

Substituição da Articulação da PIP

Uma articulação interfalângica proximal (PIP) desgastada (a articulação intermediária do dedo) é substituída por um espaçador flexível de silicone que funciona como uma dobradiça, proporcionando alívio confiável da dor e uma amplitude útil de flexão.

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 **substituição da articulação média desgastada de um dedo** (a articulação interfalângica proximal (PIP), a articulação média do dedo) com um espaçador flexível de silicone, realizada pelo Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Inicia-se com o seu programa de exercícios em casa, seguido pelo protocolo clínico estruturado, redigido para o seu fisioterapeuta da mão. Traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira consulta de terapia, para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu terapeuta 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 articulação média do seu dedo desgastou-se devido à artrite, o que causa dor e rigidez. Nesta operação, as superfícies articulares desgastadas são removidas e um **espaçador de silicone flexível** (um implante do tipo Swanson) é colocado entre os dois ossos. O espaçador não é uma articulação mecânica rígida; é um espaçador flexível que mantém os ossos afastados, permite a flexão do dedo e possibilita que o seu próprio tecido cicatricial forme uma nova bainha de suporte à sua volta. O benefício principal e mais fiável é o **alívio da dor**. Deve também esperar um **arco útil e modesto de flexão (geralmente entre 40 e 60 graus)** em vez de uma amplitude de movimento completa e normal. A maioria das pessoas fica muito satisfeita porque a dor desaparece e o dedo torna-se confortável para utilizar.

O aspeto mais importante da sua recuperação é a via de acesso cirúrgica utilizada, pois isso determina a rapidez com que pode começar a mover o dedo:

- **Pela frente (lado da palma, abordagem volar):** o tendão extensor na parte dorsal do dedo é deixado completamente íntegro. Como nada na parte de trás precisa de cicatrizar, pode geralmente começar a mover o dedo dentro de alguns dias.

- **Pelo dorso (abordagem dorsal):** o tendão extensor (o deslizamento central) tem de ser dividido ou levantado para aceder à articulação, sendo depois reparado. Essa reparação deve ser protegida inicialmente, pelo que o dedo é imobilizado em extensão precocemente e a flexão é introduzida de forma mais gradual, sob orientação do seu terapeuta da mão.

O seu terapeuta da mão seguirá o plano correspondente à sua via de acesso cirúrgico. O Dr. Hirpara informará o terapeuta sobre qual abordagem foi utilizada, e os prazos abaixo estão adaptados a essa abordagem. Independentemente da abordagem utilizada, a nova articulação funciona como uma dobradiça: beneficia da flexão e extensão numa linha reta, mas não tolera empurrões ou torções laterais. Protegê-la de tensões laterais é o que mantém a sua estabilidade a longo prazo.

Precauções e limitações

- Mova o dedo apenas em linha reta (flexão e extensão) e **evite qualquer força lateral ou de torção** no dedo operado. A nova articulação é uma dobradiça, e a tensão lateral pode afrouxá-la ou deformá-la.
- Use a **tala** conforme prescrito e utilize **imobilização com o dedo adjacente** durante as atividades para manter o alinhamento reto do dedo.
- Se a sua cirurgia foi **na parte dorsal do dedo**, **NÃO** force a extensão além do limite estabelecido inicialmente: o tendão extensor está em processo de cicatrização.
- **NÃO** realize preensão firme, pinçamento intenso ou tarefas pesadas ou de torção até que o terapeuta da mão autorize o fortalecimento (comumente a partir de seis semanas).
- Mantenha as outras articulações dos dedos, o punho e o ombro em movimento desde o início, e utilize a mão para tarefas leves do dia a dia, dentro dos limites do conforto.

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

Os seus exercícios

Estes são os exercícios do seu folheto informativo. 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. O trabalho inicial mantém o dedo em movimento numa linha reta, sem tensão lateral: flexão protegida, extensão suave, imobilização em buddy (tala de buddy) e deslizos tendinosos. Se a sua cirurgia foi realizada na parte dorsal do dedo, o exercício de **extensão ativa** é aquele que deve ser protegido nas fases iniciais e progressivamente incrementado. O fortalecimento da preensão pertence a uma fase posterior e não deve ser iniciado até que receba autorização específica para tal. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda ou que faça o dedo parecer instável.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico em fases para reabilitação após artroplastia da articulação interfalangeana proximal (PIP) com implante de silicone. 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 protocolo depende da abordagem cirúrgica**, sendo este o ponto central de decisão: uma **abordagem volar (palmar)** preserva o mecanismo extensor e permite movimento ativo precoce em poucos dias; uma **abordagem dorsal** divide ou fraciona o deslizamento central, portanto, a cicatrização do extensor deve ser protegida inicialmente com órteses de extensão e flexão graduada. Ao longo de todo o processo, o implante de silicone atua como um espaçador flexível, cuja estabilidade a longo prazo depende da cápsula peri-implantar, portanto, **o estresse coronal (lateral) é evitado e o movimento é mantido em um arco puramente sagital**.

Antes do início do tratamento, confirme com o cirurgião assistente a abordagem cirúrgica (volar versus dorsal), a integridade/reparo do deslizamento central e dos ligamentos colaterais, bem como qualquer arco de movimento intraoperatório. O Dr. Hirpara especificará a abordagem; selecione a via volar (movimento ativo precoce) ou dorsal (proteção da extensão) conforme o caso. O alvo funcional esperado é um arco de movimento livre de dor de aproximadamente 40–60°, e não amplitude total.

FASE I – PROTEGER E INICIAR O MOVIMENTO (SEMANAS 0 A 3)

As primeiras semanas protegem os tecidos moles enquanto previnem a rigidez, com o ritmo definido exclusivamente pela abordagem cirúrgica. O implante é estável em flexão-extensão, mas vulnerável a cargas laterais, portanto, todo o movimento é mantido num plano sagital puro e o dedo é suportado por imobilização buddy (taping ao dedo adjacente) e uma talas.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Identificar a **abordagem cirúrgica** e seguir o protocolo correspondente: -

Abordagem volar: mecanismo extensor íntegro → iniciar **movimento ativo do PIP/DIP aos 3–5 dias**. Ajustar uma talas de bloco de extensão volar / modelo que permita um **arco curto de flexão (comumente ~30° inicialmente)**, aumentado progressivamente. - **Abordagem dorsal (fenda/reparo do deslizamento central):** proteger a extensão. **PIP imobilizado em extensão quase total durante todo o tempo;** introduzir flexão ativa num **arco curto limitado** sob supervisão, respeitando o reparo do deslizamento central. (Um esquema de movimento relativo / extensão dinâmica pode ser utilizado conforme a preferência do cirurgião.) - **Evitar estritamente o stress coronal (lateral/rádio-ulnar)** na articulação operada: imobilização buddy ao dígito adjacente para orientar um rastreamento puramente sagital. - Sem preensão, pinçamento ou uso resistido/ carregado.

Gestão - Ferida: curativos cirúrgicos conforme indicado; monitorizar infeção - Edema: elevação, massagem retrograde suave, bandagem compressiva leve - Exercícios: flexão-extensão ativa do PIP/DIP protegida dentro do arco definido; **deslizamentos tendinosos**; movimento ativo das articulações não envolvidas (DIP, MCP, punho, polegar); iniciar imobilização buddy para atividades - Talas usadas durante todo o tempo entre as sessões de exercício

CrITÉRIOS para progresso - Cicatrização satisfatória da ferida; sem desenvolvimento de lag extensor (via dorsal); movimento confortável e controlado dentro do arco atual

FASE II – AVANÇO DO MOVIMENTO (SEMANAS 3 A 6)

O arco de flexão é ampliado e, para os dedos com abordagem dorsal, a proteção contra a extensão é progressivamente relaxada à medida que o deslizamento central se consolida. O objetivo desta janela é consolidar o arco útil (≈ 40–60°) antes que a maturação da cicatriz fixe a amplitude de movimento.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Arco de PIP ativo e passivo; **lag extensor** (via dorsal); estabilidade coronal; dor e edema; revisão da ferida/cicatriz

Educação e precauções - Aumentar progressivamente o **arco de flexão permitido** em direção ao alvo funcional (≈ 40–60°) - **Volar:** avançar a flexão ativa conforme tolerado; adicionar flexão passiva suave se a extensão estiver completa e estável - **Dorsal:** reduzir gradualmente o uso da tala de extensão de acordo com a cicatrização do deslizamento central (comumente, reduzir o suporte diurno entre as semanas 4 e 6); prevenir o lag extensor: não buscar flexão à custa da extensão ativa - Continuar a **evitação rigorosa de carga lateral/torcional**; ainda sem fortalecimento resistido

Conduta - Exercícios: flexão-extensão de PIP ativa e ativa-assistida graduada; exercícios de bloqueio para focar o movimento de PIP; continuar os deslizamentos tendinosos e a imobilização em grupo; iniciar **massagem cicatricial apenas após a cicatrização da ferida** - Manter a amplitude de movimento completa das articulações adjacentes

CrITÉRIOS para progresso - Ferida cicatrizada; articulação estável no plano coronal; arco funcional e sem dor estabelecido; lag extensor mínimo (dorsal)

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

Uma vez estabelecido o movimento e os tecidos moles estiverem íntegros (por volta das seis semanas), inicia-se o fortalecimento leve, que é progressivamente intensificado. O fortalecimento é mantido na direção axial (pegada e carga em linha reta), respeitando-se a longo prazo a tensão lateral/torcional sobre o implante.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Pegada e pinça em comparação com o lado contralateral; arco final da articulação interfalangiana proximal (PIP); estabilidade coronal; testes funcionais e específicos de tarefas

Educação e precauções - Iniciar **fortalecimento leve da pegada** por volta das seis semanas, com progressão gradual - Introduzir a **carga por pinça com cautela** e continuar a **evitar cargas laterais/torcionais vigorosas** na articulação operada indefinidamente (para preservar a longevidade do implante) - Estabelecer expectativas realistas: o ganho primário é o **alívio da dor** duradouro; o arco final é **modesto** (≈ 40–60°) e está praticamente definido por volta dos 3 meses

Conduta - Exercícios: trabalho progressivo de pegada/com massa de modelar; carga funcional e específica para o trabalho de forma graduada; continuar qualquer trabalho residual de mobilidade e cicatriz - Considerar a alta

quando um dedo estável, confortável e funcional, com um arco útil sem dor, for alcançado - Encaminhar de volta ao médico assistente se a recuperação estagnar, a articulação se tornar instável/desviar, ou se houver suspeita de falha do implante

CrITÉRIOS para alta / retorno - Articulação confortável, sem dor e estável na coroa, com um arco funcional; pegada adequada; capacidade de atender às demandas diárias e laborais

Retorno ao trabalho e às atividades

O uso leve das mãos nas atividades diárias (comer, escrever, cuidados pessoais leves) é incentivado desde o início, dentro dos limites do conforto, desde que o movimento seja mantido em linha reta e se evite força lateral ou de torção no dedo operado. A direção de veículos geralmente é possível quando você consegue segurar o volante com conforto e controlar o carro com segurança, estiver fora do talhe restritivo e não estiver mais fazendo uso de analgésicos potentes, o que normalmente ocorre após algumas semanas, sendo confirmado na sua consulta de acompanhamento.

As tarefas que exigem preensão mais firme e carga aguardam até aproximadamente **seis semanas**, sendo então progressivamente intensificadas. **O trabalho manual mais pesado ou com movimentos de torção é o último a ser retomado**, e depende da recuperação de um dedo confortável e estável, com preensão adequada, avaliada pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, e não apenas pelo calendário. Lembre-se do resultado duradouro desta cirurgia: alívio confiável da **dor** e um **arco útil de aproximadamente 40 a 60 graus**, evitando-se, a longo prazo, esforços laterais na articulação para proteger o implante.

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 orientações publicadas de reabilitação após artroplastia da articulação interfalangeana proximal (PIP) com implante de silicone, e a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a abordagem cirúrgica utilizada e com a evolução do seu dedo.