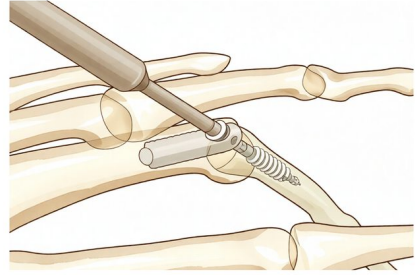


Fusão da Articulação Interfalangeana Proximal



A fusão da articulação da PIP fixa a articulação do dedo médio desgastada ou instável em uma posição funcional e levemente flexionada; as articulações da articulação metacarpofalângica e da ponta do dedo continuam em movimento.

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 **fusão (artrodese) da articulação interfalângica proximal (PIP)** (a articulação média de um dedo) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Começa com o seu programa de exercícios domiciliares, seguido pelo protocolo clínico estruturado escrito **para o seu fisioterapeuta de mão**: leve esta página ou o seu PDF à sua primeira sessão de terapia para que a reabilitação permaneça coordenada. O seu fisioterapeuta de 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 artrodese da articulação da IP proximal (PIP) une firmemente uma articulação do dedo médio desgastada ou instável, de modo que ela deixe de se mover. A articulação é posicionada em uma **posição funcional, ligeiramente flexionada**, e não totalmente estendida: a flexão é suave nos dedos indicador e médio (cerca de 15–20°) e aumenta em direção ao lado do dedo mínimo da mão (cerca de 25–40° nos dedos anelar e mínimo), seguindo o cascata natural que os dedos formam ao serem flexionados. A articulada artrodese é mantida no lugar por um pequeno implante (um fio de banda de tensão, um parafuso sem cabeça, fios de Kirschner ou uma pequena placa) que mantém esse ângulo estável até que os ossos se unifiquem na artrodese.

Esta operação é frequentemente escolhida para os **dedos indicador e médio**, onde uma articulação estável para o **pinçamento** é mais importante do que o movimento na articulação média. A articulação da IP proximal deve

ficar rígida após a cirurgia: esse é o objetivo da operação. Portanto, ao contrário do reparo de tendões ou ligamentos, a recuperação não visa recuperar o movimento nessa articulação; trata-se de **proteger a artrodese até que os ossos se unifiquem**, enquanto mantém todas as outras articulações da mão em movimento livre.

O plano é baseado em quatro princípios:

- **Proteger a artrodese até que os ossos se unifiquem.** A união óssea geralmente leva cerca de seis semanas, podendo variar de nove a doze semanas. Até lá, a articulação artrodeseada é suportada por uma tala.
- **Manter o movimento de tudo o mais desde o primeiro dia:** a articulação da ponta do dedo, a articulação metacarpofalângica, os dedos vizinhos, o polegar e o punho, para que os tendões não aderam e o restante da mão não fique rígido.
- **Controlar o inchaço e a cicatriz** nas primeiras semanas.
- **Restaurar a força de preensão e o pinçamento após a união da artrodese.** Não fume: sabe-se que o tabagismo retarda a cicatrização óssea e atrasa a união da artrodese.

Precauções e limitações

- **NÃO aplique carga, prenda ou belisque com força através do dedo operado** até que a fusão óssea esteja consolidada (geralmente cerca de seis semanas, por vezes mais): aplicar carga antes da união óssea completa coloca em risco a consolidação da fusão.
- **Mantenha a articulação fundida completamente imóvel** na tala, conforme orientado; não tente “testar” ou dobrá-la.
- **Mantenha todas as outras articulações em movimento** desde os primeiros dias: articulação da ponta do dedo, articulação metacarpofalângica, outros dedos, polegar e punho.
- Mantenha a tala **limpa e seca**, use-a conforme orientado e cuide da ferida e de qualquer ponto de fixação dos pinos.
- **NÃO conduza** enquanto não conseguir controlar o volante com segurança, geralmente até ficar sem a tala, por volta das quatro a seis semanas.
- **Não fume:** o tabagismo atrasa a união óssea.

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

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material didático. Inicie-os apenas conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, respeitando os limites que foram estabelecidos. Os exercícios iniciais mantêm a articulação da ponta do dedo, a articulação metacarpofalângica (nó) e todos os seus outros dedos, polegar e punho em movimento, **sem mover ou sobrecarregar a articulação fundida**, que permanece imóvel na sua tala. A massagem cicatricial inicia-se após a cicatrização da ferida. O fortalecimento da pinça e da preensão pertence a

uma fase posterior e não deve ser iniciado até que a fusão esteja consolidada e você receba liberação específica para tal. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda na articulação fundida.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico escalonado para reabilitação após artrodese da articulação interfalângica proximal (PIP). 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. A fusão deve ser protegida contra carga até a **união óssea** (tipicamente ~6 semanas, até 9–12 semanas); o princípio orientador é **“proteger a articulação fundida, mobilizar tudo o mais”**: DIP, MCP, dígitos adjacentes, polegar e punho movem-se desde o primeiro dia para prevenir aderências tendinosas e rigidez, com o edema e a cicatriz sendo manejados precocemente e a força de preensão/restauração da pinça sendo restabelecidas apenas após a união.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e seu histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente quanto à fixação utilizada (arame em banda de tensão, parafuso intramedular sem cabeça, fios de Kirschner ou placa), o ângulo de fusão estabelecido e se os fios de Kirschner estão enterrados ou devem ser removidos. O Dr. Hirpara realiza a artrodese da PIP em uma posição flexionada funcional que aumenta a inclinação ulnar ao longo da mão (índice/médio $\approx 15\text{--}20^\circ$, anelar/mínimo $\approx 25\text{--}40^\circ$), mais frequentemente para o dedo índice/médio, onde a estabilidade da pinça lateral supera o movimento da PIP. A articulação fundida é mantida em uma tala até a união radiográfica; a base de evidências é de baixo nível (séries de casos de nível-4 e consenso de especialistas), portanto os prazos são individualizados, não sendo limiares graduados.

FASE I – PROTEGER E ESTABILIZAR (SEMANAS 0 A 2)

As primeiras duas semanas protegem a fusão e controlam o inchaço e a ferida, enquanto todas as outras articulações da mão começam a mover-se imediatamente.

Para o seu terapeuta da mão:

Imobilização - Tala voar aguda dos dedos ou gesso que abranja as **MCP e PIP**, mas **deixando a DIP livre** - PIP fundida mantida imóvel; elevação para o edema

Educação e precauções - **Sem preensão, pinça ou carga** através do dedo operado - Manter a tala limpa e seca; proteger a ferida e quaisquer pontos de fixação dos pinos

Gestão - Ferida: curativos cirúrgicos conforme indicado; monitorizar infecção e pontos de fixação dos pinos se foram utilizadas agulhas de Kirschner - Edema: elevação, bombeamento suave das articulações livres, gelo conforme necessário - Exercícios: desde o **dia um**, movimento ativo de todas as articulações **não fundidas**: dedos adjacentes (punho fechado completo/extensão), polegar, punho; iniciar movimento ativo da **DIP** do dedo operado **nos primeiros dias**; deslizes tendinosos dos dígitos adjacentes; **sem movimento ou carga na PIP fundida**

CrITÉRIOS para progressão - Ferida a estabilizar; inchaço controlado; pronto para uma tala personalizada definitiva por volta das 1–2 semanas

FASE II – TALA TERMOPLÁSTICA PERSONALIZADA E MOVIMENTO ATIVO DAS ARTICULAÇÕES LIVRES (SEMANAS 2 A 6)

A partir de aproximadamente duas semanas, uma tala termoplástica personalizada suporta a articulação fundida, enquanto liberta as articulações adjacentes para movimento ativo. O **DIP e o MCP** do dedo operado são exercitados fora da tala; o PIP fundido permanece protegido. Ainda não há preensão resistida, pinça ou carga.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - ROM das articulações adjacentes, edema, revisão da ferida/cicatriz; confirmar que a fixação está estável com base clínica e conforme o cirurgião

Imobilização - Transição para uma **tala termoplástica personalizada** que suporta o PIP fundido, libertando as articulações adjacentes; **imobilização protetora contínua até ~6 semanas**

Educação e precauções - **Sem preensão resistida, pinça ou carga** no dedo operado até à consolidação - Fora da tala apenas para exercícios

Gestão - Exercícios: **movimento ativo do DIP e do MCP do dedo operado fora da tala** (DIP iniciado nos primeiros dias, MCP adicionado nesta fase); deslizamentos tendinosos dos dígitos adjacentes; continuação do movimento do polegar/punho/dedos adjacentes; iniciar **gestão da cicatriz e do edema** após a cicatrização da ferida - **Sem preensão resistida/pinça/carga**

CrITÉRIOS para progressão - **Consolidação radiográfica** (tipicamente por volta das 6 semanas, até 9–12); articulação fundida clinicamente e radiologicamente estável antes de qualquer carga

FASE III – DESMAMAR O TALABARTE E PROGREDIR PARA USO LEVE (A PARTIR DE ~6 SEMANAS, APÓS CONSOLIDAÇÃO)

Uma vez que a fusão tenha consolidado (geralmente por volta de seis semanas), o talabarte é descontinuado progressivamente, introduz-se o uso funcional leve e reconstruem-se gradualmente a pinça, a oposição e a preensão. Os fios de Kirschner, se utilizados, são tipicamente removidos por volta das seis semanas.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Confirmar a consolidação radiográfica com o cirurgião; força de preensão/pinça em comparação com a outra mão; amplitude de movimento das articulações livres; cicatriz

Educação e precauções - Descontinuar e **reduzir o uso do talabarte** após confirmação da consolidação; remover o fio de Kirschner ~6 semanas, se utilizado - Progredir a carga gradualmente: uso leve primeiro, depois pinça/preensão graduada

Gestão - Exercícios: progredir para **uso funcional leve** → **pinça, oposição e preensão**; iniciar **fortalecimento de preensão/pinça** (bola/argila, pinça lateral) e construir gradualmente; continuar trabalho na cicatriz - Talabarte descontinuado após consolidação radiográfica

CrITÉRIOS para progressão - Fusão consolidada a tolerar carga leve sem dor; talabarte descontinuado; pronto para fortalecimento progressivo

FASE IV – FORTALECIMENTO PROGRESSIVO E RETORNO (A PARTIR DE ~8-12 SEMANAS)

Com a fusão consolidada e o uso leve restabelecido, o fortalecimento e a carga são progressivamente aumentados, e o retorno ao esporte, a atividades pesadas ou manuais é gradualmente introduzido. O resultado final estabilizado é alcançado por volta de nove a doze meses.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Força de preensão e de pinça em comparação com o lado contralateral; testes funcionais e específicos para trabalho/esporte, conforme apropriado

Educação e precauções - Aumentar gradualmente a carga resistida; a articulação fundida é permanentemente rígida por design; focar o fortalecimento na preensão e na pinça lateral

Conduta - Exercícios: **fortalecimento progressivo e carga** da preensão e da pinça; retorno gradual a **esportes, tarefas pesadas e manuais** - Considerar a alta quando a força for funcional e próxima da simetria; encaminhar de volta ao médico assistente se a recuperação estagnar

CrITÉRIOS para retorno - Articulação fundida estável e sem dor sob carga; força adequada de preensão/pinça para a tarefa, avaliada clinicamente e não pelo calendário; **resultado final estabilizado em 9-12 meses**

Retorno ao trabalho e às atividades

O uso leve das mãos nas atividades diárias, com o restante da mão, é incentivado desde o início, dentro dos limites do conforto; a restrição principal é **não realizar preensão, pinçamento ou carga através do dedo operado até que a fusão óssea esteja consolidada**. Como você não deve dirigir enquanto não conseguir controlar o volante com segurança, planeje ajuda para o transporte nas primeiras semanas; **a condução de veículos geralmente é retomada por volta de quatro a seis semanas**, após a retirada da tala e quando for possível controlar o veículo com segurança.

Após a consolidação (por volta de seis semanas), você pode iniciar **uso leve e preensão suave**. **Levantar, preensão e pinçamento** são progressivamente intensificados a partir de aproximadamente **oito semanas**, e a **atividade completa ou prática esportiva** a partir de aproximadamente **doze semanas**. A fusão continua a se estabilizar por vários meses, portanto, o **resultado final, totalmente consolidado, ocorre por volta de nove a doze meses**. Esses prazos são **orientações baseadas em consenso de especialistas de uma única clínica** (típicos e individualizados, não limiares graduados), e seu progresso é avaliado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão de acordo com a cicatrização da fusão, e não apenas pelo calendário.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte também [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 sobre reabilitação após artrodese da articulação interfalângica proximal (PIP), e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a forma como seu dedo cicatriza.