

Fusão da Articulação da DIP

A fusão da articulação da DIP (articulação distal interfalangeana) fixa a pequena articulação mais próxima da unha em uma única unidade sólida e sem dor, em uma posição ligeiramente fletida; os ossos se fundem nas primeiras semanas, de modo que a articulação deixa de se mover.

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.

Este protocolo orienta a sua recuperação após uma **artrodese da articulação interfalângica distal (DIP)**, que une permanentemente a pequena articulação na ponta do dedo, mais próxima da unha, com o Dr Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Começa com o seu programa de exercícios em casa, seguido pelo protocolo clínico estruturado **escrito para o seu fisioterapeuta da mão**: traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira sessão de terapia, para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano, dependendo da evolução da sua recuperação.

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida após a cirurgia, entre em contacto com a clínica. É frequentemente útil tirar uma foto da ferida e enviá-la por e-mail para avaliação.

O que esperar

A artrodese da articulação da DIP é realizada quando a pequena articulação mais próxima da unha está desgastada e dolorosa, geralmente devido à artrite (os nódulos ósseos chamados nódulos de Heberden), ou para remover um cisto mucoso incômodo juntamente com o esporão ósseo subjacente. Em vez de tentar manter uma articulação dolorosa e danificada em movimento, a operação **a funde firmemente** em uma posição levemente flexionada e funcional (cerca de 35°). Por design, **essa articulação nunca mais se move**, e, em troca, a dor desaparece e a ponta do dedo torna-se estável e forte para realizar pinça. A fixação é geralmente um **parafuso sem cabeça enterrado** que permanece para sempre (não há necessidade de removê-lo) ou, às vezes, um **pino de Kirschner (K-wire)** que é retirado por volta das seis semanas. Se um cisto mucoso foi removido, você também terá cuidados com a pele ou com a prega ungueal à medida que a área cicatriza.

Toda a sua reabilitação é baseada em uma ideia simples: **proteger a artrodese até que o osso se una, mas manter todas as outras articulações em movimento**. O osso geralmente parece unido por volta de **seis a oito semanas**, com a radiografia confirmando a união por volta das **dez semanas**. Até lá:

- A **ponta do dedo artrodeseada é imobilizada e protegida** para que o osso em cicatrização não seja perturbado.
- **Todas as outras articulações continuam em movimento**: a articulação média do dedo, a articulação metacarpofalângica (nó), o polegar, o punho e todos os seus outros dedos, para que a mão não fique rígida.
- O **inchaço é controlado** e a **cicatriz é manejada** para que o dedo permaneça confortável e flexível.
- Uma vez que o osso se una, a **pinça e a preensão são reconstruídas gradualmente**, e não de uma só vez.

Precauções e limitações

- **Use a tala de ponta de dedo conforme orientado**. Inicialmente, deve ser usada continuamente; posteriormente, apenas durante as atividades. Ela mantém a articulação fundida imóvel, mas deixa a **articulação média do dedo (a articulação interfalângica proximal - PIP) livre para se mover**.
- **NÃO** faça preensão de força, pinça forte ou levante pesos pesados com o dedo operado até que a fusão esteja consolidada e você receba autorização; limite-se a cerca de **1 kg (≈ 2 lb)** nas primeiras seis semanas.
- **Mantenha todas as outras articulações em movimento** desde o início: as articulações média e metacarpofalângica do dedo, o polegar, o punho e todos os outros dedos.
- **Mantenha o curativo seco e a mão elevada** nos primeiros 10–14 dias para reduzir o inchaço, e siga as orientações de cuidado da prega ungueal ou do local da cística, se uma cística mucosa foi removida.
- Se você tiver um **pino de Kirschner (K-wire)**, proteja-o e mantenha a área limpa até sua remoção, que ocorre por volta das **seis semanas**; um parafuso enterrado não precisa ser removido.
- **NÃO** dirija até que você tenha saído da tala volumosa e possa segurar e controlar o volante com segurança, geralmente por volta das **seis semanas**, a critério do seu cirurgião.

Para o manejo da ferida, do inchaço e da cicatriz, consulte as orientações de [cuidados com a ferida](#) da clínica.

Os seus exercícios

Estes são os exercícios do seu folheto informativo. Inicie-os apenas conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, respeitando os limites que lhe foram indicados. Os exercícios iniciais mantêm o resto da mão em movimento livre **sem perturbar a articulação fundida da ponta do dedo**: movimento das articulações adjacentes à fusão, todos os seus outros dedos, polegar e punho, deslizamentos tendinosos e controle do edema. **O fortalecimento da preensão e da pinça pertence a uma fase posterior** e não deve ser iniciado até que a fusão esteja consolidada na radiografia e receba autorização específica. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda na ponta do dedo.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico por fases para reabilitação após artrodese da articulação da DIP (interfalângica distal). Esta seção deve ser fornecida ao seu terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está ocorrendo. O princípio é **proteger o local da artrodese até a consolidação óssea, preservando o movimento completo em todas as outras articulações**: a DIP é imobilizada em uma tala P2–P3 que mantém a PIP livre, o edema e a cicatriz são manejados, e o pinçamento/preensão são recarregados progressivamente apenas após a consolidação.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e seu histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente em relação à fixação (parafuso de compressão sem cabeça, enterrado, sem remoção, vs. fio de Kirschner, removido ~6 semanas), a posição da fusão (leve flexão, até ~35°) e se foi realizada excisão de cisto mucoso com pele/dobra ungueal. A consolidação clínica é geralmente esperada por volta de 6–8 semanas, com consolidação radiográfica por volta de 10 semanas; o cronograma de reabilitação abaixo é baseado em consenso de especialistas de baixo nível e está sujeito à discricionariedade do cirurgião e à confirmação radiográfica da consolidação antes do desmame da tala e do carregamento.

FASE 1 – PROTEGER E ESTABILIZAR (SEMANAS 0 A 2)

As primeiras duas semanas protegem a fusão recém-fixada e controlam o inchaço e a ferida, mantendo todas as articulações não envolvidas em movimento para evitar rigidez.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Curativo/gesso volumoso com **elevação** durante os primeiros **10–14 dias**; manter o curativo seco - Proteger o local da artrodese; **sem carga** na ponta do dedo operado - Se houver um fio de K, proteger o local do pino; revisar a ferida de excisão de unha/cisto, quando aplicável

Gestão - Ferida: curativos cirúrgicos conforme indicado; monitorizar infecção - Edema: elevação, bombeamento suave da mão, gelo conforme apropriado - Exercícios: **AMOR de todas as articulações não envolvidas**: PIP e MCP do dedo operado, polegar, punho e todos os outros dedos; iniciar deslizes tendinosos conforme o conforto permitir

Crítérios para progressão - Ferida estabilizada; edema controlado; pronto para transição para um talco removível personalizado de bloqueio da DIP por volta das duas semanas

FASE 2 – TALA DE BLOQUEIO DA DIP COM ATIVIDADE (SEMANAS 2 A 6)

A partir de aproximadamente duas semanas, o curativo volumoso é substituído por uma **tala removível personalizada de bloqueio da DIP** (uma órtese tipo Stax/mallet que abrange **P2–P3**) que imobiliza apenas a articulação da ponta do dedo e **deixa a PIP livre**. Ela deve ser usada continuamente durante esta fase. O movimento ativo completo é incentivado em todas as outras áreas, o edema e a cicatriz são manejados, e a ponta do dedo permanece sem carga.

Para o seu terapeuta da mão:

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Educação e precauções - Tala removível personalizada de bloqueio da DIP (P2-P3, PIP livre) usada **continuamente** durante esta fase - **Sem preensão de força ou pinça**; limite de carga funcional de aproximadamente **2 lb (≈ 1 kg)**

Manejo - Exercícios: movimento ativo da **PIP, MCP, polegar e punho**, além do movimento de **todos os outros dedos; deslizamentos tendinosos** (em gancho, punho fechado completo, reto) - Edema: continuar a elevação e adicionar **compressão** (Coban/manga leve) conforme tolerado - Cicatriz: iniciar **massagem na cicatriz** assim que a ferida estiver completamente cicatrizada; cuidado com a prega ungueal onde um cisto mucoso foi excisado

Critérios para progressão - Movimento da PIP/MCP mantido; edema controlado; ferida cicatrizada; **união clínica emergindo por volta das seis semanas** (prosseguir para o desmame apenas com confirmação radiográfica da união)

FASE 3 – REDUZIR O USO DA TALA E INICIAR FORTALECIMENTO SUAVE (SEMANAS 6 A 8)

Assim que a fusão estiver **unida na radiografia** (cl clinicamente ~6–8 semanas), a tala é reduzida (usada apenas para atividade/proteção) e um fio de Kirschner, se utilizado, é removido por volta das seis semanas. Inicia-se o fortalecimento suave da pinça e da preensão.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Reduzir o uso da tala da DIP assim que a união for confirmada: uso contínuo apenas para proteção/atividade conforme necessário; **fio de Kirschner removido ~6 semanas** - Progressão gradual da carga; limite funcional de **~5 lb (≈ 2 kg)** a partir das **8 semanas**

Conduta - Exercícios: iniciar **fortalecimento suave da preensão e da pinça**: massa terapêutica, trabalho leve de pinça e preensão; manter amplitude completa de movimento em todas as outras articulações; continuar o manejo da cicatriz - Reavaliar qualquer edema residual ou rigidez na PIP/MCP e tratar conforme necessário

Critérios para progressão - União radiográfica confirmada; ponta do dedo confortável; tolerando carga suave sem dor no local da fusão

FASE 4 – FORTALECIMENTO PROGRESSIVO E ALTA (SEMANAS 8 A 12)

Com a fusão consolidada, o fortalecimento é progressivo em direção à função normal da mão, e as restrições são levantadas por volta das doze semanas.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Fortalecimento progressivo do preênsil e da pinça; limite funcional de **~10 lb (≈ 4,5 kg)** por volta das **10 semanas** - **Sem restrição a partir de 12 semanas**, sujeito à avaliação do cirurgião

Conduta - Exercícios: preênsil e pinça resistivos graduais (massa de modelar → exercitadores de mão → carga específica para tarefas); restaurar o uso funcional completo da mão - Considerar a **alta** quando for alcançada uma ponta do dedo estável e sem dor, com função e força da mão próximas do normal - Encaminhar de volta ao cirurgião assistente se houver dor sobre a fusão, preocupação quanto à consolidação ou um resultado funcional insatisfatório

Critérios para alta - Fusão consolidada e sem dor; amplitude de movimento completa em todas as articulações não fundidas; pinça e preênsil funcionais restaurados

Retornar ao trabalho e às atividades

O uso leve do **outros dedos e do restante da mão** é incentivado desde o início, dentro dos limites do conforto; apenas a ponta do dedo fundida é mantida em repouso. **Dirigir** geralmente é retomado por volta das **seis semanas**, quando você já não usa a tala volumosa e consegue segurar e controlar o volante com segurança; isso fica a critério do Dr. Hirpara na sua consulta de acompanhamento, portanto, planeje-se para ter ajuda com o transporte nas primeiras semanas. O **pinçamento leve e a pegada leve** tipicamente começam por volta das seis semanas e são progressivamente intensificados a partir das oito semanas, após a consolidação óssea. O uso **completo, pesado ou esportivo** da mão geralmente é alcançado por volta das **doze semanas**. Esses prazos são **diretrizes baseadas em consenso de especialistas, e não prazos fixos**: o critério do seu cirurgião e os seus exames de raio-X (que confirmam a consolidação óssea) têm precedência.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte também [o controle da dor pós-operatória](#), [os cuidados com a ferida](#) e [a gestão da cicatriz](#). O plano por fases acima apresentado reflete as orientações de reabilitação publicadas após artrodese da articulação interfalângica distal, e a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a forma como o seu dedo cicatriza.