

Ruptura da banda sagital (dedo de pugilista)

Ruptura da banda sagital ('dedo de pugilista'): a banda que mantém o tendão extensor centralizado sobre a articulação se rompe, permitindo que o tendão deslize para um dos lados.

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

A articulação na base de um dos seus dedos (geralmente o dedo do meio) está dolorida, um pouco inchada, e algo não está se movendo como deveria. O sinal clássico é a sensação de que o tendão na parte de trás da articulação “estala” ou “pula” para o lado quando você dobra e estica o dedo. Você pode notar que o dedo se desvia ligeiramente para o lado do dedo mindinho, e que fica difícil esticá-lo sozinho a partir de uma posição dobrada; porém, quando alguém o estica suavemente para você, ele consegue permanecer esticado.

Muitas pessoas sentem isso pela primeira vez após desferir um soco (em um saco de pancadas, numa parede ou numa briga), motivo pelo qual essa lesão é conhecida como “dedo de boxeador”. Contudo, ela também pode ocorrer com movimentos bem menores, como ao esticar o dedo com força, ou pode surgir gradualmente em pessoas com artrite inflamatória. Pode haver um clique doloroso ou travamento toda vez que você usa a mão.

O que está realmente acontecendo

Na parte de trás de cada articulação, o tendão extensor percorre o centro do dedo, como um cabo dentro de um sulco. Faixas finas de tecido, chamadas **faixas sagitais**, localizam-se em ambos os lados e mantêm esse tendão centralizado sobre o topo da articulação. A faixa do lado do polegar é a mais importante.

Quando essa faixa se rompe ou estica (devido a um soco, um movimento brusco e forte, ou inflamação articular crônica), o tendão deixa de ficar no lugar certo e desliza do topo da articulação para o espaço entre os ossos, em direção ao lado do dedo mindinho. Como o tendão agora está posicionado lateralmente, e não no topo, ele não consegue esticar o dedo de forma eficaz a partir de uma posição totalmente dobrada; além disso, ele se move

para frente e para trás conforme o dedo se move. Esse deslizamento, esse movimento oscilatório e a dificuldade em esticar o dedo são, em resumo, todo o problema.

O que podemos fazer a respeito

Em nossa clínica, o Dr. Kieran Hirpara trata dessa condição, começando por confirmar o diagnóstico por meio de uma avaliação minuciosa e, se necessário, exames de imagem. Para uma lesão recente, geralmente começamos com o uso de tala e consideramos a cirurgia quando o tendão continua a deslizar ou quando a lesão é mais antiga.

A boa notícia é que **quando diagnosticada precocemente, a lesão muitas vezes cicatriza sem necessidade de cirurgia**. O segredo é impedir que o tendão deslize enquanto a estrutura de suporte se recupera.

Imobilização com talas (tratamento não cirúrgico). O tratamento mais comum é o uso de uma pequena tala personalizada que impede que a articulação lesada se dobre demais, permitindo, ao mesmo tempo, que os demais dedos e suas articulações se movam normalmente. Uma versão interessante, às vezes chamada de tala de “movimento relativo” ou “tala em jugo”, mantém o dedo lesionado ligeiramente mais elevado que os vizinhos, o que mantém o tendão centralizado enquanto o paciente continua utilizando a mão. Geralmente, a tala deve ser usada por cerca de seis a oito semanas. Quando iniciado nas primeiras semanas após a lesão, esse tratamento é eficaz para a maioria dos pacientes.

Cirurgia. Caso a lesão já seja antiga quando diagnosticada, se a tala não surtir efeito ou se o tendão estiver completamente deslocado, a cirurgia pode corrigir a situação. O cirurgião pode reparar diretamente a estrutura de suporte danificada ou reconstruí-la utilizando uma faixa de tendão próxima, de modo a recriar essa estrutura e recentrar o tendão sobre a articulação. Após a cirurgia, o dedo permanece protegido por uma tala durante o período de cicatrização.

O que esperar

Nos casos de lesões leves tratadas com talas, o prognóstico é bom: o estalo desaparece, o dedo volta a endireitar-se normalmente, e a maioria das pessoas recupera o pleno uso da mão. Contudo, é preciso paciência: a tala deve ser usada por várias semanas, e forçar demais a mão cedo demais pode fazer com que o tendão deslize novamente antes que a lesão tenha cicatrizado.

Nas lesões que exigem cirurgia (geralmente as mais antigas ou graves), o reparo ou a reconstrução costumam ser eficazes para impedir a luxação e restaurar o movimento suave do dedo; em seguida, é necessário um período de uso de tala e terapia ocupacional para recuperar a amplitude de movimento e a força. Lutadores, artistas marciais e outros atletas geralmente conseguem retornar às suas atividades, mas a mão precisa de tempo para cicatrizar adequadamente, a fim de evitar que o problema volte a ocorrer.

Quando procurar um especialista

- Um nó articular que estala, faz clique ou trava ao dobrar e esticar o dedo, especialmente após um soco ou movimento forçado: procure atendimento o quanto antes, pois o uso precoce de talas faz toda a diferença.
- Dificuldade em esticar o dedo sozinho a partir de uma posição dobrada, ou o dedo tendendo a desviar para o lado do dedo mindinho.
- Dor e inchaço persistentes no nó articular que não melhoram, ou a sensação de que o tendão está “fora do lugar”.
- Lesão no nó articular em pugilistas ou praticantes de artes marciais: essas lesões são facilmente ignoradas ou suportadas, e respondem melhor ao tratamento quando iniciado cedo.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar suas próprias decisões de tratamento. A lesão da banda sagital merece uma leitura mais aprofundada, pois é o problema dos tendões extensores mais frequentemente negligenciado: o tendão não se rompeu, apenas se deslocou. Além disso, o uso precoce da tala é o fator determinante para saber se uma cirurgia será ou não necessária.

NADA SE ROMPEU; ALGO SIMPLEMENTE DESLIZOU

O tendão extensor percorre a parte dorsal do dedo, passando sobre a articulação; ele é mantido centralmente por uma fina camada de tecido em ambos os lados, as bandas sagitais. Quando a banda radial cede, o tendão desliza para o espaço entre as articulações.

As consequências decorrem diretamente dessa mecânica. O dedo pode ser mantido esticado após alguém o endireitar, pois um tendão situado nesse espaço ainda consegue manter a posição estendida; porém, não é possível esticar o dedo ativamente a partir de uma posição dobrada, já que o tendão deslocado perdeu sua linha de tração. Essa distinção entre extensão passiva e ativa é o que diferencia essa lesão de uma ruptura tendínea; é também por isso que uma mão mantida aberta sobre a mesa pode parecer perfeitamente normal.

As causas clássicas incluem lesões por flexão forçada ou movimento brusco em um dedo esticado, impactos diretos na articulação, a chamada “apresentação do pugilista”; além disso, mesmo sem qualquer lesão aparente, a artrite reumatoide pode ser responsável, pois, com o tempo, a camada de tecido que sustenta os tendões se enfraquece, fazendo com que eles se desloquem em direção ao dedo mindinho.

A IMOBILIZAÇÃO COM TALA É EFICAZ QUANDO INICIADA PRECOCEMENTE

As evidências clínicas são qualitativas, e não numéricas, mas são bastante claras. As lesões agudas da banda sagital **podem ser tratadas com sucesso mediante a imobilização do dedo lesionado em posição neutra ou de hiperextensão**; já **pacientes com lesões crônicas ou aqueles que não respondem ao tratamento não cirúrgico podem se beneficiar de uma exploração cirúrgica** [1].

A posição da tala é um fator crucial. A tala de movimento relativo ou tala em “jugo” mantém o dedo lesionado ligeiramente mais estendido que os dedos vizinhos; isso alivia a tensão sobre a banda em processo de

cicatrização, ao mesmo tempo em que permite o uso da mão. Trata-se de uma forma de imobilização relativamente bem tolerada, o que explica por que a adesão ao tratamento costuma ser boa.

O momento do início do tratamento é fundamental, pois se trata de uma lesão de tecidos moles que cicatriza por meio da formação de tecido fibroso. Quando a imobilização é feita precocemente, a banda cicatriza num comprimento adequado para manter o tendão centralizado. Caso contrário, após meses de imobilização inadequada, a banda cicatriza alongada; o tendão continua a sofrer subluxação, e a única opção restante passa a ser a reconstrução cirúrgica, e não a cicatrização espontânea.

POR QUE A CLASSIFICAÇÃO ESTÁ SENDO REVISADA EM VEZ DE ESTABELECIDADA

Os estudos recentes têm se concentrado em aperfeiçoar a forma de classificar essas lesões; propõe-se **uma modificação no sistema de classificação mais utilizado** para orientar o tratamento e padronizar a descrição [2]. Isso reflete o cenário atual da área: os tratamentos já são razoavelmente consensuados, mas ainda se discute a qual categoria cada lesão pertence e, conseqüentemente, quem necessita de cirurgia.

Na prática, isso significa que a força de uma recomendação clínica depende mais dos achados do exame do que do grau da lesão. O fato de o tendão se subluxar ativamente quando o dedo é flexionado, bem como há quanto tempo isso ocorre, é o que determina a decisão terapêutica.

TRATA-SE DE UM TIPO DE LESÃO QUE É FACILMENTE CONFUNDIDA COM OUTRAS

A lesão da banda sagital é uma das três lesões fechadas do mecanismo extensor, classificadas conforme o local da ruptura: lesão no dedo em formato de martelo na ponta do dedo, lesão de tipo “boutonnière” na articulação média e lesão da banda sagital na articulação do dedo [3]. Cada uma exige uma posição específica para imobilização com talas; além disso, um dedo inchado logo após a lesão pode apresentar sintomas ambíguos. Como o período adequado para tratamento da lesão da banda sagital se encerra rapidamente à medida que o tecido cicatriza, a distinção precoce entre essas lesões é ainda mais importante aqui do que nos outros dois casos.

REFERÊNCIAS

- [1] Wu K, Masschelein G, Suh N. Tratamento de lesões da banda sagital e subluxação do tendão extensor: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2020;16(6):854-60. <https://doi.org/10.1177/1558944719895622>
- [2] Sivakumar B, Graham DJ, Hile M, Lawson R. Lesões da banda sagital: uma revisão e modificação do sistema de classificação. J Hand Surg Am. 2022;47(1):69-77. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.09.011>
- [3] Lin JD, Strauch RJ. Lesões fechadas do mecanismo extensor de tecidos moles (dedo em martelo, dedo em botão e banda sagital). J Hand Surg Am. 2014;39(5):1005-11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.11.018>