

Artroplastia da Articulação Metacarpofalangeana (MCPJ)

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Resumo da recuperação. Agregado de 80 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA trabalho manual, esporte, academia	PLATÔ DO RESULTADO FINAL dor e força
2-6 weeks O retorno às atividades de escritório e às atividades cotidianas leves geralmente ocorre entre 2 e 6 semanas, sendo que a mobilização precoce costuma ser iniciada após a cirurgia.	3-6 months O retorno ao trabalho manual e à realização de atividades que exigem força total geralmente acontece entre 3 e 6 meses, dependendo do grau de equilíbrio dos tecidos moles e da reabilitação.	12-24 months O platô funcional e a correção final da deformidade são normalmente alcançados entre 12 e 24 meses; porém, pode haver perda de amplitude de movimento ou reversão parcial da correção a longo prazo.

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa sempre pelas opções menos invasivas adequadas ao seu quadro clínico. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na sua consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos a sua mão e solicitamos exames de imagem, se necessário. Isso nos permite entender o que está ocorrendo na articulação.

Esta cirurgia substitui a articulação dos nós dos dedos — aquela onde o dedo ou o polegar se conectam à mão — por um implante artificial. Ela costuma ser indicada quando a superfície articular está muito desgastada devido à artrite e outros tratamentos não trouxeram alívio suficiente. Para problemas crônicos de desgaste, geralmente tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos: modificação das atividades, fisioterapia ou terapia ocupacional, além do uso de talas. A cirurgia é considerada apenas quando essas medidas não forem suficientes. O objetivo é

aliviar a dor, melhorar a função da mão e proteger as articulações adjacentes. Para algumas pessoas, também restaura a estabilidade de uma articulação que se tornou frouxa ou deformada.

Antes da operação

Nas semanas que antecedem a cirurgia, confirmamos o plano terapêutico com novas imagens da sua mão, como radiografias, ressonância magnética ou ultrassonografia. Essas imagens permitem visualizar a articulação desgastada e ajudam a selecionar o implante adequado. Você receberá instruções claras sobre o jejum: não deve ingerir alimentos nem bebidas nas sete horas anteriores à operação. Pedimos esse período de sete horas, em vez de um tempo menor, para que a cirurgia possa ser antecipada caso a agenda do bloco operatório permita. Alguns medicamentos precisam ser suspensos antes da cirurgia; o seu cirurgião informará quais são e quando devem ser interrompidos. Caso tenha outras condições médicas, poderá ser necessário realizar exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista. No dia da cirurgia, leve uma lista dos medicamentos que está tomando, organize transporte para casa e use roupas confortáveis com mangas largas.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde é registrado e preparado para a sala de operações. Conhece o anestesista, o médico responsável pela sua anestesia e controle da dor durante a cirurgia. Esta operação é realizada sob anestesia geral. Às vezes, um bloqueio nervoso regional é adicionado para alívio da dor pós-operatória; o anestesista conversará com você sobre isso no próprio dia. Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Ao término da operação, você acorda na sala de recuperação. As enfermeiras cuidam de você enquanto a anestesia vai passando. Quando seu estado se estabiliza, você é transferido para um quarto ou vai para casa no mesmo dia, dependendo do procedimento e da evolução da sua recuperação.

Como é realizada a operação

O cirurgião faz uma pequena incisão na parte de trás da articulação do dedo para alcançar as superfícies articulares desgastadas. As extremidades ósseas danificadas são removidas e moldadas para criar espaço para o implante. O implante mais comum é um espaçador flexível que fica entre os dois ossos, permitindo novamente a flexão da articulação e aliviando a dor. O objetivo é o alívio da dor, melhor mobilidade e proteção das articulações vizinhas.

Existem diferentes tipos de implantes, adequados a distintas articulações e problemas. Em alguns pacientes, utiliza-se um espaçador de silicone macio. Em outros, especialmente quando os ligamentos circundantes são fortes e os dedos adjacentes oferecem suporte, opta-se por um implante mais rígido, moldado à semelhança da superfície articular natural. O cirurgião escolhe o implante mais indicado para a sua articulação e condição clínica.

Após a colocação do implante, o cirurgião verifica se o dedo está alinhado e se se move suavemente; também equilibra os tecidos moles ao redor da articulação para garantir sua estabilidade. A incisão é fechada com pontos de sutura e coberta por um curativo. Este curativo permanece no local por cerca de 10 dias, conforme explicado na seção “Após a operação”.

Em algumas articulações do polegar, a fusão óssea (unindo os ossos) pode ser uma alternativa ao uso de implante. Essa técnica elimina a dor na articulação, porém faz com que essa parte do polegar deixe de dobrar. Antes de assinar o termo de consentimento, o cirurgião discutirá com você qual opção é mais adequada para a sua articulação.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação, onde as enfermeiras ficarão atentas a você enquanto o efeito da anestesia passa. Sua mão estará envolta em uma grande bandagem, e forneceremos analgésicos para mantê-lo confortável. Alguém deve ficar com você nas primeiras 24 horas após voltar para casa. Você pode se movimentar normalmente, mas vá com calma e mantenha a mão elevada sobre um travesseiro quando estiver sentado. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital. Deixamos a bandagem por cerca de 10 dias; por favor, não a retire antes disso, a menos que receba instruções em contrário. Trocamos ou retiramos a bandagem quando o examinamos.

Recuperação

Nos primeiros dias, sua mão ficará dolorida e inchada; os dedos podem parecer rígidos e sensíveis ao toque. Manter a mão elevada sobre um travesseiro ajuda a reduzir o inchaço, e os analgésicos que lhe prescrevemos garantem seu conforto. O desconforto diminui gradualmente à medida que a articulação cicatriza.

Inicialmente, sua mão será envolta em uma bandagem volumosa, que permanece por cerca de 10 dias. Quando o acompanharmos, trocaremos ou retiraremos essa bandagem e verificaremos o estado da pele em processo de cicatrização. Após a cirurgia, a reabilitação consiste em terapia de mão com Ruby Doolan, na Extend Rehabilitation. Ela orientará seus exercícios e confeccionará uma tala, caso seja necessário. Esses exercícios protegem a nova articulação enquanto seu dedo ou polegar recuperam a mobilidade; você também aprenderá a usar a mão nas tarefas cotidianas sem sobrecarregá-la.

À medida que o inchaço diminui, dobrar e esticar os dedos geralmente se torna mais fácil. Quando conseguir segurar objetos e fazer pinça sem dor, atividades diárias como se vestir, comer e escrever parecerão mais naturais. Muitas pessoas percebem que o principal benefício é o alívio da dor prévia, além de uma melhor utilização da mão nas tarefas diárias.

Você não deve dirigir enquanto a mão estiver com tala ou enquanto estiver tomando analgésicos fortes; além disso, é necessário conseguir segurar o volante com ambas as mãos e reagir em uma parada de emergência. Nosso guia específico sobre direção após cirurgia na mão explica quando é seguro retomar essa atividade.

A recuperação varia de pessoa para pessoa, e seu cronograma pode ser diferente. Orientaremos você em cada consulta de acompanhamento, juntamente com seu terapeuta de mão.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe o monitoram de perto para detectar qualquer problema precocemente.

Infecções são raras após esse tipo de artroplastia. Fique atento à pele ao redor da incisão. Se notar vermelhidão se espalhando a partir da ferida, calor, secreção ou uma dor latejante intensa que não melhora com analgésicos comuns, entre em contato com a clínica imediatamente. Se sentir febre ou mal-estar, vá ao pronto-socorro.

Às vezes, a nova articulação pode sair do lugar; isso é chamado de luxação. Você pode sentir uma mudança súbita na posição da articulação, com o dedo ou polegar ficando num ângulo estranho e sem conseguir se mover normalmente. Nesse caso, ligue para a clínica imediatamente.

Com o tempo, o próprio implante pode desgastar-se, afrouxar, rachar ou dobrar. Os sinais incluem retorno da dor que antes havia desaparecido, novos ruídos (cliques ou rangidos) ou o dedo se desviando da posição normal. Comunique essas alterações na próxima consulta de acompanhamento, ou ligue antes, caso surjam de repente.

Os ossos ao redor do implante também podem fraturar durante a cirurgia. O seu cirurgião verifica isso antes de você deixar o centro cirúrgico; geralmente, a fratura cicatriza com um período mais curto de imobilização na tala.

Caso algum problema ocorra, às vezes é necessária uma cirurgia adicional para corrigi-lo. Isso pode envolver a substituição do implante ou, se a substituição não for viável, a fusão dos ossos da articulação para que se unam numa única peça sólida. Essa segunda opção elimina a dor, porém impede o movimento da articulação. O seu cirurgião explicará qual alternativa se adequa ao seu caso, caso seja necessário.

Algumas pessoas percebem rigidez ou fraqueza persistentes no dedo ou no polegar após a cirurgia. A terapia ocupacional para a mão ajuda nesses casos; portanto, mencione isso nas consultas de acompanhamento em vez de esperar.

A tabela de complicações nesta página apresenta as taxas típicas, caso você queira informações mais detalhadas.

Quando nos contatar

A maioria dos problemas aparece nas primeiras semanas; por isso, é importante saber o que observar. Contate-nos caso perceba vermelhidão se espalhando a partir da ferida, secreção, febre ou dor que piora progressivamente. Procure atendimento de emergência se sentir febre e mal-estar, ou se a panturrilha ficar inchada e sensível ao toque. Dificuldade súbita para respirar também exige atendimento de emergência. Ligue imediatamente se o dedo ou polegar sair subitamente da posição normal, ficar num ângulo estranho ou se você não conseguir movê-lo. Formigamento ou dormência que não passam também requerem avaliação rápida. Em caso de dúvida, ligue para nós.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A artroplastia das articulações interfalângicas merece uma leitura mais aprofundada devido a um fato curioso: o implante mais utilizado atualmente é, basicamente, o mesmo projeto introduzido na década de 1960, e ele tem se mostrado mais durável do que todos os materiais criados para substituí-lo. Compreender o motivo disso explica, na verdade, qual é o propósito dessa cirurgia.

O SILICONE NÃO FOI DESLOCADO

Uma revisão de 2026 sobre a artroplastia da articulação metacarpofalângica na artrite reumatoide conclui que o procedimento continua a desempenhar um papel central no tratamento da mão reumatoide, e que **apesar dos avanços na tecnologia de implantes, a artroplastia com silicone flexível proporciona melhoria funcional e estética confiável** em pacientes devidamente selecionados [1].

Sessenta anos de desenvolvimento em ciência dos materiais resultaram em alternativas de metal-plástico e pirocarbono; contudo, o espaçador de silicone ainda é o padrão de referência. Isso é incomum no âmbito da substituição articular, onde os implantes de quadril e joelho foram continuamente aprimorados ao longo do mesmo período.

O motivo é que esse implante não desempenha a função que seu nome sugere: ele não recobre a articulação para restaurar sua superfície de apoio. Trata-se, na verdade, de um espaçador flexível que mantém uma distância entre os ossos e atua como uma tala interna, enquanto o tecido cicatricial se forma ao seu redor, criando uma nova cápsula articular. O resultado final decorre do processo de cicatrização, e não do próprio dispositivo; por isso, o desenvolvimento de superfícies de apoio mais eficazes nunca se traduziu em melhores resultados clínicos.

O RESUMO OBJETIVO DOS RESULTADOS

Uma revisão sobre a artroplastia com implantes nas articulações dos dedos e do polegar resume bem a situação: a artroplastia com implantes **produz de forma previsível alívio da dor e alta satisfação do paciente**, porém **historicamente apresentou altas taxas de complicações**. Embora os materiais metálico-plástico e pirocarbono tenham evoluído, **as taxas de sobrevivência dos implantes e de reoperações continuam sendo motivo de preocupação** [2].

Ambos os aspectos são importantes. Os pacientes geralmente ficam satisfeitos com essas cirurgias: a dor desaparece, a aparência melhora, a mão passa a funcionar melhor nas atividades diárias, e os implantes têm uma vida útil limitada, o que implica em uma taxa real de reoperações. Satisfação e durabilidade são questões distintas; nesse caso, a cirurgia se sai muito melhor no primeiro quesito.

QUANTO À OSTEOARTRITE, AS EVIDÊNCIAS SÃO ESCASSAS

A maior parte da literatura científica aborda a artrite reumatoide, pois é nela que a deformidade a ser corrigida é mais acentuada. No caso da **osteoartrite**, a situação é menos clara: as evidências disponíveis são provenientes de estudos de coorte retrospectivos, com amostras pequenas e período de acompanhamento relativamente curto [3].

Vale ressaltar que, quando os autores manifestam preferência pelo uso do pirocarbono em vez do silicone na osteoartrite, isso se baseia na **possibilidade** de maior estabilidade e alinhamento articular; os dados, porém, são considerados preliminares [3]. Trata-se de uma posição razoável, mas deve-se reconhecer que ela decorre de raciocínios mecânicos e não de superioridade comprovada clinicamente.

A DURABILIDADE ESTÁ SE TORNANDO UMA QUESTÃO CADA VEZ MAIS IMPORTANTE

Uma preocupação levantada há quase duas décadas só fez crescer, em vez de ser resolvida: a durabilidade dos implantes ganha maior importância à medida que a expectativa de vida aumenta e que essas cirurgias são realizadas em pacientes mais jovens e ativos, que os utilizarão por períodos mais prolongados [4]. Um implante com desempenho aceitável após dez anos é uma opção viável para um paciente de 75 anos, mas não necessariamente para um de 55.

Na prática, isso é um motivo para deixar claro qual é o objetivo da cirurgia. Para alívio da dor, correção de deformidades e melhoria da função em mãos com demandas mecânicas moderadas, trata-se de uma cirurgia bem comprovada e com longo histórico de sucesso. Contudo, como método de reconstrução duradoura para uso intenso ao longo de décadas, ela não se mostra adequada.

REFERÊNCIAS

- [1] Herren DB. Equilíbrio na artroplastia da articulação metacarpofalângica na artrite reumatoide. J Hand Surg Eur Vol. 2026;51(6):778-84. <https://doi.org/10.1177/17531934261430139>
- [2] Srnec JJ, Wagner ER, Rizzo M. Artroplastia com implante para degeneração das articulações interfalângicas proximais, metacarpofalângicas e trapézio-metacarpianas. J Hand Surg Am. 2017;42(10):817-25. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.07.030>
- [3] Martin AS, Awan HM. Artroplastia da articulação metacarpofalângica na osteoartrite. J Hand Surg Am. 2015;40(9):1871-2. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.05.019>
- [4] Goldfarb CA, Dovan TT. Artrite reumatoide: indicações, técnica e resultados da artroplastia metacarpofalângica com silicone. Hand Clin. 2006;22(2):177-82. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2006.02.001>

Artroplastia da Articulação Metacarpofalangeana (MCPJ)

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 80 estudos publicados. Estes são índices populacionais, não o seu risco individual — o seu cirurgião discutirá o que se aplica a si.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Fratura do implante	2-13.8%	As taxas variam conforme o tipo de implante e a duração do acompanhamento; muitas vezes são assintomáticas e podem não exigir revisão cirúrgica.
Deslocamento	0.4-8%	Mais comum em casos de revisão cirúrgica ou em pacientes com instabilidade pré-operatória; pode exigir equilíbrio dos tecidos moles.
Infecção	0.4-2%	A infecção periprotética é rara; alguns estudos sugerem que o risco pode ser maior em pacientes que receberam injeções de esteroides antes da cirurgia.
Cirurgia de revisão	6.7-16%	As indicações incluem recorrência da deformidade, dor ou instabilidade; as taxas são mais elevadas na artroplastia de revisão do que na primária.
Fratura intraoperatória	2-3%	Fraturas periprotéticas das falanges ou dos metacarpos podem ocorrer durante a inserção ou o fresamento do implante.
Desvio ulnar recorrente	4-12%	A recorrência da deformidade é uma indicação frequente para cirurgia de revisão, especialmente em pacientes com artrite reumatoide.
Rigidez	0.4-20%	Pode ocorrer limitação de movimento ou rigidez, particularmente em pacientes com contraturas pré-operatórias ou problemas nos tecidos moles.
Ruptura de ligamentos/ tendões	1.6-6.8%	Complicações nos tecidos moles, como ruptura de tendões extensores ou flexores, podem exigir reparo cirúrgico.
Subsidência	64%	A subsidência radiográfica é comum, porém frequentemente assintomática; sua relevância clínica ainda é debatida.
Síndrome da dor regional complexa	1.96%	Complicação rara, porém relatada, especialmente na artroplastia com pirocarbono para artrite não inflamatória.

Li estas informações e tive a oportunidade de fazer perguntas ao Dr. Hirpara sobre o procedimento, a recuperação esperada e as complicações listadas acima.

PACIENTE – NOME (EM LETRA DE FORMA)	ASSINATURA	DATA
--	------------	------