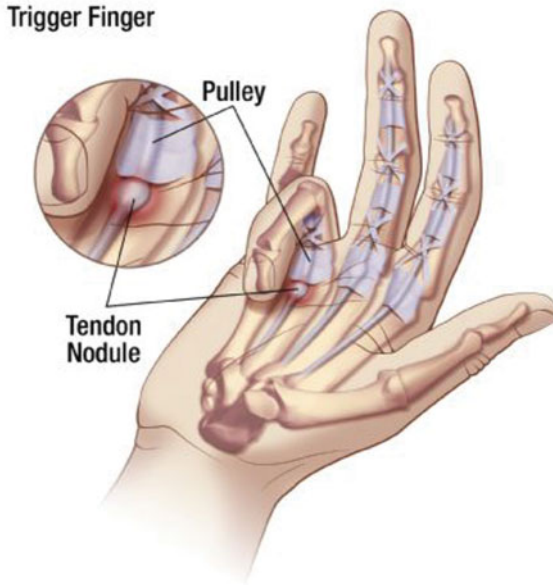

Dedo em Gatilho

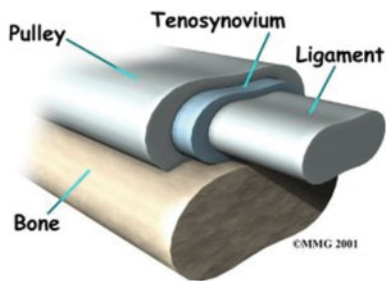


O que é dedo em gatilho?

Embora o termo “dedo em gatilho” parece uma doença que afeta às pessoas que lidam com armas de fogo, ela é na verdade uma causa comum de dor e bloqueio na mão. Também chamado de Tenossinovite Estenosante, o dedo em gatilho ocorre quando o tendão flexor fica preso em sua polia na base do dedo. Cada vez que a pessoa fecha a mão completamente, não consegue esticá-la. E quando consegue, ocorre de maneira súbita e dolorosa, com um “click”, semelhante a um gatilho de revólver.

Onde é que acontece o bloqueio do tendão?

Na anatomia normal, os tendões são como longas cordas que conectam os músculos do antebraço aos ossos da mão. Nos dedos, os tendões passam por dentro de uma série de polias, que são como ligamentos que juntos formam túneis. Isso é semelhante a uma vara de pescar, onde a linha passa por dentro de anéis para ficar próxima à vara.



As polias têm a função de segurar os tendões perto do osso, aumentando a força nos dedos e diminuindo o gasto de energia. Quando o dedo se move, isso ocorre porque o músculo se contrai e o tendão desliza. Esse movimento dos tendões é suave com pouco atrito. Tanto os tendões quanto as polias são envolvidos por uma espécie de membrana, chamada de sinovial. Ela produz o líquido sinovial

que diminui o atrito entre os tecidos, agindo semelhante a um óleo lubrificante.

O dedo em gatilho ocorre quando as polias da base do dedo se tornam espessadas o suficiente para apertar o tendão e impedir o seu deslizamento suave. É uma diferença entre a capacidade do túnel e o volume do tendão.

A compressão do tendão pelas polias faz com que se desenvolva um nódulo, que tranca nas polias, causando o bloqueio do dedo. Tal mecanismo é comparado com a tentativa de se passar um fio com um nó através do buraco de uma agulha. Ele travará no início e após algum esforço, passará bruscamente.

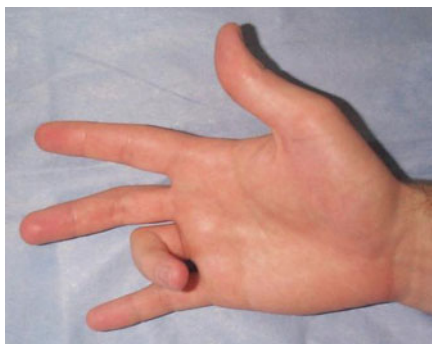
O bloqueio do dedo em gatilho é doloroso para o paciente. Quando mais o dedo engatilha, mais inflamado os tecidos locais ficam, aumentando o edema, dificultando o deslizamento e entrando num círculo vicioso.

Quais são os sintomas?

Normalmente começa com um desconforto na base dos dedos, na palma da mão. Pode também ser no polegar. Essa área é dolorosa a palpação e pode ser sentido um nódulo.

Quando o dedo começa a engatilhar, os sintomas são piores nos primeiros movimentos pela manhã, após despertar. Isso porque durante a noite as mãos se tornam mais inchadas, pela redistribuição dos líquidos que estavam nas pernas durante o dia.

O paciente inicialmente acha que a causa do problema é o dedo, em sua articulação do meio. O movimento brusco ocorre ali e o tendão aprisionado é responsável pela movimentação



desse local. Porém, o bloqueio realmente ocorre na palma da mão, e não no dedo.

Às vezes é necessária a ajuda da outra mão para destravar o dedo engatilhado e numa fase tardia o bloqueio pode ser completo. O paciente já não consegue mais esticar o dedo, nem com a ajuda da outra mão.

Geralmente um dedo só é acometido, sendo mais freqüentemente acometido o dedo anular e o polegar, porém, algumas vezes, pode ocorrer em mais de um dedo. Isso ocorre principalmente quando existe uma outra doença associada.

Quais são as causas do dedo em gatilho?

Não existe uma causa única e na grande maioria dos pacientes pessoas não se descobre algo específico.

Movimentos repetitivos, como digitar no computador, agarrar, apertar ou torcer objetos, ou até escrever em demasia, não são comprovadamente causadores de tenossinovite. O que se observa é a piora da dor em pessoas que já apresentam a doença.

Existem fatores de risco que aumentam a possibilidade do indivíduo desenvolver o problema. A maior parte dos pacientes é do sexo feminino e com idade acima dos 40 anos, ou após a menopausa. Nesse período as mulheres apresentam uma irregularidade hormonal que provoca a retenção de líquidos no corpo. Isso causa um inchaço nas mãos e, conseqüentemente, gatilho nos dedos.

Algumas doenças sistêmicas também aumentam o risco de dedo em gatilho, como artrite reumatóide, gota, diabetes e problemas de tireóide.

O dedo em gatilho pode ocorrer em crianças?

Sim, pode. Nesses casos o diagnóstico geralmente é feito no primeiro ano de vida. Ocorre mais no polegar, por isso, pode também ser chamado de "polegar em gatilho congênito". A hipótese de ser uma doença causada por uma má formação congênita não está comprovada, principalmente porque a maioria das crianças têm a mão normal ao nascer. Com o crescimento e com o uso das mãos é que o polegar começa a bloquear.

Nas crianças o nódulo é mais palpável, por isso, muitas vezes pode ser confundido com um cisto ou um tumor. Nas fases iniciais a criança sente um estalido ao movimentar o dedo. Já numa fase avançada, o tendão bloqueia completamente, e a criança não consegue movimentar a ponta do dedo.

Como é feito o diagnóstico?

O diagnóstico é feito pelo médico ao examinar a mão do paciente. Geralmente, quando o caso é típico, o diagnóstico é simples, podendo se observar o bloqueio do dedo e o nódulo do tendão pode ser palpado. Porém nas fases iniciais, quando ainda não existe o bloqueio do dedo, o diagnóstico pode ser mais difícil de ser feito.

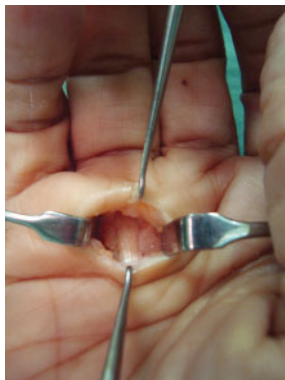
Não existe exame complementar de imagem que seja necessário para o diagnóstico. As radiografias são normais, já que não há lesão óssea. A ecografia evidencia um aumento da espessura dos tendões que estão inflamados, mas não demonstra o bloqueio do gatilho, já que é um problema que ocorre com o movimento.

Quais são as opções de tratamento?

Infelizmente existem poucas opções. O que pode ser feito nas fases iniciais é uma tentativa de tratamento com uma infiltração no tendão, com cortisona e xilocaína. Isso irá diminuir a inflamação e o volume do tendão, fazendo com que ele deslize novamente por dentro das polias, sem que ocorra o bloqueio. Porém, esse pode ser um tratamento paliativo, pois após a cessar o efeito do medicamento pode voltar o gatilho. Com a infiltração, nos dois primeiros dias o paciente vai se sentir pior, devido ao trauma e ao volume do medicamento injetado. Após dois ou três dias os sintomas melhoram e o resultado final do tratamento ocorre em um mês.

Não se podem fazer várias infiltrações no mesmo local. A cortisona, que diminui a inflamação dos tecidos doentes, também causa o enfraquecimento dos tendões saudáveis.

Quando a infiltração não tem um bom resultado, nos casos em que a doença está mais avançada e quando vários dedos são afetados, o tratamento de escolha é a cirurgia.



O procedimento é realizado com anestesia regional (na mão) e pode ser dado um sedativo tranqüilizante. É utilizado um garrote no braço, para evitar sangramento no local da cirurgia. A cirurgia é geralmente ambulatorial, ou seja, o paciente não precisa



dormir no hospital, saindo após um período na sala de recuperação anestésica.

Na cirurgia é realizada uma incisão de mais ou menos um centímetro na base do dedo. Após é feita a abertura da polia A1, que é a primeira na base do dedo e é ela que causa o bloqueio do tendão. A sua abertura não causará problemas ao paciente, pois existem outras polias, que farão a função dela. Durante o procedimento deve-se ter com os nervos digitais, que dão a sensibilidade da ponta do dedo, e que passam próximo ao local da doença. Após é o fechamento da incisão e é colocado um curativo acolchoado, que protege o local e evita que a mão inche.

Existe a técnica de liberação do dedo em gatilho em que se usa uma agulha e não se faz corte na pele. Ela é mais simples, porém por não se visualizar diretamente as estruturas internas, existe um risco maior de lesão dos nervos e tendões da mão. Ela está indicada para os pacientes que não apresentam condições clínicas para a realização do procedimento aberto.

Outras tentativas de tratamento, como a fisioterapia, a acupuntura, o uso de gelo ou de medicação oral (anti-inflamatórios), podem melhorar os sintomas, mas são pouco duradores e não impedem a evolução da doença. O uso de talas e órteses também geram alívio ao paciente, mas causam a imobilidade das articulações, e conseqüentemente rigidez articular e atrofia muscular. Por isso, não é indicado o uso de talas por um longo período.

Nas crianças geralmente não se opera antes dos dois anos de idade. Isso porque existe uma chance de 30% do dedo em gatilho melhorar espontaneamente. Isso ocorre independente do tratamento realizado. Após os dois anos essa chance de melhora é mínima, estando então indicada a cirurgia.

Como é depois da cirurgia?

Mesmo com a colocação do curativo é permitido, e aconselhado, ao paciente movimentar livremente os dedos da mão. Isso deve ser realizado especialmente com a mão virada para cima, evitando que os dedos inchem. O que não se permite é realização de força, como levantar uma sacola ou uma mala pesada.

O primeiro curativo é realizado em até 7 dias após a cirurgia. Ele é trocado por um mais leve. Com 10 a 14 dias de cirurgia, são retirados os pontos e é permitido ao paciente molhar o ferimento. Após isso o paciente está habilitado a realizar todas as atividades, inclusive esporte.

Às vezes, é indicado massagear a cicatriz com creme hidratante. Isso controla o inchaço e diminui o risco de possíveis aderências na cicatriz.

Após a cirurgia o dedo pode engatilhar novamente?

Após ser realizada a cirurgia não há mais risco de retornar o problema. A polia uma vez aberta não tem como se fechar de forma tensa novamente. O que pode acontecer, e isso não tem como ser evitado, é que outro dedo possa ser acometido, e também começar a travar.



Necessita de fisioterapia depois da cirurgia?

Normalmente não é necessário um programa formal de reabilitação em clínica de fisioterapia. O que se faz é dar para o paciente um polígrafo com os exercícios que devem ser realizados em casa após a cirurgia. Em alguns casos, quando o paciente tem dificuldade de realizar os exercícios ou quando o dedo permanece durante muito tempo bloqueado em flexão, pode ser necessário o encaminhamento para a fisioterapeuta. Será feita a recuperação da mobilidade, exercícios de alongamento, uso de gelo, de ultra-som e massagem local para diminuir o inchaço. Numa fase final serão realizados exercícios de fortalecimento.



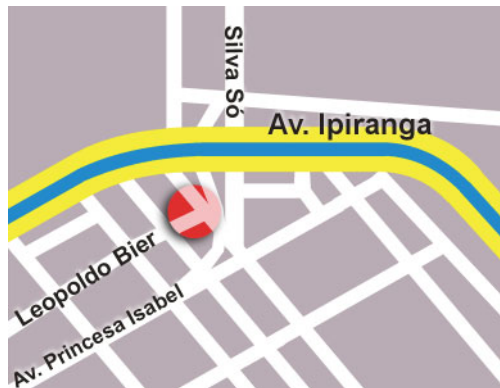


INSTITUTO DA MÃE

Dr. Leonhard Bayer
CREMERS 25062

Dr. Rafael Pêgas Praetzel
CREMERS 22652

Dr. Ricardo Kaempf de Oliveira
CREMERS 23655



Rua Leopoldo Bier, 825 - Sala 301 • CEP 90620-100 • Porto Alegre • RS
Fones: (51) 3023 6600 • 3217 2390 • e-mail: geral@institutodamao.com.br
www.institutodamao.com.br