que constitui uma verdadeira emergência; além disso, dois dos fatores que mais determinam o desfecho do caso já foram decididos antes mesmo de o paciente chegar ao hospital – um deles, anos antes.

O DIAGNÓSTICO BASEIA-SE EM QUATRO SINAIS DESCRITOS NA DÉCADA DE 1930 QUE NUNCA FORAM DEVIDAMENTE TESTADOS

Allen Kanavel descreveu quatro sinais de infecção na bainha do flexor: um **dedo inchado em toda a sua extensão**, e não apenas num ponto; mantido **ligeiramente dobrado**; **tendo sensibilidade dolorosa ao longo de toda a bainha do tendão**, e não apenas numa articulação; e, o mais útil dos quatro sinais, **dor intensa quando alguém estica o dedo suavemente** [1].

Quase um século depois, esses quatro sinais ainda são utilizados para o diagnóstico; contudo, **a sua sensibilidade, especificidade e confiabilidade interobservador nunca foram devidamente comprovadas** [1]. Trata-se de uma lacuna notável para um diagnóstico cujo atraso pode levar à perda do dedo.

A consequência prática mais relevante é a seguinte: **nem todos os quatro sinais aparecem em todos os casos**, especialmente em crianças; **a ausência de um ou mais sinais não exclui o diagnóstico** [1]. Um dedo que falha apenas num dos testes de Kanavel não pode ser considerado livre de infecção.

A FORMA DE DRENAGEM INFLUENCIA DIRETAMENTE A AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO DEDO POSTERIORMENTE

Após o diagnóstico, é necessário descomprimir a bainha tendinosa; existem duas abordagens principais para isso: realizar uma incisão cirúrgica na bainha ou inserir um **cateter fino** nela e realizar a irrigação através de uma incisão muito menor.

Uma revisão sistemática envolvendo **763 pacientes** constatou que a **irrigação com cateter proporciona melhor amplitude de movimento do que a lavagem aberta**, e que o uso de **antibióticos como parte do tratamento**, em vez de depender apenas do drenagem, também melhora a mobilidade [2].

Vale ressaltar que isso é o oposto do que ocorre no caso do felon: um abscesso na polpa do dedo, quando devidamente drenado, não necessita de antibióticos. A diferença reside na anatomia: o felon é uma cavidade fechada que pode ser completamente esvaziada, enquanto a bainha tendinosa é um tubo longo revestido pela superfície sobre a qual o tendão desliza. Não é possível limpar essa área sem danificar o que se pretende preservar; por isso, os antibióticos exercem um papel que a cirurgia não consegue cumprir.

O RISCO DE PERDER O DEDO DEPENDE PRINCIPALMENTE DO PACIENTE

Este é o achado menos confortável, porém o mais útil. Na análise conjunta dos dados, as taxas de amputação foram influenciadas quase exclusivamente pelo estado de saúde geral do paciente, e não pela técnica cirúrgica: **39% em pacientes com diabetes, 64% em pacientes com insuficiência renal e 71% em pacientes com doença vascular periférica**, todos valores estatisticamente significativos [2].

Esses números descrevem uma situação patológica distinta daquela vivenciada por uma pessoa saudável com uma pequena lesão por espinho. É por isso que uma infecção na bainha tendínea em diabéticos ou em pessoas com má circulação é tratada com maior urgência e exige lavagens repetidas mais frequentemente. Da mesma forma, a resposta honesta à pergunta “eu vou manter o dedo?” depende muito mais do estado geral de saúde do paciente do que de qualquer procedimento realizado durante a cirurgia.

POR QUE O ATRASO É MAIS IMPORTANTE DO QUE QUASE QUALQUER OUTRO FATOR

A bainha tendínea é um espaço fechado com baixo suprimento sanguíneo, contendo um tendão que depende de movimentos de deslizamento para funcionar. O pus acumulado sob pressão nesse espaço produz dois efeitos simultâneos: interrompe o fluxo sanguíneo para o tendão e gera aderências que posteriormente limitam os movimentos. Ambos os efeitos dependem do tempo decorrido; por isso, **o tratamento precoce melhora consistentemente os resultados** [2], e por isso a recomendação padrão para essa infecção específica é procurar o pronto-socorro em vez de marcar consulta com um clínico geral [3].

Mesmo quando tudo é feito corretamente e rapidamente, a rigidez pós-tratamento é comum. O grau dessa rigidez depende, em grande parte, de quanto tempo a bainha tendínea ficou sob pressão – fator que o paciente pode influenciar ao procurar atendimento precocemente.

REFERÊNCIAS

- [1] Kennedy CD, Huang JI, Hanel DP. Resumo: Sinais de Kanavel e tenossinovite flexora piogênica. Clin Orthop Relat Res. 2016;474(1):280-284. <https://doi.org/10.1007/s11999-015-4367-x>
- [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):720-728. <https://doi.org/10.1177/1753193415570248>
- [3] Goyal K, Speeckaert AL. Tenossinovite flexora piogênica: avaliação e tratamento. Hand Clin. 2020;36(3):323-329. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2020.03.005>