

Dedo de martelo

Em um dedo em martelo, o tendão extensor terminal se descola na última articulação (a DIP), de modo que a ponta do dedo fica caída e não consegue se estender ativamente; o tratamento consiste em imobilizar essa articulação em extensão, sem interrupções, durante o processo de cicatrização.

Holly Cheng / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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 de um **dedo em martelo** (uma ponta do dedo caída causada por lesão no tendão que estende a última articulação do dedo), sob os cuidados do Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. A maioria dos dedos em martelo é tratada sem cirurgia, utilizando uma tala que mantém a ponta do dedo estendida enquanto ele cicatriza. O programa começa com o seu plano 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 para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano dependendo de como a sua recuperação progride.

Se tiver alguma preocupação sobre o dedo, a pele sob a tala ou o seu progresso, entre em contato com a clínica. Muitas vezes, é útil tirar uma foto e enviá-la por e-mail para avaliação.

O que esperar

Um dedo em martelo ocorre quando o **tendão extensor terminal** (o tendão fino que estende a articulação mais distal do dedo, a DIP mais próxima da unha) se descola do osso. Geralmente segue-se a uma flexão forçada de uma ponta de dedo reta, como quando uma bola ou um golpe “trava” a extremidade do dedo. Por vezes, o tendão arranca um pequeno fragmento ósseo consigo (um **martelo ósseo**); noutras ocasiões, o tendão rompe por si só (um **martelo tendinoso**). De qualquer forma, o resultado é o mesmo: a ponta do dedo fica caída e não consegue endireitar por si, embora o resto do dedo funcione normalmente.

A boa notícia é que esta lesão cicatriza de forma muito fiável apenas com imobilização; a cirurgia não é necessária para a maioria das pessoas. Todo o tratamento assenta num único princípio simples:

- **A articulação da ponta do dedo deve manter-se completamente reta, sem interrupções, enquanto o tendão cicatriza.** Uma tala mantém a última articulação reta (ou ligeiramente em extensão) para que as extremidades rompidas possam unir-se. Deve ser usada em tempo integral (dia e noite) durante cerca de oito semanas para um martelo tendinoso ou cerca de seis semanas para um martelo ósseo.

- **A ponta do dedo nunca deve permitir flexão durante este período.** Se a ponta cair mesmo que brevemente (por exemplo, ao trocar a tala ou ao lavar), a cicatrização interrompe-se e o tempo de tratamento recomeça do zero. Por este motivo, o cuidado com que mantém a ponta reta é o fator mais importante para a recuperação do dedo.
- **As outras articulações do dedo permanecem livres e continuam em movimento.** A articulação média (PIP) e a articulação metacarpofalângica (MCP) ficam excluídas da tala e devem ser mobilizadas livremente desde o início; movê-las não perturba a cicatrização da ponta.

Após o período de uso integral, a tala é gradualmente descontinuada (primeiro apenas para uso noturno e em situações de risco, depois totalmente removida) enquanto lentamente recomeça a flexionar a ponta. É normal ficar com uma ligeira queda permanente de cerca de cinco a dez graus; isto é esperado, geralmente não afeta a funcionalidade do dedo e a maioria das pessoas fica muito satisfeita com o resultado.

Precauções e limitações

- **NUNCA deixe a ponta do dedo dobrar** durante a fase de uso da tala, nem que seja por um segundo ao lavar ou trocar a tala. Se ela cair, o processo de cicatrização reinicia e o período de uso da tala recomeça.
- **Use a tala o tempo todo** (dia e noite) durante todo o período determinado pelo seu terapeuta: cerca de 8 semanas para mallet tendinoso, cerca de 6 semanas para mallet ósseo.
- Retire a tala apenas para limpar e secar a pele, e somente se conseguir manter a ponta totalmente reta o tempo todo (apoie-a plana sobre uma mesa ou segure-a reta com a outra mão).
- **Mantenha a articulação média e a articulação metacarpofalângica em movimento livre** desde o início; apenas a articulação mais distal é mantida imóvel.
- **Verifique a pele diariamente.** Informe o seu terapeuta da mão se a pele sobre a parte dorsal da articulação ficar pálida, branca ou dolorida; a tala pode estar mantendo a ponta excessivamente estendida e precisar de ajuste.
- Não comece a dobrar a ponta do dedo até que o seu terapeuta da mão inicie a fase de desmame.

Para o manejo de feridas, edema e pele, consulte as orientações de [cuidados com feridas](#) da prática.

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material didático. O exercício mais importante de todos é simplesmente usar a tala corretamente e manter a ponta do dedo reta a todo momento; tudo o resto é construído em torno disso. No início, sua tarefa é manter a tala no lugar, manter a pele saudável e manter as outras articulações dos dedos em movimento livre. Os exercícios suaves de flexão da ponta do dedo e de extensão bloqueada pertencem à fase posterior de desmame e não devem ser iniciados até que seu terapeuta da mão os comece especificamente. Interrompa qualquer coisa que faça a ponta do dedo cair e volte ao uso da tala em tempo integral.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico em fases para a reabilitação guiada por talas de dedo em martelo. Esta seção deve ser fornecida ao terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está ocorrendo. A cicatrização depende da **extensão do DIP ininterrupta**: o tendão terminal (ou o fragmento ósseo avulsionado) só se une se o DIP nunca for permitido a flexionar durante o período de imobilização, enquanto o PIP e o MCP são mantidos livres, pois seu movimento não perturba a cicatrização do tendão terminal. **A adesão do paciente é o principal fator determinante do resultado.**

Antes do tratamento, confirme se o dedo em martelo é tendinoso ou ósseo e revise as imagens. Uma órtese de extensão do DIP é utilizada: Stack, termoplástica ou de alumifoam volar/dorsal; o tipo de talas não faz diferença significativa no resultado, portanto, escolha com base no ajuste, tolerância da pele e adesão. Mantenha o DIP em extensão completa ou leve hiperextensão, mas EVITE hiperextensão excessiva (risco de branqueamento/úlceras da pele dorsal). Para um dedo em martelo ósseo, prefira um DIP reto/neutro em vez de hiperextensão para evitar a subluxação volar da falange distal. O PIP é sempre deixado livre.

FASE I – IMOBILIZAÇÃO CONTÍNUA EM EXTENSÃO COM TALA (SEMANAS 0 A 6/8)

A articulação da ponta do dedo é mantida continuamente em extensão, dia e noite, para que o tendão ou o fragmento ósseo cicatrize. A tala só é removida para cuidados com a pele, e apenas mantendo a DIP em extensão durante todo o período; qualquer episódio único de flexão da DIP reinicia o relógio de cicatrização. A PIP e a MCP movem-se livremente.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Ajustar uma **órtese de extensão da DIP** (Stack/termoplástico/alumifoam), com a DIP em extensão completa ou ligeira hiperextensão; **evitar hiperextensão excessiva** (branqueamento da pele/úlceras); **mallet ósseo** → **extensão reta/neutra**, não hiperextensão (risco de subluxação) - **Uso contínuo**: tendinoso ~8 semanas, ósseo ~6 semanas; a DIP **nunca** deve flexionar durante esta janela - Ensinar a técnica de **troca da tala em superfície plana** para que a DIP nunca seja permitida a cair; se o paciente não conseguir manter a extensão, o terapeuta realiza as trocas - **PIP e MCP deixadas livres** e movidas ativamente desde o dia 1

Gestão - Pele: inspeção diária sobre a DIP dorsal e a prega ungueal; ajustar a órtese se houver branqueamento/pressão; manter limpa e seca - Edema: elevação; movimento suave das articulações proximais - Exercícios: amplitude de movimento (ADM) ativa completa da PIP e MCP; **sem movimento da DIP** - Mallet ósseo: manter vigilância radiográfica durante a imobilização (alinhamento/subluxação), pois a imobilização é não inferior à pinagem para o lag extensor, mas a posição do fragmento deve ser monitorizada

Critérios para progressão - Período de uso contínuo concluído (tendinoso ~8 semanas / ósseo ~6 semanas) sem **lag extensor da DIP** além de uma quantidade aceitável, e pele saudável

FASE II – DESMAME E INÍCIO DO MOVIMENTO CONTROLADO DA DIP (SEMANAS 6/8, DEPOIS +2 A 6)

Uma vez concluído o período de uso integral e não houver, ou houver apenas, atraso extensor aceitável, a tala é descontinuada para uso noturno e em atividades de risco, enquanto se inicia a flexão controlada e suave da DIP.

O uso noturno da tala pode ser considerado opcional (um estudo de Nível-I demonstrou que não é essencial) e é utilizado de forma pragmática. Se um atraso significativo recidivar, o paciente retorna ao uso integral de tala em extensão.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Atraso extensor ativo da DIP (graus) e flexão ativa; pele; confiança do paciente em manter a ponta fora da tala

Educação e precauções - Desmame para uso noturno + tala em atividades de alto risco por mais cerca de 2 a 6 semanas; uso noturno opcional conforme evidências atuais - **Se o atraso extensor >20° recidivar após o uso da tala, retomar o uso integral de tala em extensão por ~4 a 6 semanas**

Conduta - Exercícios: iniciar **flexão ativa suave e graduada da DIP** (pequena amplitude inicialmente) e **extensão ativa bloqueada da DIP** (estabilizar a PIP, estender a DIP); progredir a amplitude de flexão conforme o atraso permitir - Reduzir o uso diurno da tala assim que a DIP mantiver a extensão ativamente sem atraso, ou com atraso aceitável ($\leq 10-20^\circ$) - Continuar o movimento completo da PIP/MCP; cuidados com cicatrizes/pele conforme necessário - Mallets crônicos ou de apresentação tardia ainda respondem ao uso de tala em extensão; o início tardio não é uma contraindicação

CrITÉRIOS para progressão - A DIP mantém a extensão ativa com atraso aceitável; flexão controlada e sem dor da DIP recuperada; pele íntegra

FASE III – FORTALECIMENTO E RETORNO (A PARTIR DAS SEMANAS 8 A 12)

Com o tendão cicatrizado e o movimento ativo recuperado, o dedo é descontinuado completamente do uso da tala e iniciam-se o fortalecimento gradual e o retorno às atividades. Espera-se um pequeno déficit permanente de extensão (média de $\sim 8^\circ$), compatível com um excelente resultado funcional.

Para o terapeuta da mão:

Avaliações - Déficit de extensão ativa na DIP e arco de flexão; força de preensão; prontidão para carga e esporte

Educação e precauções - Uso diário sem tala; **uso de tala protetora para esportes de contato** durante o retorno - Orientar que um déficit residual de extensão de $\sim 5-10^\circ$ é normal e não afeta a satisfação

Conduta - Exercícios: fortalecimento gradual de preensão e pinça; amplitude de movimento completa dos dedos; progressão específica para tarefas e esporte - Retorno ao esporte/trabalho pesado a partir de ~ 8 a 12 semanas, com base em critérios (tala protetora para esportes de contato) - Alta quando a força e a função forem adequadas e o déficit estiver estável; encaminhar de volta se um déficit acentuado persistir ou recidivar

Retornar ao trabalho e às atividades

O uso leve da mão com tala é permitido desde o início: a tala permanece no lugar, a ponta do dedo mantém-se reta e pode usar a mão para tarefas do dia a dia dentro desse limite. Uma tala pequena para a ponta do dedo geralmente não impede a condução quando conseguir agarrar o volante e controlar o veículo com segurança,

mas confirme esta questão com o Dr. Hirpara na sua consulta de revisão. A capacidade de agarrar e o fortalecimento aumentam entre as seis e as oito semanas, à medida que a tala é gradualmente retirada. O retorno ao desporto e a trabalhos manuais mais pesados ocorre geralmente entre as oito e as doze semanas, sendo avaliado com base na recuperação do movimento controlado e não apenas no calendário, sendo usada uma tala protetora durante a prática de desportos de contato nesse período. Espere uma ligeira queda permanente da ponta do dedo de cerca de cinco a dez graus; isto é normal, não afeta o funcionamento da mão e a maioria das pessoas mal nota.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#), [o cuidado com a ferida](#) e [o manejo da cicatriz](#). O plano em fases acima reflete as diretrizes publicadas para a imobilização com talas do dedo em martelo, e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a evolução da sua ponta do dedo.

Uma nota se o seu dedo em martelo for tratado cirurgicamente

A maioria dos dedos em martelo nunca precisa de cirurgia. A cirurgia é considerada apenas para um **dedo em martelo ósseo** quando a fratura envolve uma grande parte da superfície articular (mais de cerca de um terço) ou quando a última articulação está a deslocar-se (subluxação volar). Quando a fixação é realizada, é comum ser uma **osteossíntese com fios de Kirschner (técnica de Ishiguro) em bloco de extensão**, por vezes com um fio temporário atravessado na articulação da ponta do dedo para a manter em extensão. Esse fio é geralmente mantido durante cerca de quatro a seis semanas e removido por volta das cinco a seis semanas, altura em que se inicia o movimento ativo da ponta do dedo e pode ser usado uma taloa noturna durante mais quatro semanas. As evidências demonstram que a imobilização com taloa é não inferior à fixação com fios quanto ao grau final de queda, pelo que a cirurgia está reservada às situações específicas acima referidas, em vez de ser utilizada de rotina.