

Tenosinovite estenosante dos flexores – ou dedo em gatilho

Stenosing tenosynovitis of the flexors – or trigger finger

Rames Mattar Junior*

RESUMO

A tenosinovite estenosante dos flexores, conhecida como dedo em gatilho, é uma afecção freqüentemente vista por médicos que trabalham na área da Medicina Ocupacional, ortopedistas e cirurgiões de mão. O propósito deste capítulo é apresentar de maneira sumária informações sobre os aspectos dessa condição, que possam interessar e ser relevantes aos profissionais de saúde. Os tópicos abordados incluem observações clínicas relacionadas à etiologia, fatores de risco, diagnóstico e condutas frente aos casos da doença.

Descritores: Dedo em gatilho; Polegar; Dor; Mão (anatomia)/patologia

ABSTRACT

Stenosing tenosynovitis of the flexors, known as trigger finger, is a very common problem seen by the Occupational Medicine practitioners, the orthopaedic surgeon and the hand surgeon. The purpose of this chapter is to summarize information on aspects of this condition likely to be of interest and relevant to the health professionals. Topics covered include clinical observations related to ethiology, risk factors, diagnosis and case management.

Keywords: Trigger finger disorder; Thumb; Pain; Hand/pathology

INTRODUÇÃO

A tenosinovite estenosante, também conhecida como “dedo em gatilho”, é uma condição caracterizada por dor no trajeto dos tendões flexores, na região do túnel osteofibroso, associada à dificuldade ou travamento do movimento dos dedos ou polegar, que podem permanecer em posição de flexão. O paciente, ao realizar a extensão do dedo ou polegar, apresenta um ressalto semelhante ao disparo de um gatilho, que é pressionado até o disparo. Nas tenosinovites estenosantes graves o dedo pode permanecer travado em posição de flexão⁽¹⁾.

A tenosinovite estenosante é causada por um estreitamento relativo do sistema de polias e túneis, que abrigam os tendões flexores na região distal da palma da mão e região palmar dos dedos. Pessoas que trabalham

em atividades manuais de esforço ou em atividades que exijam atividade manual de preensão repetitiva são mais susceptíveis a desenvolverem essa afecção. A tenosinovite estenosante é mais comum nas mulheres do que nos homens e ocorre, também, com maior freqüência, nos pacientes diabéticos, portadores de nefropatias, hipotireoidismo e outras endocrinopatias.

SINAIS E SINTOMAS

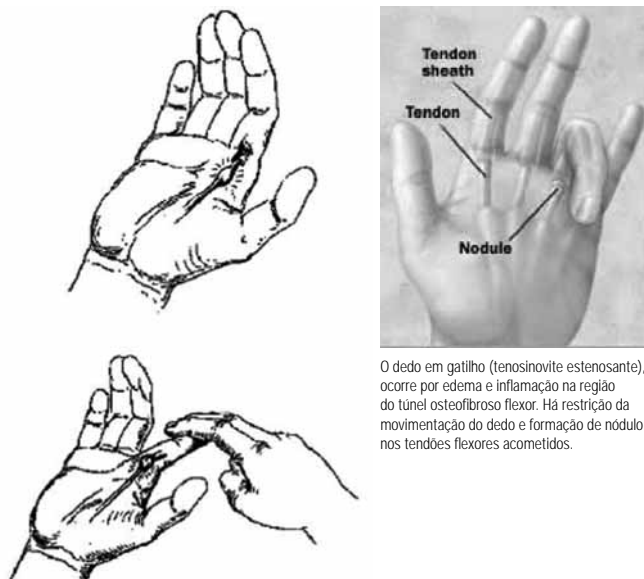
Inicialmente, o dedo acometido pode se apresentar com aumento de volume (edema), predominantemente na região volar, com limitação da movimentação e dor no trajeto dos tendões flexores, predominantemente na localização da polia A1. Pode haver ainda um nódulo palpável na região da base do dedo acometido (imediatamente proximal à polia A1). Esse nódulo aparece nos tendões flexores acometidos e é devido à estenose do túnel, sendo que a dificuldade de deslizamento dos tendões na entrada do túnel flexor (polia A1) gera o nódulo. A penetração e passagem do nódulo pelo sistema de polias causam o travamento do dedo e o ressalto durante o movimento⁽²⁾.

À medida que a doença progride, o travamento do dedo na posição de flexão piora, a ponto de gerar incapacidade funcional para preensão de objetos. Ao tentar realizar a extensão do dedo para armar a mão na atividade de preensão, há o travamento e o ressalto que dificultam o movimento. O paciente ainda, na maioria das vezes, sente dor intensa durante o movimento e, eventualmente, pode haver limitação da extensão total do dedo acometido.

Os dedos mais freqüentemente acometidos são os polegares, dedos médio e anular. Pode haver o comprometimento de mais de um dedo e ambas as mãos podem estar envolvidas na afecção (Figura 1). A estenose e os sintomas são mais pronunciados pela manhã, devido à piora do edema e inatividade manual durante a noite⁽³⁾.

* Professor-associado da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – USP, São Paulo (SP), Brasil.

Autor correspondente: Rames Mattar Junior – Avenida Albert Einstein, 627 – sala 1.212 – Morumbi – CEP 04066-000 – São Paulo (SP), Brasil – Tel.: 11 3747-3262 – e-mail: rames@usp.br



O dedo em gatilho (tenosinovite estenosante), ocorre por edema e inflamação na região do túnel osteofibroso flexor. Há restrição da movimentação do dedo e formação de nódulo nos tendões flexores acometidos.

Figura 1. O dedo em gatilho (tenosinovite estenosante), ocorre por edema e inflamação na região do túnel osteofibroso flexor

CAUSAS

A causa do dedo em gatilho é o estreitamento relativo do túnel osteofibroso (bainha flexora) que circunda os tendões no dedo afetado. Há um processo inflamatório ou proliferativo da sinovia que reveste o sistema de polias do túnel osteofibroso e tendões flexores. Essa tenosinovite provoca uma alteração na relação conteúdo (continente no túnel osteofibroso que gera atrito, perpetuação do processo inflamatório, dificuldade de deslizamento dos tendões flexores no túnel osteofibroso, travamento, dificuldade de movimentação, dor e incapacidade funcional). O atrito piora e mantém o quadro inflamatório e gera o aparecimento do nódulo tendinoso (Figura 2).



Figura 2. Polegar em gatilho (tenosinovite estenosante do tendão flexor longo do polegar)

Em situações de processo inflamatório ou proliferativo sinovial mais intenso, como na artite reumatóide, pode haver comprometimento grave do mecanismo de deslizamento dos tendões no túnel osteofibroso e restrição do deslizamento tendinoso. O dedo pode se apresentar com o movimento comprometido e deformidade em flexão e o processo inflamatório crônico pode gerar aderências tendinosas e fibrose na região do túnel osteofibroso⁽⁴⁾.

FATORES DE RISCO

Atividades manuais, profissionais, esportivas, entre outras, que exigem preensão forçada, movimentos repetitivos ou que submetam a mão à vibração intensa ou impacto, podem aumentar o risco do desenvolvimento de tenosinovite estenosante dos flexores. Algumas doenças também são consideradas como predisponentes ao desenvolvimento de uma tenosinovite estenosante como a artrite reumatóide, diabetes, hipotireoidismo, amiloidose e algumas infecções (tuberculose, esporotricose, infecções fúngicas, etc.). O dedo em gatilho é mais frequente nas mulheres do que nos homens e, particularmente, na gravidez, puerpério e menopausa.

TRATAMENTO

O tratamento indicado deve variar de acordo com a intensidade, gravidade e duração das alterações anatômicas e dos sintomas.

O tratamento de casos leves, com sintomas intermitentes (pré-gatilho), os seguintes recursos terapêuticos podem ser utilizados⁽⁵⁾:

- repouso : evitar atividades manuais que exijam esforço ou movimentos de repetição;
- uso de órtese extensora: a manutenção do dedo acometido em posição de extensão de forma intermitente e por algumas semanas pode promover o alívio temporário e até definitivo dos sintomas em casos leves. Deve-se orientar o paciente para utilizar a órtese no período noturno, principalmente para evitar o travamento do dedo em posição de flexão por longo tempo;
- exercícios: leves e suaves para manter a mobilidade e promover a drenagem linfática e combater o edema;
- aquecimento: com bolsas térmicas ou calor local com água morna, principalmente pela manhã, pode aliviar os sintomas de travamento e dor;
- massagem: pode aliviar a dor e reduzir o edema (drenagem).

O tratamento de casos mais graves, com o travamento constante e limitação da movimentação dos dedos acometidos⁽⁶⁻¹²⁾:

- antiinflamatórios não esteróides: podem promover alívio dos sintomas, combater o quadro inflamatório, edema, dor e melhorar o deslizamento dos tendões flexores na região do túnel osteofibroso;
- esteróides: corticosteróides sistêmicos, como a betametasona, podem ser utilizados em casos mais graves, desde que o paciente não apresente comorbidades que contra-indiquem seu uso; usualmente promovem alívio intenso dos sintomas de dor e inflamação;

- esteróides injetados localmente: como a infiltração com acetato de metilprednisolona, também podem produzir alívio temporário ou definitivo dos sintomas. Podem produzir piora dos sintomas nas primeiras 48 a 72 horas após a infiltração. Em casos de melhora parcial dos sintomas, a infiltração pode ser repetida, desde que com intervalo de três a quatro semanas;
- liberação percutânea do túnel osteofibroso: secção da polia A1, utilizando agulha hipodérmica e anestesia local. Esse método tem a grande vantagem de poder ser realizado em consultório ou sala de procedimento e a desvantagem de ser um procedimento cego, podendo causar lesões iatrogênicas nos tendões flexores e estruturas vizinhas;
- liberação cirúrgica: incluindo uma via de acesso palmar na região da prega palmar distal dos dedos ou prega de flexão metacarpofalangiana do polegar, dissecção e secção longitudinal da polia A1. Essa técnica é utilizada em casos crônicos e que não responderam ao tratamento não cirúrgico. Deve ser realizado em ambiente de centro cirúrgico sob anestesia adequada (local ou regional), conforme Figura 3.

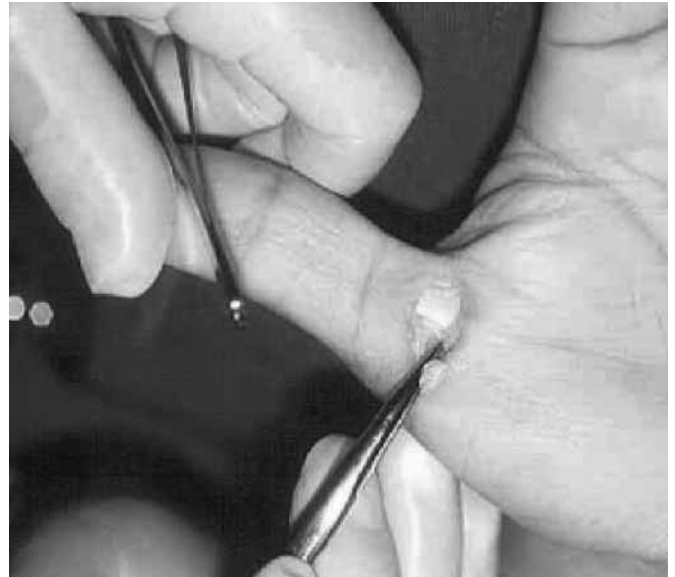


Figura 3. Tratamento cirúrgico por meio da tenólise do flexor longo do polegar com a secção longitudinal da polia A1

REFERÊNCIAS

1. Ryzewicz M, Wolf JM. Trigger digits: principles, management, and complications. *J Hand Surg [Am]*. 2006;31(1):135-46.
2. Moore JS. Flexor tendon entrapment of the digits (trigger finger and trigger thumb). *J Occup Environ Med*. 2000;42(5):526-45.
3. Kraemer BA, Young VL, Arfken C. Stenosing flexor tenosynovitis. *South Med J*. 1990;83(7):806-11.
4. Ferlic DC, Clayton ML. Flexor tenosynovectomy in the rheumatoid finger. *J Hand Surg [Am]*. 1978;3(4):364-7.
5. Buch-Jaeger N, Foucher G, Ehrler S, Sammut D. The results of conservative management of trigger finger. A series of 169 patients. *Ann Chir Main Memb Super*. 1992;11(3):189-93.
6. Anderson B, Kaye S. Treatment of flexor tenosynovitis of the hand ('trigger finger') with corticosteroids. A prospective study of the response to local injection. *Arch Intern Med*. 1991;151(1):153-6.
7. Lambert MA, Morton RJ, Sloan JP. Controlled study of the use of local steroid injection in the treatment of trigger finger and thumb. *J Hand Surg [Br]*. 1992;17(1):69-70.
8. Giordano M, Giordano V, Giordano J. Tratamento do dedo em gatilho pela injeção local de corticosteróide. *Rev Bras Ortop*. 1997;32(12):971-4.
9. Pope DF, Wolfe SW. Safety and efficacy of percutaneous trigger finger release. *J Hand Surg [Am]*. 1995;20(2):280-3.
10. Cohen TJ. Tratamento percutâneo do dedo em gatilho. *Rev Bras Ortop*. 1996;31(8):690-2.
11. Eastwood DM, Gupta KJ, Johnson DP. Percutaneous release of the trigger finger: an office procedure. *J Hand Surg [Am]*. 1992;17(1):114-7.
12. Paul AS, Davies DR, Haines JF. Surgical treatment of adult trigger finger under local anaesthetic: the method of choice? *J R Coll Surg Edinb*. 1992;37(5):341-2.