

Dedo em gatilho

Dedo em gatilho: o dedo engancha ou trava ao dobrar.

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

O dedo em gatilho afeta os tendões que dobram o dedo ou o polegar. Esses tendões deslizam por um túnel estreito na palma da mão, chamado polia. Quando o tendão fica espessado, ele engancha ao passar por esse túnel. Você sente dor e sensibilidade na palma da mão, na base do dedo ou polegar afetado. Algumas pessoas notam ali, na palma, um pequeno nódulo ou caroço. Esse nódulo é a parte espessada do tendão ou do seu túnel, e ele se move junto com o tendão.

O enganchamento geralmente começa como um leve incômodo e vai piorando ao longo de semanas. No início, o dedo pode fazer um clique ou enganchar quando você o dobra e o estica, e talvez você precise endireitá-lo com a outra mão. À medida que piora, o dedo pode travar na posição dobrada e permanecer assim. Muitas pessoas percebem que ele fica mais rígido ao acordar e vai se soltando à medida que se movimentam ao longo do dia. Apertar e fazer movimentos de pinça é o que agrava o problema, por isso tarefas como segurar o volante, carregar sacolas de compras, usar tesoura ou segurar com força a tampa de um pote podem ficar desconfortáveis. Algumas pessoas também sentem dor no dorso do nó do dedo ou da articulação do meio do mesmo dedo, embora o problema esteja na palma da mão.

O dedo em gatilho é comum. Afeta de 2% a 3% das pessoas, as mulheres com mais frequência do que os homens, e geralmente aparece depois dos 45 anos. Se mais de um dedo apresentar gatilho, vale a pena mencionar isso ao seu cirurgião, pois pode haver relação com outras condições, como o diabetes. O dedo em gatilho também costuma ocorrer junto com a síndrome do túnel do carpo, que causa formigamento ou dormência na mão, e as duas condições aparecem juntas em 40% a 60% das pessoas com dedo em gatilho.

Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista 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.

O que realmente está acontecendo

Os tendões que dobram o seu dedo são como cordas que passam por um conjunto de alças-guia na palma da mão e no dedo. A primeira dessas alças fica na palma, na base do dedo. Ela se chama polia A1. Quando você segura ou aperta algo repetidamente, o tendão pode ficar irritado no ponto em que desliza por essa alça. A área irritada fica espessada, e a corda deixa de deslizar suavemente. Em vez disso, ela se embola e depois força a passagem pela alça estreitada, e é isso o enganchamento ou estalo que você sente.

O ponto espessado no tendão costuma ser um pequeno nódulo, um nó de tecido alterado um pouco mais largo do que o restante da corda. Cada vez que você dobra o dedo, esse nó precisa passar apertado por baixo da polia. Ele passa com um clique e depois engancha do outro lado quando você tenta esticar o dedo. É por isso que o dedo pode travar na posição dobrada e precisar da outra mão para se soltar, e é por isso que o problema parece pior pela manhã, depois de uma noite com o dedo em repouso na posição dobrada.

Os médicos descrevem o quanto a condição avançou em quatro estágios. O primeiro é dor e sensibilidade na palma da mão, na altura dessa primeira alça. O segundo acrescenta o enganchamento do dedo. O terceiro é o travamento que você ainda consegue desfazer esticando o dedo com a ajuda da outra mão. O quarto é um dedo preso na posição dobrada que não pode mais ser esticado de forma alguma. Os estágios iniciais costumam melhorar com tratamentos mais simples, enquanto um dedo travado geralmente precisa de um pequeno procedimento para abrir a polia, para que o tendão volte a deslizar.

Vários fatores tornam esse espessamento mais provável. Apertos firmes e repetidos têm um papel, e é por isso que ele é comum em remadores e em outras pessoas que sobrecarregam muito a força de preensão. Ele também está relacionado a condições como diabetes, tireoide hipoativa, gota e artrite reumatoide, em que o tecido ao redor do tendão fica inflamado ou se altera de maneiras que estreitam o túnel. Se vários dedos apresentarem gatilho ao mesmo tempo, vale a pena chamar a atenção para esse padrão, pois ele pode indicar uma dessas condições subjacentes.

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 quadro clínico. Em geral, 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 que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na sua consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos a sua mão e solicitamos exames de imagem apenas se eles forem mudar o plano de tratamento. Para um problema de longa duração como este, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico e consideramos a cirurgia quando ele não trouxe melhora suficiente.

O primeiro passo é acalmar a sua mão. Mudar a forma como você segura os objetos e reduzir as tarefas que sobrecarregam a palma da mão, como carregar peso ou apertar com força, dá ao tendão irritado a chance de se acalmar. A terapia da mão visa restaurar o deslizamento suave do tendão pela polia e manter as articulações do dedo em movimento. Uma tala que mantém o dedo imóvel pode fazer parte disso, e ela funciona melhor quando usada por tempo suficiente: manter uma única articulação imóvel por 6 a 10 semanas é a duração respaldada pelas evidências, o que é mais tempo do que a maioria das pessoas imagina. Dê a essas medidas um período de teste adequado, de várias semanas, antes de avaliar o resultado.

Se as medidas simples não resolverem, uma injeção de cortisona no túnel do tendão é o próximo passo habitual. A cortisona reduz o inchaço e o espessamento que fazem o tendão enganchar. Pessoas com diabetes tendem a responder menos bem às injeções de cortisona, o que vale a pena saber na hora de escolher entre as opções. A maioria das pessoas espera que a injeção doa mais do que realmente dói e, depois, diz que foi mais fácil do que esperava.

A cirurgia entra em cena quando o dedo continua travado ou quando as injeções e a tala não trouxeram melhora suficiente. A operação libera a polia apertada na base do dedo para que o tendão volte a deslizar livremente. Ela é feita por meio de uma pequena incisão na palma da mão e é um procedimento simples e bem estabelecido. Conversaremos sobre se ela é adequada para você e decidiremos juntos. Depois, a sua reabilitação é feita com terapia da mão, com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation; ela vai orientar os seus exercícios e confeccionar qualquer tala de que você precise.

O que esperar

O dedo em gatilho raramente volta ao normal sozinho depois que o dedo começa a enganchar ou travar. No início, quando há apenas dor e sensibilidade na palma da mão, tratamentos mais simples, como mudar a forma de segurar os objetos, terapia da mão e uma tala, podem acalmar o problema. A tala precisa ser usada por tempo suficiente para funcionar: para uma única articulação, 6 a 10 semanas é a duração respaldada pelas evidências. Se essas medidas não ajudarem, uma injeção de cortisona no túnel do tendão resolve o problema em pouco mais da metade das pessoas, e é por isso que uma segunda injeção ou a passagem para a cirurgia é um próximo passo normal, e não um sinal de que algo deu errado.

Quando o dedo chega ao estágio de travamento, a liberação da polia apertada é o tratamento que atua na causa. O tendão volta então a deslizar pelo túnel, e o uso normal do dedo ou do polegar é incentivado depois. A maioria das pessoas fica contente por ter feito o procedimento. Ainda assim, é justo conhecer os detalhes. Cerca de 1 em cada 20 dedos tem depois um problema leve e passageiro, na maioria das vezes dor, rigidez ou inchaço ao redor da ferida. Rigidez duradoura ocorre em cerca de 8,6% das pessoas, e demora na cicatrização da ferida em 1,2%. Problemas graves, como lesão de nervo ou infecção profunda, são incomuns: lesão de nervo ou dormência duradoura ocorre em 0,6%, e infecção do local cirúrgico em 2,1%. Cerca de 1 em cada 200 dedos precisa de uma segunda cirurgia, e o gatilho volta em 2,2%.

Alguns fatores influenciam o seu prognóstico. Se a articulação do meio do dedo já doía havia muito tempo antes do tratamento, essa dor articular pode não melhorar completamente mesmo depois da liberação da polia. Liberar vários dedos de uma vez tende a causar mais dor e rigidez no pós-operatório do que liberar apenas um

dedo. E as pessoas que fazem a cirurgia até um mês depois de uma injeção de cortisona têm maior chance de infecção da ferida depois, o que vale a pena levar em conta na escolha do momento.

Se o seu dedo ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, 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 especialista.

Quando procurar ajuda médica

Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista se o seu dedo ou polegar enganchar, travar na posição dobrada ou precisar da outra mão para ser esticado. O mesmo vale se você tiver um nódulo sensível na palma da mão que se move junto com o tendão, ou se o enganchamento estiver impedindo você de segurar objetos, trabalhar ou dormir. Se mais de um dedo apresentar gatilho, mencione isso também, pois pode indicar uma condição subjacente, como o diabetes. Isso é ainda mais importante em uma criança: gatilho em mais de um dedo ou polegar, ou gatilho acompanhado de formigamento ou dormência, exige uma avaliação com especialista, e não uma conduta de esperar para ver. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se o seu dedo ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, ou se os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados.

Em maior profundidade

Esta seção aborda conteúdos além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. O dedo em gatilho merece essa leitura adicional, pois o tratamento de primeira linha tem eficácia pouco superior a 50%, valor raramente mencionado; além disso, em crianças o mesmo quadro clínico tem significado suficientemente diferente para exigir investigações distintas.

A INJEÇÃO FUNCIONA, E O NÚMERO REAL É 57%

A injeção de corticosteroide é a intervenção padrão de primeira linha, sendo geralmente descrita simplesmente como eficaz. Os dados agregados de estudos de nível I e II são mais precisos: **as injeções de corticosteroide são eficazes em 57% dos pacientes** com dedo em gatilho. Apesar das limitações dos estudos incluídos, esse tratamento continua sendo recomendado como primeira opção, devido à sua simplicidade e ao alívio dos sintomas [1].

É importante conhecer esse percentual de 57% antes de optar pela injeção. Ele ajuda a enxergar uma segunda aplicação ou a decisão de recorrer à cirurgia como algo esperado para uma parcela considerável dos pacientes, e não como um fracasso do tratamento.

A IMOBILIZAÇÃO COM TALAS É REALMENTE UMA ALTERNATIVA VIÁVEL, E O PERÍODO DE USO É MAIS LONGO DO QUE A MAIORIA IMAGINA

Nos casos em que as injeções não são indicadas — como no diabetes, onde podem afetar o controle glicêmico —, o uso de órteses possui base científica razoável. Os estudos apontam de forma consistente que os resultados foram semelhantes **independentemente de qual articulação foi imobilizada**, sendo recomendado que **uma única articulação seja imobilizada por 6 a 10 semanas** [2].

Esse período de tempo é justamente o que as pessoas subestimam. Uma tala usada por apenas duas semanas não constitui, de fato, um teste adequado de imobilização.

LIBERAÇÃO CIRÚRGICA: O DEBATE SOBRE A TÉCNICA JÁ FOI RESOLVIDO; A QUESTÃO DO MÉTODO AINDA PERMANECE

A liberação da polia A1 pode ser feita de forma aberta, por meio de uma pequena incisão sob visão direta, ou percutaneamente, usando uma agulha ou lâmina. Em um estudo com **548** pacientes, **não houve diferença significativa entre as técnicas aberta e percutânea** no que diz respeito à necessidade de revisão cirúrgica, complicações ou dor pós-operatória; portanto, **ambas são métodos adequados** [3].

Uma análise mais ampla envolvendo **2.114** dedos demonstrou que a liberação percutânea é eficaz e segura; além disso, foram identificados dois pontos importantes: **a orientação por ultrassom pode aumentar a taxa de sucesso**, enquanto as taxas de sucesso **não foram influenciadas nem pelo instrumento utilizado nem pela administração concomitante de cortisona** [4]. Uma revisão de 2025 com **685** pacientes constatou que a combinação de liberação percutânea com injeção de corticosteroide foi bem tolerada, apresentando baixa taxa de complicações [5].

Em resumo: é necessário dividir a polia; contudo, o método empregado é menos importante do que garantir que a divisão seja feita de forma completa. O instrumento utilizado não determina o resultado final.

EM UMA CRIANÇA, O MESMO ACHADO CLÍNICO EXIGE UMA CONDUTA DIFERENTE

O dedo em gatilho pediátrico não é simplesmente a forma infantil da condição observada em adultos. A presença de **dedos em gatilho bilaterais ou múltiplos, ou ainda de síndrome do túnel do carpo concomitante, deve levantar a suspeita de uma patologia subjacente atípica, como a mucopolissacaridose** [6].

Este é, sem dúvida, o ponto de maior relevância clínica nesta seção. Uma criança com mais de um dedo em gatilho, ou com gatilho associado a sintomas neurológicos, deve ser submetida a investigações para detecção de algum distúrbio de armazenamento sistêmico, em vez de receber apenas um procedimento de liberação simples; afinal, o achado na mão pode ser o primeiro sinal de um diagnóstico com implicações que vão muito além da mão. Já um único polegar em gatilho em uma criança saudável representa uma situação diferente e muito mais comum.

REFERÊNCIAS

- [1] Fleisch SB, Spindler KP, Lee DH. Injeções de corticosteroides no tratamento do dedo em gatilho: uma revisão sistemática de nível I e II. J Am Acad Orthop Surg. 2007;15(3):166-71. <https://doi.org/10.5435/00124635-200703000-00006>
- [2] Lunsford D, Valdes K, Hengy S. Tratamento conservador do dedo em gatilho: uma revisão sistemática. J Hand Ther. 2019;32(2):212-21. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2017.10.016>
- [3] Casey JC, Daher M, Dworkin M, Cusano J, Garavito J, Gil JA. Fixação aberta versus percutânea do dedo em gatilho: meta-análise dos resultados clínicos. J Hand Surg Am. 2024;49(6):570-5. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.03.010>
- [4] Zhao J, Kan S, Zhao L, Wang Z, Long L, Wang J, et al. Liberação percutânea da primeira polia anular para o tratamento de dedos em gatilho: revisão sistemática e meta-análise das evidências atuais. J Hand Surg Am. 2014;39(11):2192-202. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.07.044>
- [5] Wen J, Syed B, Khalil R, Shehabat M, Alam M, Sedighi R, et al. Liberação percutânea da polia A1 associada à injeção de corticosteroides no tratamento do dedo em gatilho: revisão sistemática e meta-análise. J Orthop Surg Res. 2025;20(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-05776-2>
- [6] Wong AL, Wong MJ, Parker R, Wheelock ME. Apresentação e etiologia do dedo em gatilho em crianças: uma revisão sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2021;47(2):192-6. <https://doi.org/10.1177/17531934211035642>