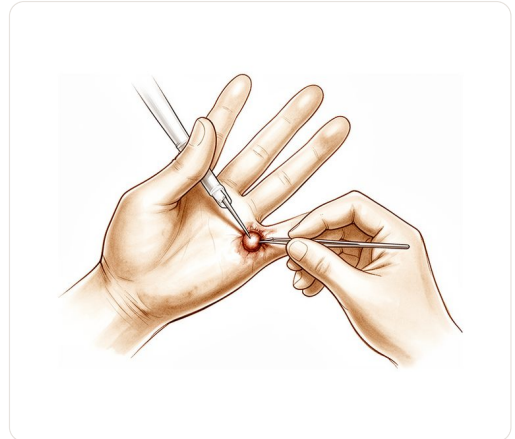


# Excisão de Ganglion da Bainha Flexora

Um cisto do vaina dos flexores (cisto retinacular volar) é um pequeno nódulo firme na base de um dedo no lado da palma, originado na vaina do tendão; a excisão remove o cisto e uma pequena porção da vaina.

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 pequena cirurgia para remoção de **gânglio da bainha dos flexores**, um cisto firme na base de um dedo, no lado palmar da mão, com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Ele começa com o seu programa de exercícios domiciliares, seguido pelo protocolo clínico estruturado escrito **para o seu terapeuta da mão**; leve esta página ou o seu PDF à sua primeira sessão de terapia para que a reabilitação permaneça coordenada. O seu terapeuta da mão pode ajustar o plano conforme a evolução da sua recuperação.

Caso tenha alguma preocupação sobre a sua ferida após a cirurgia, entre em contato com a clínica. Frequentemente, é útil tirar uma foto da ferida e enviá-la por e-mail para avaliação.

## O que esperar

Um cisto do revestimento do flexor (também chamado de *cisto retinacular volar*) é um pequeno nódulo firme, frequentemente doloroso à palpação, geralmente com apenas alguns milímetros de diâmetro, que se origina no revestimento pelo qual os tendões flexores passam, logo na base de um dedo no lado da palma (comumente sobre a banda firme chamada de pulley A1, na dobra onde o dedo encontra a palma). Está fixo ao revestimento e não se move quando você dobra o dedo. É um nódulo completamente benigno (não canceroso) e um dos cistos mais comuns na mão e no pulso.

A cirurgia é uma **excisão ambulatorial de pequeno porte**. Através de um pequeno corte em ziguezague na palma, o Dr. Hirpara remove o cisto junto com uma pequena borda do revestimento do tendão do qual ele se originou. Os dois pequenos nervos e vasos sanguíneos que correm ao longo de cada lado do dedo são cuidadosamente protegidos. O próprio revestimento **não é reparado**: deixá-lo aberto é intencional e não enfraquece o dedo. A pele é fechada com suturas.

Como nada dentro do dedo precisa ser protegido durante a cicatrização, esta é uma **recuperação rápida**: semanas, não meses. O plano é simples: proteger a pequena ferida na palma, controlar o inchaço e iniciar

movimentos suaves do dedo dentro de alguns dias para que o dedo não fique rígido e os tendões não aderam à cicatriz em cicatrização. Uma vez que a ferida esteja cicatrizada, a massagem na cicatriz e a dessensibilização acalmam a área, e a força de preensão é gradualmente recuperada. Um pouco de formigamento ou sensibilidade ao redor da ferida é comum no início, à medida que os pequenos nervos da pele se recuperam, e geralmente melhora nas semanas seguintes.

## Precauções e limitações

---

- Mantenha o curativo limpo e seco até que a ferida esteja cicatrizada e os pontos removidos (geralmente por volta do 10.<sup>o</sup>–14.<sup>o</sup> dia). Não há gesso e, habitualmente, não há tala, apenas um curativo macio.
- **Inicie** movimentos suaves dos dedos nos primeiros dias (flexão, extensão e deslizamento dos tendões) para prevenir rigidez e aderência dos tendões.
- **Mantenha** a mão elevada e utilize-a para tarefas leves do dia a dia, dentro dos limites do conforto.
- **NÃO** realize preensão forte, levantamento de pesos ou pinça vigorosa até que a ferida esteja estabilizada (por volta de duas a três semanas).
- **NÃO** massageie a cicatriz nem mergulhe a mão na água até que a ferida esteja totalmente cicatrizada.
- **NÃO** conduza enquanto o curativo impede uma preensão segura do volante, geralmente durante a primeira semana.

Para a gestão da ferida, do edema e da cicatriz, consulte as orientações da prática clínica sobre [cuidados com a ferida](#).

## 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 (flexão e extensão suaves, deslizamentos tendinosos e controlo do edema) mantêm o dedo em movimento e os tendinos a deslizar desde os primeiros dias, o que é o fator mais importante para uma recuperação suave. A massagem da cicatriz e a dessensibilização começam após a cicatrização completa da ferida, e o fortalecimento da preensão pertence a uma fase ligeiramente posterior (a partir de cerca de duas a três semanas). Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda sobre a ferida.

## O seu protocolo clínico

---

O restante desta página é o protocolo clínico escalonado para reabilitação após excisão de um cisto ganglionar da bainha flexora (cisto retinacular volar). Esta secção deve ser fornecida ao seu terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está a acontecer. Esta é uma **excisão, não uma reparação**: a bainha do tendão é deixada aberta e não existe nenhuma estrutura para proteger. O programa é

uma via de **movimento precoce** centrada na proteção da ferida, controlo do edema, deslizamento dos tendões para prevenir aderências e trabalho de cicatrização/dessensibilização, e não de imobilização protegida.

*Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico e o histórico médico, e entre em contacto com o cirurgião tratante relativamente ao dígito envolvido, à extensão da excisão da bainha e à integridade dos feixes neurovasculares digitais. A excisão do Dr. Hirpara é realizada através de uma incisão palmar em Bruner (em ziguezague) sobre a A1/bainha proximal, removendo o cisto com uma margem de bainha; a bainha não é reparada e não há imobilização para além de um curativo macio. A parestesia digital transitória é comum e autolimitada.*

## **FASE I – PROTEÇÃO DA FERIDA E MOVIMENTO PRECOCE (SEMANA 0 A ~1)**

A primeira semana protege a pequena ferida na palma e permite o movimento precoce do dedo para evitar rigidez ou desenvolvimento de aderências tendinosas. A mão é manejada com **curativo maciço e macio, sem tala**, mantida em elevação, com início do movimento ativo suave dos dedos dentro de alguns dias.

### **Para o seu terapeuta da mão:**

**Educação e precauções** - **Apenas curativo maciço e macio**, sem tala; manter limpo e seco até a retirada dos pontos (~dia 10–14) - Proteger a ferida de cargas pesadas; uso leve da mão sem carga dentro da tolerância - Orientar que **parestesia/transiente digital / hipersensibilidade** ao redor da ferida é comum e autolimitada

**Conduta** - Ferida: curativo cirúrgico conforme orientação; monitorar infecção - Edema: elevação acima do nível do coração, bombeamento suave dos dedos, gelo conforme necessário - Exercícios: **AROM suave dos dedos** (punho composto suave e extensão completa) e **deslizamentos tendinosos (gancho / punho / reto)** iniciados dentro de alguns dias; movimento ativo dos dígitos não envolvidos, polegar e punho; uso funcional leve

**Crítérios para progressão** - Ferida em cicatrização, sem infecção; arco ativo inicial confortável; pronto para movimento ativo completo/passivo suave conforme a ferida permitir

## **FASE II – MOBILIZAÇÃO COMPLETA, CONTROLO DO EDEMA E TRABALHO NA CICATRIZ (SEMANA ~1 A 3)**

A partir da primeira semana, a mobilização é progressiva até à amplitude completa ativa e passiva suave (punho fechado completo e extensão completa) e, assim que a ferida estiver totalmente cicatrizada e os pontos removidos, inicia-se a massagem da cicatriz e a dessensibilização. O controlo do edema continua.

### **Para o seu terapeuta da mão:**

**Avaliações** - Amplitude de movimento (AM) ativa e passiva dos dedos (objetivo: punho fechado completo e extensão completa); estado da ferida/cicatriz; inchaço; sensibilidade dos nervos digitais

**Educação e precauções** - Progressão para **mobilização ativa completa e passiva suave dos dedos**, conforme a tolerância - Iniciar **massagem da cicatriz e dessensibilização apenas quando a ferida estiver totalmente cicatrizada** - Evitar preensão forte e pinçamento vigoroso até que a ferida esteja estabilizada

**Gestão** - Exercícios: punho fechado composto completo e extensão completa; continuidade dos deslizamentos tendinosos; alongamento passivo suave para qualquer rigidez residual - Cicatriz: **massagem da cicatriz + dessensibilização com texturas** após cicatrização; gestão do edema conforme necessário

---

### **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

**Crítérios para progressão** - Mobilização ativa completa, sem dor; ferida cicatrizada; cicatriz em estabilização; pronto para carga

### FASE III – FORTALECIMENTO E RETORNO (SEMANA ~3 A 6)

Assim que a ferida estiver cicatrizada e o movimento for completo (por volta de três semanas), inicia-se o **fortalecimento da preensão e da pinça**, que é progressivamente intensificado até o uso total e sem restrições. A maioria dos pacientes retorna às atividades completas por volta de quatro a seis semanas, com acompanhamento de rotina por volta de dois meses.

#### Para o seu terapeuta da mão:

**Avaliações** - Preensão e pinça em comparação com o lado contralateral; sensibilidade ou dor residual à palpação na cicatriz; demandas funcionais/específicas de tarefas

**Educação e precauções** - Iniciar o **fortalecimento da preensão e da pinça** por volta de 2–3 semanas, após a estabilização da ferida; aumentar a carga gradualmente - Progressão para o **uso total e sem restrições**, conforme o conforto e a força permitirem

**Conduta** - Exercícios: apertos de bola de putty / bola macia, fortalecimento da pinça, carga funcional progressiva; continuar qualquer trabalho residual na cicatriz e dessensibilização - Alta quando o movimento for completo e a preensão for confortável e quase simétrica; acompanhamento cirúrgico de rotina por volta de 2 meses - Encaminhar de volta ao médico assistente se a recuperação estagnar, a cicatriz permanecer marcadamente hipersensível ou houver preocupação quanto à recorrência

**Crítérios para retorno completo** - Movimento completo sem dor; preensão e pinça confortáveis; cicatriz estabilizada; capacidade de atender às demandas de trabalho e atividade

## Retorno ao trabalho e às atividades

---

O uso leve das mãos nas atividades diárias (comer, escrever, cuidados pessoais leves) é incentivado desde o início, dentro dos limites do conforto, desde que não envolva pegada forte ou pinçamento forçado através da ferida. A maioria das pessoas consegue realizar as tarefas diárias em poucos dias. A condução de veículos geralmente é retomada por volta de uma semana, quando for possível segurar e controlar o volante com conforto e não houver mais limitação devido ao curativo, conforme confirmado pelo Dr. Hirpara na consulta de acompanhamento.

A capacidade de preensão e o fortalecimento começam por volta de duas a três semanas, após a cicatrização da ferida, e são progressivamente intensificados. A retomada completa e sem restrições das atividades geralmente ocorre por volta de quatro a seis semanas. O trabalho de escritório pode frequentemente ser retomado em poucos dias a uma semana; o trabalho manual mais pesado segue a mesma progressão gradual conforme a força de preensão retorna. Um acompanhamento de rotina geralmente é agendado por volta de dois meses.

## Após o seu protocolo

---

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica: consulte [o manejo da dor pós-operatória](#), [o cuidado com a ferida](#) e [o manejo da cicatriz](#). Como este gânglion está localizado na base do dedo, sobre a polia A1, a recuperação tem muito em comum com outros procedimentos na base palmar dos dedos, como a [liberação do dedo em gatilho](#). O plano em fases acima reflete as diretrizes publicadas após a excisão de gânglion, e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu dedo.