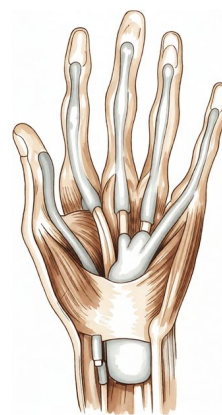


Reparo dos Tendões Flexores

Os tendões flexores que dobram seus dedos correm em bainhas apertadas ao longo da face palmar da mão; um tendão cortado é reparado e, em seguida, cuidadosamente protegido enquanto 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 flexor** no dedo (o cordão que percorre o lado palmar do dedo e o flexiona em direção à palma) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Inicia-se 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, de modo a que a sua reabilitação permaneça coordenada. O seu terapeuta da mão pode ajustar o plano, dependendo da 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

A reparação do tendão flexor sutura as extremidades cortadas do tendão para que o dedo possa dobrar novamente. A reparação é forte o suficiente para permitir movimento suave imediato, mas está mais fraca nas primeiras semanas enquanto o tendão se une, por isso todo o plano é construído em torno de o mover *o suficiente* para manter o deslizamento, sem nunca o carregar com força suficiente para romper as suturas.

Para isso, a sua mão é mantida em repouso numa tala leve especial chamada **tala curta de Manchester**. Ao contrário das talas mais antigas e volumosas, esta é *curta*, terminando na prega do pulso, deixando o pulso livre. Permite que o seu **pulso se mova completamente para a frente e para trás até cerca de 45 graus**, enquanto um pequeno bloco impede que os nós dos dedos se estendam além de cerca de 30 graus e deixa as articulações dos dedos livres para se moverem. Usa-a **24 horas por dia durante seis semanas**, retirando-a apenas conforme instruído para os exercícios e para lavar.

A parte inteligente é a forma como o pulso é utilizado. Quando **dobra o pulso para a frente**, o dedo se estende quase automaticamente (isto é chamado de efeito tenodésico), permitindo-lhe abrir o dedo completamente sem que os seus próprios músculos o forcem. Quando **dobra o pulso para trás**, torna-se mais fácil e seguro encurvar

suavemente o dedo. Mover-se desta forma mantém o tendão a deslizar e, crucialmente, impede que o dedo se enrole numa posição rígida e fletida, o problema mais comum após este tipo de reparação.

Os exercícios precoces (a partir do dia 4–5) são suaves e específicos: dobrar o dedo passivamente primeiro, depois um leve encurvamento ativo em ‘gancho’ começando na ponta do dedo, e depois estender o dedo com o pulso fletido. Não há **aperto forte nem movimento forçado** durante seis semanas. A tala é retirada às seis semanas, inicia-se o fortalecimento leve, e a maioria das pessoas regressa ao uso completo e sem restrições da mão entre **dez a doze semanas**.

Precauções e limitações

- Use a **tala curta de Manchester em tempo integral durante seis semanas**: retire-a apenas para os seus exercícios e para a higiene, conforme instruído.
- **NÃO** feche o punho com força e **NÃO** segure, levante, puxe ou transporte nada com a mão operada durante as primeiras seis semanas: a sobrecarga pode provocar a rutura da reparação.
- **NÃO** force o dedo a ficar reto nem o force a ficar fletido; mantenha todos os movimentos suaves, dentro da amplitude que lhe foi demonstrada.
- Pode utilizar a mão para tarefas muito leves e seguras **excluindo o dedo lesionado**, desde que nada o puxe ou tensionem.
- Um estalido ou uma perda súbita de resistência com perda da flexão do dedo pode indicar que o tendão se rompeu: contacte a clínica imediatamente se tal acontecer.
- **NÃO** conduza enquanto estiver com a tala; a condução só pode ser retomada após a remoção da tala (cerca de seis semanas), quando a sua força de preensão e controlo forem adequados e tiver recebido autorização.

Para a gestão da ferida, do edema e da cicatriz, consulte as orientações da clínica sobre [cuidados com a ferida](#).

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 indicados. Cada sessão segue a mesma ordem segura: **flexione suavemente o dedo passivamente primeiro**, depois realize seu **curl ativo em forma de gancho e deslizes tendinosos**, e, em seguida, **estique o dedo com o punho fletido** para evitar que ele fique rígido em posição de flexão. Mantenha todos os movimentos leves: trata-se de deslizamento, não de fortalecimento. A técnica de colocar e segurar (place-and-hold) e o bloqueio pertencem a fases posteriores e só devem ser iniciados quando seu terapeuta da mão os introduzir. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda sobre a área da reparação e nunca feche o punho em punho fechado antes de receber autorização.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico em fases para reabilitação após reparo dos tendões flexores utilizando a **tala curta de Manchester e um regime de movimento ativo precoce (MAP)**. Esta seção deve ser fornecida ao seu terapeuta da mão, e cada fase começa com uma explicação em linguagem simples do que está ocorrendo. O reparo está em seu estado mais frágil nas primeiras semanas e é submetido a carga por meio da **flexão ativa e resistida dos dedos (um punho fechado)**; portanto, o protocolo protege contra a flexão vigorosa, enquanto estimula deliberadamente o deslizamento do tendão e a extensão ativa das articulações interfalângianas para prevenir a contratura de flexão, que é a principal complicação incômoda.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e o histórico médico, e entre em contato com o cirurgião responsável quanto à zona de lesão, à configuração e à resistência do ponto de sutura central, a qualquer ventilação das polias e ao reparo concomitante do nervo digital. Os reparos dos flexores realizados pelo Dr. Hirpara são manejados com uma tala dorsal curta de Manchester (que termina na prega do pulso), permitindo flexão e extensão completas do pulso até 45°, com as articulações metacarpofalângianas bloqueadas em 30° de flexão e as articulações interfalângianas livres, usada em tempo integral por seis semanas. Gutterres de extensão noturna são adicionados apenas se uma deformidade de flexão interfalângiana se desenvolver.

FASE I – MOVIMENTO ATIVO PRECOCE NA TALA CURTA DE MANCHESTER (SEMANAS 0 A 6)

As primeiras seis semanas protegem a consolidação da reparação, mantendo o deslizamento do tendão e evitando que o dedo fique rígido em contratura de flexão. A mão é imobilizada em tempo integral na tala curta de Manchester (flexão completa do punho, extensão até 45°, bloqueio das MCPs a 30°, IPs livres). O movimento ativo inicia-se por volta do 4.º–5.º dia. Cada sessão segue uma ordem estabelecida: flexão passiva dos IPs primeiro, em seguida punho de gancho ativo iniciando na DIP com o punho em extensão, e depois extensão ativa dos IPs com o punho em flexão (sinergismo, anti-contratura). Não é permitido movimento forçado até ao fim do arco e não há flexão resistida.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Imobilização **em tempo integral na tala curta de Manchester**: flexão completa do punho, **extensão até 45°**, **MCPs bloqueadas a 30°**, IPs livres; remover apenas para exercícios e higiene - Iniciar MAO a partir do **4.º–5.º dia** - **Sem flexão forçada até ao fim do arco e sem flexão resistida**; sem preensão, levantamento ou puxar - Utilização leve e “segura” da mão, **excluindo o dedo lesionado** - Goteira de extensão noturna apenas se se iniciar o desenvolvimento de uma deformidade de flexão do IP

Gestão - Ferida: curativos cirúrgicos conforme indicado; monitorizar infeção - Edema: elevação, controlo suave do edema digital, gestão do risco de aderências - Sequência de exercícios em cada sessão: (1) **flexão passiva completa dos IPs primeiro**; (2) **punho de gancho ativo iniciando na DIP com o punho em extensão a 45°**; (3) **extensão ativa do dedo com o punho em flexão** (sinergismo/tenodese, anti-contratura); adicionar **colocar e segurar** num punho leve, conforme orientação - Reavaliação pela terapia da mão **semanalmente** durante esta fase

Critérios para progressão - Ferida cicatrizada; reparação íntegra às seis semanas; deslizamento do tendão mantido; sem contratura significativa de flexão do IP

FASE II – FORA A TALA, TRABALHO DE TECIDOS MOLES E CICATRIZ (SEMANA 6)

Ao sexto semana, a tala é removida. O foco muda para a recuperação da amplitude de movimento passiva e ativa completa, liberação de qualquer rigidez inicial e manejo da cicatriz. O fortalecimento ainda não foi iniciado; uma tala de extensão noturna é usada apenas se permanecer um déficit de flexão residual.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Amplitude de movimento (AM) ativa e passiva nas articulações MCP/PIP/DIP; presença de qualquer contratura de flexão das IP; qualidade do deslizamento tendinoso (avaliar por aderências); revisão da cicatriz e da ferida

Educação e precauções - **Tala descontinuada na sexta semana** (tala de extensão noturna apenas para déficit residual de flexão das IP) - Progressão para uso funcional leve; ainda **sem preensão resistida ou carga**

Manejo - Alongamento de tecidos moles para restaurar a flexão e extensão compostas completas; iniciar **manejo da cicatriz** após a cicatrização - Continuar os deslizamentos tendinosos; introduzir **bloqueio** se as aderências estiverem limitando o deslizamento diferencial - Progressão para uso funcional leve da mão

Critérios para progressão - Ferida e cicatriz estabilizadas; AM passiva quase completa; deslizamento mantido; pronto para fortalecimento gradual

FASE III – FORTALECIMENTO E RETORNO (SEMANAS 6 A 12)

Com o reparo mais maduro, o alongamento graduado e o fortalecimento progressivo começam e são intensificados gradualmente até o uso irrestrito. Espera-se o retorno à atividade plena e irrestrita por volta de dez a doze semanas, com base em critérios.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - ROM composto e qualquer contratura residual; força de preensão e pinça em comparação com o lado contralateral; resposta do reparo à carga graduada

Educação e precauções - Iniciar **alongamento graduado e fortalecimento progressivo** por volta das seis semanas; aumentar a carga gradualmente - Evitar preensão máxima súbita ou carga resistida até que a força seja reconstruída

Conduta - Fortalecimento progressivo da preensão e da pinça (massa de modelar → resistência graduada); continuar o alongamento para qualquer rigidez residual; continuar o trabalho cicatricial conforme necessário - Avançar para **atividade plena / irrestrita em 10–12 semanas** - Considerar a alta quando o ROM e a força forem funcionais e um retorno adequado à atividade for alcançado; encaminhar de volta ao cirurgião tratante se a recuperação estagnar ou se persistir uma contratura de flexão

Critérios para retorno à atividade plena - ROM composto funcional; força de preensão e pinça adequada e quase simétrica; uso irrestrito sem dor, tipicamente por volta de 10–12 semanas

Retornar ao trabalho e às atividades

Recomenda-se o uso leve e seguro da mão (**excluindo o dedo lesionado**) desde o início, dentro da tala, desde que nada puxe, prenda ou sobrecarregue a reparação. Planeie obter ajuda nas primeiras semanas, pois **não deve pregar, levantar ou transportar objetos com a mão operada durante as primeiras seis semanas**. A tala é removida por volta das seis semanas, e o fortalecimento leve inicia-se a partir desse momento.

Como **não deve conduzir enquanto usa a tala dorsal**, organize transporte para as primeiras seis semanas. A condução retoma **após a remoção da tala (cerca de seis semanas)**, quando a sua força de preensão e controlo dos dedos forem adequados e tiver sido autorizado na consulta de seguimento. **O retorno à atividade plena e sem restrições, incluindo preensão firme e tarefas mais pesadas, é esperado entre dez a doze semanas**, sendo progressivo e avaliado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão com base no movimento e na força do dedo, e não apenas no calendário.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte também [o controlo da dor pós-operatória](#), [os cuidados com a ferida](#) e [a gestão da cicatriz](#). O plano por fases acima apresentado reflete as orientações publicadas de reabilitação com movimento ativo precoce após reparação dos tendões flexores, e a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu dedo.