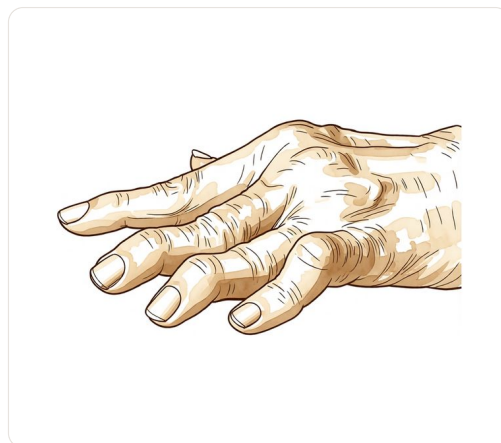


Deformidade em formato de pescoço de cisne do dedo

Deformidade em formato de pescoço de cisne: a articulação média (PIP) fica em hiperextensão, enquanto a ponta do dedo (DIP) se dobra para baixo, conferindo ao dedo esse formato característico.

Abdulaziz Alkanderi / 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

Você pode ter notado que um ou mais dedos assumiram uma forma estranha. A articulação do meio do dedo (a “junta grande” no meio, não a que fica na base) dobra para trás, fazendo com que o dedo pareça ligeiramente arqueado ou “semelhante a um cisne”; ao mesmo tempo, a articulação mais próxima da unha inclina-se para a frente. Visto de lado, o dedo forma um pequeno zigue-zague.

No início, isso pode ser mais um incômodo do que uma dor: o dedo parece “travar” ou “clicar” ao ser dobrado, e fica difícil formar um punho firme ou segurar objetos pequenos. À medida que a deformidade se torna mais fixa, o dedo pode deixar de se estender ou dobrar como antes, e tarefas cotidianas (abotoar roupas, pegar moedas, segurar uma caneta) tornam-se complicadas e cansativas. Algumas pessoas percebem isso pela primeira vez simplesmente porque o dedo “prende” ao tentarem colocar a mão no bolso ou na luva.

O que realmente está acontecendo

O dedo é mantido em equilíbrio por um sistema inteligente de tendões e pequenos ligamentos que percorrem a parte superior, inferior e laterais de cada articulação. Normalmente, a articulação média (articulação PIP) é impedida de dobrar para trás por um pequeno ligamento resistente na face palmar, chamado **placa volar**, além de faixas tendinosas localizadas nas laterais do dedo.

Na deformidade em formato de “pescoço de cisne”, esse equilíbrio é perdido. Quando a placa volar fica frouxa ou os tendões laterais (as faixas laterais) deslizam para a parte superior da articulação, a articulação média é puxada para trás, para uma posição de hiperextensão; como todos os tendões estão conectados, a ponta do dedo também acaba ficando curvada para baixo. Ambos os fenômenos ocorrem simultaneamente.

Existem diversas razões para essa perda de equilíbrio. Às vezes, tudo começa na ponta do dedo: um **dedo em martelo** não tratado (quando a ponta do dedo fica curvada para baixo após lesão tendinosa) altera a tração exercida pelos tendões, fazendo com que a articulação média se incline gradualmente para trás. Com frequência, o problema é causado por **artrite inflamatória**, especialmente a **artrite reumatoide**, que alonga e enfraquece os ligamentos. Também pode ocorrer em casos de instabilidade articular, lesões antigas ou condições que aumentam a tensão muscular. Independentemente do gatilho, o resultado final é sempre a mesma aparência característica.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara lidera nosso serviço de cirurgia da mão e membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, onde orientamos os pacientes desde o encaminhamento inicial até a elaboração de um plano de tratamento claro. Seu percurso começa com uma avaliação clínica minuciosa para confirmar o diagnóstico e entender como o dedo está se movendo. Geralmente, iniciamos com tratamento não cirúrgico para problemas crônicos e só consideramos a cirurgia quando esse método não trazer alívio suficiente.

O tratamento adequado depende do grau de flexibilidade do dedo e da causa do problema; portanto, o primeiro passo é sempre uma avaliação completa da mão e o tratamento da artrite subjacente, se houver.

Se o dedo ainda for flexível e a articulação puder ser esticada e dobrada livremente, muitas vezes começamos sem cirurgia. Utilizamos uma pequena órtese personalizada em formato de “8” (às vezes uma órtese elegante em formato de anel prateado) que é colocada sobre a articulação média; ela impede o movimento para trás sem impedir o funcionamento normal do dedo. Muitas pessoas obtêm ótimos resultados dessa forma, e a fisioterapia da mão ajuda a manter as articulações em movimento.

Caso a órtese não seja suficiente, ou se o dedo começar a ficar rígido, a cirurgia pode reequilibrá-lo. Existem diversas opções bem estabelecidas, escolhidas conforme as características do seu dedo: reatar a articulação média usando um pedaço de um dos seus próprios tendões, impedindo que ela se mova para trás (procedimento chamado **tenodese**); apertar o ligamento frouxo do lado da palma da mão; ou recolocar os tendões laterais que se deslocaram em sua posição original. Quando a superfície da articulação está desgastada e rígida (situação comum na artrite crônica), podemos optar por fundir a articulação numa posição funcional ou, em casos selecionados, por sua substituição.

O que esperar

Quando diagnosticado precocemente, enquanto o dedo ainda é flexível, o prognóstico é bom; uma tala ou uma cirurgia de reequilíbrio pode restaurar o movimento e a funcionalidade do dedo. Quanto mais rígida e artrítica a articulação se torna, mais limitadas são as opções de tratamento; por isso, é fundamental procurar atendimento antes que o dedo fique fixo numa única posição.

Caso seja necessária cirurgia, deve-se esperar um período de uso de tala e um programa de terapia da mão posterior, para reeducar o dedo e proteger a reparação cirúrgica; essa reabilitação é parte essencial do resultado

final, e não um complemento opcional. Quando a artrite é a causa subjacente, manter essa condição sob controle com a ajuda da equipe reumatológica ajuda a impedir que outros dedos apresentem o mesmo problema.

Quando procurar ajuda médica

- A **ponta do dedo que fica caída** e não consegue endireitar-se completamente após uma pancada ou um impacto na ponta do dedo (dedo em martelo); o tratamento precoce pode evitar a formação de uma deformidade em forma de “pescoço de cisne” posteriormente.
- Um dedo que começa a **arquear-se para trás na articulação média**, ou que trava, emperra ou bloqueia ao ser dobrado.
- **Rigidez crescente**, ou um dedo que já não permite formar um punho suavemente.
- Casos conhecidos de **artrite reumatoide ou inflamatória** com alterações na forma dos dedos: vale a pena fazer uma avaliação antes que a deformidade se torne permanente.

Em maior profundidade

Esta seção aborda tópicos além do necessário para as suas próprias decisões de tratamento. A deformidade em “pescoço de cisne” merece uma leitura mais aprofundada, pois não se trata de uma única condição: a mesma aparência do dedo pode resultar de diversas falhas distintas, nas duas extremidades do dedo. O tratamento correto depende inteiramente de qual dessas falhas foi a causa inicial.

UMA FORMA, VÁRIAS CAUSAS

Na deformidade em “pescoço de cisne”, o dedo fica hiperextendido na articulação média e a ponta do dedo cai para baixo. Essa postura é o estado final de um desequilíbrio num sistema interligado; a falha inicial pode ocorrer em qualquer uma das extremidades.

A partir da ponta do dedo. Uma lesão não tratada do tipo “martelo” deixa o mecanismo extensor desconectado distalmente [1]. A força extensora que deixa de ser transmitida à ponta do dedo passa então para a articulação média, que é progressivamente puxada para a hiperextensão. Assim, a deformidade em “pescoço de cisne” pode ser uma consequência tardia de uma lesão ocorrida semanas ou meses antes, que parecia afetar apenas a ponta do dedo.

A partir da articulação média. Se a placa volar – o ligamento espesso que impede a hiperextensão da articulação média – estiver esticada ou rompida, a articulação se desloca para trás. As bandas laterais então se posicionam acima do eixo da articulação, reforçando a extensão; ao mesmo tempo, o tendão flexor profundo fica “frouxo”, fazendo com que a ponta do dedo se flexione.

Devido à laxidade generalizada ou a doenças inflamatórias. Na hiper mobilidade, a placa volar é constitucionalmente frouxa, em vez de estar lesionada. Na artrite reumatoide, a sinovite enfraquece gradualmente as estruturas de contenção; nesses casos, a deformidade costuma fazer parte de um padrão mais amplo envolvendo vários dedos [3].

POR QUE ESSA DISTINÇÃO É CRUCIAL PARA O TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é impedir a hiperextensão da articulação média; o nível em que essa correção é feita deve corresponder ao local da anomalia.

Quando a deformidade tem origem na ponta do dedo, corrigir apenas a articulação média não resolve o desequilíbrio que a causa. Nos casos em que a placa volar está comprometida, pode-se realizar uma tenodese utilizando um segmento do tendão flexor superficial para limitar a hiperextensão [2]. Quando a causa é inflamatória, a doença subjacente determina se qualquer procedimento de reconstrução terá sucesso; procedimentos em tecidos moles em mãos com inflamação ativa tendem a afrouxar novamente com o tempo.

Geralmente, utiliza-se inicialmente uma tala em formato de anel prateado ou em “8”, que impede os últimos graus de hiperextensão enquanto permite a flexão do dedo. Esse método é mais eficaz do que parece, pois impedir essa pequena amplitude de movimento interrompe o mecanismo responsável pela deformidade.

FLEXIBILIDADE VERSUS RIGIDEZ: ESSA É A OUTRA QUESTÃO DECISIVA

A segunda questão é se o dedo ainda pode ser esticado passivamente. Uma deformidade flexível – aquela que pode ser corrigida manualmente – pode responder ao uso de talas ou ao reequilíbrio dos tecidos moles. Já uma deformidade rígida, na qual a articulação não consegue mais mover-se dentro de sua amplitude normal, indica a presença de contratura articular estabelecida; nesse caso, apenas procedimentos nos tecidos moles não serão suficientes para corrigi-la [4].

A implicação prática é a mesma que no caso da deformidade em botoeira; por isso ambas merecem ser avaliadas precocemente: trata-se de deformidades progressivas e que tendem a piorar por si só. O período durante o qual uma tala consegue manter um dedo com deformidade flexível esticado é consideravelmente maior do que o período em que a cirurgia pode corrigir uma deformidade rígida.

UMA NOTA SOBRE A DEFORMIDADE RELACIONADA

A deformidade em botoeira é, de certa forma, a imagem espelhada: a articulação média fica dobrada, enquanto a ponta do dedo fica em hiperextensão. Essa deformidade ocorre devido à falha da bandeleta central do tendão extensor, e não da placa volar. Ambas as deformidades são abordadas separadamente; confundi-las é problemático, pois as posições de imobilização recomendadas são opostas.

REFERÊNCIAS

- [1] McKeon KE, Lee DH. Deformidades pós-traumáticas do tipo boutonnière e pescoço de cisne. J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(10):623-32. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00272>
- [2] Wei DH, Terrono AL. Uso do sling do flexor superficial (tenodese do flexor digital superficial) na reconstrução do pescoço de cisne. J Hand Surg Am. 2015;40(10):2068-74. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.07.018>
- [3] Smith GC, Amirfeyz R. A deformidade flexível do tipo pescoço de cisne na artrite reumatoide. J Hand Surg Am. 2013;38(7):1405-7. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.01.002>

[4] Fox PM, Chang J. Tratamento da articulação interfalângica proximal nas deformidades do tipo pescoço de cisne e boutonnière. Hand Clin. 2018;34(2):167-76. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2017.12.006>