

Substituição da Articulação MCP

As articulações interfalângicas (MCP) desgastadas e deformadas são substituídas por espaçadores flexíveis para restaurar uma linha mais natural e um movimento funcional.

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 a substituição das articulações dos nós dos dedos (articulações metacarpofalângicas ou “MCP”) com próteses de silicone (Swanson) pelo 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 terapeuta 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 da mão pode ajustar o plano, dependendo da evolução da sua recuperação.

Esta é uma recuperação intensiva em terapia da mão, orientada pelo uso de talas. A tala dinâmica e os seus exercícios diários não são complementos opcionais: são o meio pelo qual as novas articulações são moldadas numa posição corrigida e reta. O seu resultado depende fortemente da adesão fiel ao uso da tala e à realização dos movimentos.

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

O que esperar

As articulações das falanges podem desgastar-se, tornar-se dolorosas e deformar-se gravemente, mais frequentemente na **artrite reumatoide**, em que os dedos se desviam para o lado do dedo mínimo (**desvio ulnar**) e as bases dos dedos deslizam em direção à palma (**subluxação volar**); também podem desgastar-se devido à **osteoartrite**. Nesta operação, a articulação das falanges desgastada é removida e substituída por um **espaçador de silicone flexível** (o implante Swanson clássico). Os objetivos são aliviar a dor, corrigir o desvio e as falanges caídas (lag extensor), e restaurar um arco útil de flexão.

O implante não é uma articulação rígida. Funciona como um espaçador flexível enquanto se forma um novo revestimento (uma “cápsula”) à sua volta nas primeiras semanas, e o objetivo principal da reabilitação é fazer

com que essa cápsula se forme com os dedos mantidos retos e corrigidos, e não desviados. É por isso que a tala e o movimento precoce são tão importantes.

A recuperação, portanto, baseia-se numa **tala dinâmica de extensão com outrigger**, geralmente colocada nos primeiros dias:

- Em repouso, a tala mantém as falanges retas e puxadas suavemente em direção ao lado do polegar (desvio radial), opondo-se diretamente ao antigo desvio ulnar.
- Dentro da tala, realiza-se uma flexão ativa controlada e precoce das falanges contra elásticos suaves, que fazem os dedos voltar a ficar retos. Mover-se precocemente (mas apenas nesta posição protegida e corrigida) molda corretamente a nova cápsula e mantém as articulações sem rigidez.

Usa a tala dinâmica quase continuamente durante cerca de seis semanas, depois reduz gradualmente para uma tala de repouso/noturna, com fortalecimento progressivo adicionado mais tarde. A função leve da mão retorna nas primeiras semanas; a maioria das pessoas regressa à maioria das atividades diárias por volta dos três meses, com o resultado final a continuar a estabilizar ao longo de vários meses adicionais.

Precauções e limitações

- **Use a órtese dinâmica de extensão conforme prescrito:** dia e noite durante as primeiras seis semanas aproximadamente. Ela mantém a correção; removê-la com frequência permite que o desvio retorne.
- **NÃO** permita que os dedos desviem em direção ao lado do dedo mínimo. Cada exercício os guia na direção *oposta*, em direção ao polegar.
- **NÃO** realize prensão forte, pinçamento ou levantamento de peso pesado no início: a prensão vigorosa empurra os dedos para o desvio ulnar e sobrecarrega as novas articulações antes que estejam estáveis. O fortalecimento só deve ser iniciado após liberação do terapeuta da mão.
- Mantenha o polegar, o punho e as pontas dos dedos em movimento desde o início, e utilize a mão para tarefas leves do dia a dia dentro dos limites do conforto.
- Observe a ferida em busca de sinais de infecção (vermelhidão crescente, calor, inchaço ou secreção) e entre em contato com a clínica se houver preocupação; a infecção ao redor de um implante é incomum, mas é importante identificá-la precocemente.

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

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material. Inicie-os apenas conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, mantendo-se dentro da amplitude e dos limites que lhe foram prescritos. Os exercícios iniciais são realizados todos com a tala dinâmica em uso: flexão controlada contra as elásticas, extensão ativa e caminhamento suave dos dedos em direção ao polegar para manter a correção. O cuidado com a cicatriz começa após a cicatrização das feridas, e o fortalecimento do punho pertence a uma fase posterior e não deve ser

iniciado até que você receba liberação específica. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda nas articulações metacarpofalângicas.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico em fases para reabilitação após artroplastia da articulação metacarpofalângica (MCP) com prótese de silicone (Swanson). Esta seção deve ser fornecida ao seu terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem clara do que está ocorrendo. O princípio definidor é que a nova cápsula da MCP se remodela ao redor do implante na posição em que você a mantém, de modo que a tala e os exercícios mantêm as articulações em **extensão com leve desvio radial**, permitindo **flexão ativa precoce controlada**, remodelando as articulações em uma posição corrigida e revertendo o desvio ulnar.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e seu histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente quanto ao diagnóstico (artrite reumatoide versus osteoartrite), à reconstrução dos tecidos moles realizada (reforço do ligamento colateral radial, liberação dos intrínsecos ulnares, centralização do extensor / transferência cruzada dos intrínsecos) e à correção e amplitude de movimento obtidas intraoperatoriamente. A mão com artrite reumatoide tende a desviar e recidivar com mais facilidade do que a mão com osteoartrite, exigindo particularmente um uso diligente de talas em desvio radial. O protocolo abaixo assume o regime padrão de extensão dinâmica com contrapeso.

FASE I – ÓRTESE DE EXTENSÃO DINÂMICA COM MOVIMENTO CONTROLADO PRECOCE (SEMANAS 0 A ~6)

As primeiras seis semanas são a janela decisiva: a cápsula forma-se ao redor do implante neste período, e a órtese dinâmica determina a posição em que ela se forma. Ajuste uma **órtese dinâmica de outrigger de extensão da MCP baseada no antebraço**, geralmente dentro dos primeiros 3-5 dias. Em repouso, mantém as **MCPs em extensão completa com as falanges proximais puxadas para ligeira desvio radial** (corrigindo o antigo desvio ulnar); as alças do outrigger assentam nas falanges proximais e a tensão elástica permite a flexão ativa controlada, retornando depois os dedos à extensão. O paciente realiza **flexão ativa controlada das MCPs dentro da órtese** a cada hora de vigília. O punho e as articulações IP permanecem livres.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Ajuste e tensionar a **órtese de outrigger de extensão dinâmica**: MCPs mantidas em **extensão + ligeiro desvio radial**, alças nas falanges proximais, tração radial para contrariar o desvio ulnar - Usada **continuamente (dia e noite) por ~6 semanas**, removida apenas para higiene e exercícios supervisionados - **Sem força de preensão, pinça ou carga lateral (direcionada ulnarmente)**: estas recriam as forças deformantes - Proteja qualquer reconstrução de tecidos moles (colateral radial / equilíbrio intrínseco): evite tensão de desvio ulnar forçado em qualquer momento - Mantenha o polegar, o punho e as articulações IP móveis; uso leve da mão sem carga apenas

Gestão - Ferida: curativos cirúrgicos conforme orientado; monitorizar infecção (implante presente) - Edema: elevação, massagem retrograde suave, compressão leve conforme tolerado - Exercícios: **flexão ativa controlada das MCPs dentro da órtese contra as alças**, visando desenvolver um arco de flexão útil (alcançar o arco intra-

operatório do cirurgião, comumente até ~70 graus nas MCPs do indicador ao mindinho) com retorno passivo completo à extensão via outrigger; **extensão ativa das MCPs** (corrigir lag extensor); **reeducação do desvio radial** (guiar os dedos em direção ao polegar); amplitude de movimento livre das IP e do punho

Critérios para progressão - Ferida cicatrizada; edema em resolução; arco de flexão ativa emergente com manutenção da extensão e alinhamento corrigido (radial) por volta das seis semanas

FASE II – DESMAME DO TALCO E CONSOLIDAÇÃO DA CORREÇÃO (SEMANAS ~6 A ~12)

A partir de aproximadamente seis semanas, a cápsula está em maturação e o talco dinâmico é **desmameado para um talco de repouso / extensão noturna** (frequentemente mantido até ~12 semanas, e à noite por mais tempo em mãos reumatóides propensas à recorrência). O movimento ativo fora do talco é progressivo, sempre com tendência para a **extensão e alinhamento radial**. O uso funcional leve é expandido; a prensão forte e a pinça permanecem contraindicadas.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Arco de flexão/extensão MCP ativo e passivo; **lag extensor**; **desvio ulnar** (comparar com a correção intra-operatória); dor e edema; revisão da ferida/cicatriz

Educação e precauções - Desmamar o talco dinâmico; continuar um **talco de extensão noturna / de repouso** até ~12 semanas (mais tempo à noite em pacientes reumatóides) - Continuar a **evitar prensão/pinça forte e qualquer carga desviadora para ulnar** - Preservar vigilante a correção radial; a recorrência do desvio é a principal falha tardia

Conduta - Exercícios: progressão da **flexão/extensão MCP ativa e ativa-assistida suave** fora do talco; trabalho contínuo de **lag extensor** e **reeducação do desvio radial**; iniciar **manejo da cicatriz** uma vez cicatrizada; tarefas funcionais leves dentro do conforto, mantidas fora dos padrões desviadores para ulnar

Critérios para progressão - Correção estável (mínimo desvio ulnar recorrente, lag extensor aceitável) em uma cápsula em maturação; arco funcional confortável; dor em resolução

FASE III – FORTALECIMENTO E RETORNO (SEMANAS ~12 E ALÉM)

Uma vez que a cápsula esteja robusta e o alinhamento esteja estável (por volta das doze semanas), o fortalecimento gradual é introduzido, de forma tardia e cautelosa, porque a força de prensão direciona o desvio ulnar. A força e o resultado funcional final continuam a melhorar ao longo de vários meses.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Força de prensão/pinça em comparação com o lado contralateral e com o pré-operatório; arco de movimento mantido, extensão e alinhamento sob carga; testes funcionais e específicos para tarefas

Educação e precauções - Iniciar **força de prensão/fortalecimento gradual apenas a partir das 8-12 semanas**, aumentando a carga gradualmente - Orientar **padrões de prensão que não causem desvio ulnar**; uso contínuo de talas noturnas conforme indicado, especialmente em mãos com artrite reumatoide - Estabelecer expectativas realistas: o objetivo é **alívio da dor, uma posição corrigida e um arco funcional**, em vez de uma mão normal ou potente

Conduta - Exercícios: preensão e pinça progressivas com **massa de modelar/bola**, controle isométrico das MCP, fortalecimento funcional; continuar a mobilidade e qualquer trabalho residual para lag extensor/ alinhamento - Considerar a alta quando a correção estiver estável, um arco útil for alcançado e o paciente gerir as atividades diárias; fornecer um plano de talas noturnas a longo prazo e proteção articular - Encaminhar de volta ao médico assistente se o alinhamento se deteriorar, o arco for perdido ou se houver suspeita de problemas com o implante

Critérios para alta - Alinhamento corrigido e estável, arco funcional e sem dor, força de preensão funcional adequada, rotina sólida de proteção articular e uso de talas noturnas

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 se evitem preensão forte, pinçamento e qualquer tensão lateral (ulnar) nos dedos. Planeie que a tala dinâmica seja usada quase o tempo todo durante as primeiras seis semanas, o que limita tarefas que exigem o uso das duas mãos e tarefas pesadas; organize ajuda conforme necessário. **A condução pode ser retomada quando conseguir controlar o veículo com segurança e estiver sem a tala dinâmica para conduzir (tipicamente por volta das seis semanas), conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento.**

Os exercícios de fortalecimento e o uso mais intenso das mãos só devem ser iniciados por volta das doze semanas, sendo progressivamente intensificados sob orientação do seu terapeuta da mão. A maioria das pessoas retoma a maioria das atividades do dia a dia por volta dos três meses, continuando o resultado final (conforto, alinhamento e um arco de movimento funcional) a estabilizar-se ao longo de vários meses. A progressão é avaliada pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão com base na correção e no funcionamento da sua mão, e não apenas pelo calendário. O trabalho manual mais pesado ou repetitivo segue a mesma progressão baseada em critérios, com aconselhamento para proteção articular, a fim de manter a correção a longo prazo.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica: consulte [o controle da dor pós-operatória](#), [os cuidados com a ferida](#) e [a gestão da cicatriz](#). O plano por fases acima descrito reflete o regime de reabilitação Swanson de longa data após artroplastia da articulação metacarpofalângica (MCP) com implante de silicone, e a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a correção e a evolução da sua mão.