

Reparo do Tendão Extensor

Os tendões extensores que estendem os dedos correm pela parte dorsal da mão; após o reparo, eles são protegidos enquanto a junção cicatriza.

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 reparação cirúrgica de um **tendão extensor** (um dos tendões na parte posterior do dedo ou da mão que estende o dedo) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Abrange reparações na parte posterior do dedo, mão e punho (as zonas que os cirurgiões designam como **IV a VII**). Não abrange o dedo em martelo (uma reparação na ponta do dedo) nem a reparação do deslizamento central / boutonnière sobre a articulação média; estes casos seguem planos diferentes. Inicia com o seu programa de exercícios em casa, seguido do protocolo clínico estruturado escrito para o seu terapeuta da mão. Traga esta página ou o respetivo PDF para a sua primeira sessão de terapia, de modo a que a reabilitação seja coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano consoante a evolução da sua recuperação.

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

O reparo do tendão extensor sutura um tendão dividido de volta no dorso do dedo ou da mão. O método antigo de proteger esse reparo era imobilizar a mão com uma tala durante várias semanas, mas isso frequentemente deixava os dedos rígidos e com recuperação lenta. Em vez disso, sua recuperação utiliza uma abordagem moderna e inteligente chamada reabilitação de **movimento relativo** (método Merritt).

A chave é uma pequena tala chamada **yoke** (ou tala em Y), usada no dorso da mão. Ela mantém a articulação metacarpofalângica do dedo **reparado** em uma posição cerca de **15 a 20 graus mais estendida** do que as articulações dos dedos adjacentes. Essa pequena diferença alivia silenciosamente a carga sobre o tendão em cicatrização, permitindo que você comece a usar a mão imediatamente, de forma suave e dentro dos limites do conforto, em vez de esperar várias semanas com a mão imobilizada. O movimento precoce dessa maneira protegida mantém o deslizamento do tendão para evitar aderências, enquanto o deslocamento impede que ele seja submetido a sobrecarga excessiva.

Para a maioria dos reparos (nas zonas comuns no dorso do dedo e da mão), o yoke por si só é tudo o que você precisa. Para alguns reparos (aqueles mais próximos do pulso, reparos mais fracos ou onde proteção adicional é sensata), uma **tala de pulso** é adicionada também nas primeiras semanas. **Seu terapeuta da mão informará se você também tem uma tala de pulso.**

O plano então se desenvolve em etapas cuidadosas: o yoke é usado em tempo integral por cerca de **seis semanas** e reduzido gradualmente a partir da **semana cinco**; o movimento acoplado do pulso e dos dedos é adicionado nas semanas intermediárias; o **fortalecimento começa por volta das oito semanas**; e a **atividade plena retorna por volta de dez a doze semanas**, após o reparo estar consolidado.

Precauções e limitações

- **Use a tala em Y o tempo todo** durante as primeiras seis semanas, inclusive para exercícios e tarefas diárias, e remova-a ou reduza o uso apenas conforme orientado pelo seu terapeuta da mão. **O seu terapeuta da mão informará se você também tem uma tala para o pulso.**
- Faça uso **leve** da mão com a tala nas atividades diárias desde o início, dentro do conforto. **NÃO** realize nenhuma atividade de levantamento, preensão forçada ou trabalho com resistência nas primeiras várias semanas.
- **NÃO** inicie fortalecimento de preensão ou pinça até receber autorização, geralmente por volta das oito semanas.
- **NÃO** feche o punho completamente com força nem force o dedo precocemente; mova-se apenas nas amplitudes suaves e controladas que lhe forem demonstradas.
- Mantenha as articulações menores dos dedos em movimento para evitar rigidez; o endireitamento passivo suave ajuda nisso.

Para o manejo de feridas, edema e cicatrizes, consulte as orientações de [cuidados com a ferida](#) da clínica.

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material didático. 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 indicados. Os exercícios iniciais são realizados **com a talabarte em Y em uso**: flexões suaves das juntas dos dedos e flexões dos dedos que deslizam o tendão reparado por uma distância segura e controlada, sem sobrecarregá-lo. Os movimentos acoplados do punho e dos dedos, bem como o fortalecimento da preensão e da pinça, pertencem a fases posteriores e não devem ser iniciados até que você receba liberação específica para tal. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda na parte dorsal do dedo ou da mão.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico escalonado para reabilitação após reparo do tendão extensor (zonas IV a VII) utilizando **extensão de movimento relativo (RME)**. Esta seção deve ser fornecida ao seu terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está ocorrendo. O reparo é protegido por uma **tala de yoke** que mantém o MCP do dígito reparado **15 a 20 graus mais estendido** do que os dígitos adjacentes, descarregando o excursionamento ativo do extensor por meio do efeito quadriga e das juncturae tendineae, de modo que **o movimento ativo imediato é seguro**.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e o histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente em relação à(s) zona(s) reparada(s), tendão(ões) envolvido(s), força do reparo e se uma órtese de punho suplementar está indicada. A abordagem padrão do Dr. Hirpara para as zonas V e VI é yoke sozinho (tala de extensão de movimento relativo, MCP reparado mantido 15–20° mais estendido do que os vizinhos). Uma órtese de punho (~20–25° de extensão, nas primeiras ~3 semanas) é adicionada para a zona VII, reparos mais fracos ou pacientes não compliantes. Este protocolo é apenas para reparos extensores dorsais das zonas IV–VII, NÃO para mallet (zonas I–II) ou slip central/boutonnière (zona III).

FASE I – TALABARTE (± TALA DE PULSO), USO ATIVO IMEDIATO (SEMANAS 0 A 3)

As primeiras três semanas protegem a reparação com o talabarte, enquanto o paciente utiliza a mão ativamente desde o início. O desvio de extensão relativo de 15–20° descarrega a reparação, pelo que o deslizamento ativo controlado é incentivado desde o início. É permitido o uso funcional leve na tala; sem levantamento de peso ou preensão resistida.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Aplicar o **talabarte / tala de extensão de movimento relativo**: a articulação MCP do dito reparado mantida **15–20° mais em extensão** do que os ditos adjacentes; usar **tempo integral** - Adicionar uma **órtese de pulso (~20–25° de extensão)** apenas nas primeiras ~3 semanas para zonas VII / reparações mais fracas / pacientes não compliantes (o talabarte isolado é o padrão para as zonas V–VI) - **Incentiva-se o uso leve da mão na tala**; SEM levantamento de peso, preensão forçada ou trabalho resistido - Evitar o punho composto forçado; manter os intervalos de movimento controlados

Gestão - Ferida: curativos cirúrgicos conforme indicado; monitorizar infeção - Edema: elevação, bombeamento digital suave, gelo conforme necessário - Exercícios (na tala, a cada ~2 h): ativo **intrínseco-plus** (flexão da MCP com IPs em extensão) e **intrínseco-minus / gancho** (extensão da MCP com flexão dos IPs); **extensão passiva dos IPs** diariamente para prevenir rigidez dos IPs - Iniciar a gestão da cicatriz assim que a ferida estiver cicatrizada

Critérios para progressão - Ferida a estabilizar; sem desenvolvimento de lag extensor; movimento ativo controlado confortável na tala às ~3 semanas

FASE II – IMOBILIZAÇÃO DO PUNHO REMOVIDA, TALAS DE YOKE CONTINUA, MOVIMENTO ACOPLADO (SEMANAS 3 A 6)

A partir de aproximadamente três semanas, qualquer imobilização suplementar do punho é descontinuada (a talas de yoke continua em uso integral). O movimento acoplado do punho e dos dedos (tenodese) e a flexão/ extensão ativa composta são adicionados, aumentando o deslizamento dos tendões de forma controlada e segura para o reparo.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - ROM ativo e passivo (MCP e IP), lag extensor, dor e inchaço; revisão da ferida/cicatriz

Educação e precauções - Descontinuar a **imobilização do punho** suplementar (se foi utilizada); **continuar a talas de yoke em uso integral** - Progressão gradual do movimento; ainda SEM aderência resistida ou fortalecimento

Conduta - Exercícios: adicionar **movimento acoplado do punho e dos dedos (tenodese) e flexão/extensão ativa composta**; continuar deslizamento intrínseco-plus/intrínseco-minus e extensão passiva dos IP; uso funcional leve dentro da talas de yoke - Continuar a massagem cicatricial após a cicatrização

Critérios para progressão - ROM ativo composto progredindo até ~6 a 8 semanas; sem lag extensor; dor em resolução

FASE III – DESMAMAR O TALABARTE, FORTALECER, RETORNAR (SEMANAS 6 A 12)

A partir da quinta a sexta semana, o talabarte é descontinuado. O fortalecimento progressivo da preensão e da pinça inicia-se por volta das oito semanas, após a consolidação do reparo, evoluindo gradualmente até a retomada plena das atividades entre dez e doze semanas.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Amplitude de movimento (AM) ativa e passiva completa, lag extensor, força de preensão/pinça em comparação com o lado contralateral; testes funcionais e específicos para o trabalho, conforme apropriado

Educação e precauções - **Descontinuar o talabarte a partir da ~semana 5**, totalmente removido por volta da semana 6, conforme a mobilidade e o controle permitirem - Introduzir **fortalecimento progressivo da preensão/pinça a partir da semana 8** (não antes) - Aumentar a resistência gradualmente até a atividade plena entre **10 e 12 semanas**

Conduta - Exercícios: fortalecimento **gradual da preensão e da pinça** (compressão de bola/argila, pinça) a partir da semana 8; resistência progressiva; continuar qualquer trabalho residual de mobilidade e extensão das articulações interfalângicas - Considerar a alta quando a mobilidade e a força estiverem quase simétricas e o retorno funcional for alcançado - Considerar a reencaminhamento ao médico assistente se persistir lag extensor, estagnação da mobilidade ou se houver resultado insatisfatório

Critérios para retorno à atividade plena - AM completa e indolor, sem lag extensor significativo; preensão/pinça quase simétrica; ~10 a 12 semanas

Retornar ao trabalho e às atividades

O uso leve da mão na tala em Y (comer, escrever, vestir-se, cuidados pessoais leves) é incentivado desde o início, dentro do conforto, desde que não envolva levantamento de peso, preensão forçada ou trabalho resistido. O fortalecimento começa por volta das oito semanas, e a atividade plena e sem restrições retorna por volta de dez a doze semanas, após a consolidação da reparação e a restauração da amplitude de movimento e da força, conforme avaliado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, e não apenas pelo calendário.

Dirigir: o uso leve da mão na tala em Y é permitido, portanto a direção não é proibida, mas você deve ser capaz de segurar o volante e controlar o veículo com segurança, inclusive em situações de emergência. Para a maioria das pessoas, isso significa retomar a direção à medida que a tala em Y é descontinuada (por volta das seis semanas); pode ser antes, se você puder controlar o carro com conforto, e seu cirurgião confirmar quando for seguro para você.

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 as orientações de reabilitação publicadas após a reparação do tendão extensor com extensão de movimento relativo, e a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a evolução da sua mão.