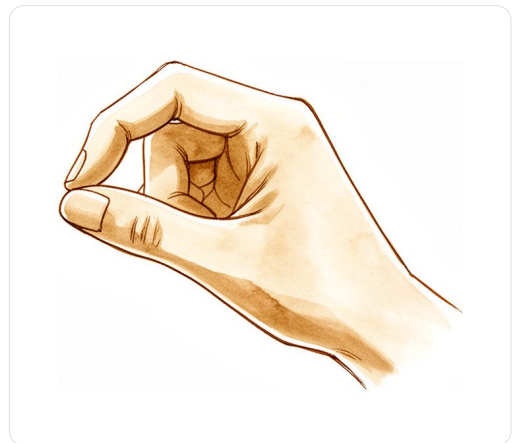


Substituição da Articulação da Base do Polegar (Touch)

Substituição da articulação da base do polegar — um implante de dupla mobilidade recobre a articulação trapezometacarpiana desgastada.

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 uma **artroplastia da base do polegar** (uma artroplastia total de dupla mobilidade, implante Touch) para a artrose da base do polegar, 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, redigido para o seu fisioterapeuta da mão; traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira sessão de terapia, de modo a que a sua reabilitação seja coordenada. O seu fisioterapeuta da mão pode ajustar o plano, consoante a evolução da sua recuperação. **Toda a sua recuperação é orientada através de terapia da mão formal.**

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 correio eletrónico para avaliação.

O que esperar

A articulação na base do seu polegar (a articulação trapeziometacarpiana, ou articulação CMC) é onde o polegar encontra o pulso, sendo um local muito comum de artrite. Nesta operação, as superfícies articulares desgastadas são removidas e substituídas por uma pequena articulação artificial: um **implante de dupla mobilidade**, uma pequena esfera e cavidade com uma superfície móvel adicional que a torna estável e suave. O osso trapezoide é mantido e o comprimento do seu polegar é preservado, pelo que a recuperação é geralmente mais rápida do que numa trapeziectomia (a operação mais antiga, que remove um osso e depende da formação de tecido cicatricial ao longo de vários meses).

Um implante bem posicionado é estável e capaz de partilhar a carga imediatamente, pelo que o polegar apenas precisa de ser protegido por um curto período de tempo, em vez de ser imobilizado durante semanas. O plano é estabilizar os tecidos moles, depois recuperar rapidamente a capacidade do polegar de **oposição** (tocar nos dedos) e de movimento, e posteriormente desenvolver a força.

A recuperação decorre em três fases:

- **Primeiro, proteger (cerca das primeiras 2–3 semanas).** Uma bandagem macia e volumosa durante a primeira semana ou mais, seguida de uma **tala para o polegar** para repousar a nova articulação enquanto a ferida e os tecidos moles se estabilizam. Mantém os dedos, o pulso e o resto da mão em movimento.
- **Depois, mover (das 2–3 às 6 semanas).** Fora da tala diurna, inicia movimentos ativos suaves (oposição, levantamento do polegar, abertura do espaço interdigital e movimentos circulares) e utiliza a mão para tarefas diárias leves.
- **Depois, fortalecer (a partir das 6 semanas).** Uma vez que o implante se tenha integrado no osso, inicia-se o **fortalecimento da preensão e da força de aperto**, que é progressivo. A força continua a melhorar ao longo dos **6 a 12 meses** seguintes.

O único aspeto a respeitar nas fases iniciais é que a nova articulação pode **luxar** se for forçada a uma posição extrema antes que os tecidos à sua volta tenham cicatrizado. Isto é incomum, e o plano inicial limita-se a não forçar o polegar enquanto este se estabiliza.

Precauções e limitações

- Use a **tala para o polegar** conforme orientado (uma tala diurna durante as primeiras **2–3 semanas**, seguida de uma **tala noturna até 6 semanas**) e mantenha a tala para proteção até que seu terapeuta da mão avance no tratamento.
- **NÃO** force o polegar para posições extremas e evite pegadas súbitas ou inadequadas nas primeiras semanas; a nova articulação pode se deslocar se for empurrada além do limite antes de se estabilizar. Movimente-se apenas dentro do conforto.
- **NÃO** realize qualquer tipo de pinça forte, preensão, torção (abrir potes, usar chaves, torneiras) ou levantamento de peso até aproximadamente **6 semanas**; o fortalecimento só começa quando seu terapeuta da mão iniciar o programa.
- Mantenha os **dedos, o punho e o restante da mão em movimento** desde o início, e mantenha a mão elevada nas fases iniciais para reduzir o inchaço.
- **NÃO** dirija até aproximadamente **quatro a seis semanas**, após sair da tala e conseguir segurar o volante com conforto e sem dor.

Para o manejo da ferida, do inchaço e da 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, respeitando sempre a amplitude e os limites que lhe foram indicados. Os exercícios iniciais (oposição, elevação do polegar, movimento lateral, alongamento do espaço interdigital e círculos suaves) restauram o movimento do polegar sem sobrecarregar a nova articulação, e devem ser iniciados assim que

deixar de usar a talabarte diurna. O **putty** e a **pinça com chave** são exercícios de fortalecimento **tardios** e não devem ser iniciados antes de aproximadamente seis semanas, altura em que o seu terapeuta da mão os introduz. Mantenha todos os movimentos suaves e sem esforço nas primeiras semanas, e interrompa qualquer atividade que cause dor aguda na base do polegar.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico em fases para a reabilitação após uma artroplastia total da articulação trapeziometacarpiana (Touch) com dupla mobilidade. 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. Diferente de uma trapeziectomia, o implante é **imediatamente estável e compartilhador de carga**, portanto a imobilização é mínima e a oposição ativa é restaurada precocemente; o risco precoce específico do implante é a **luxação se forçado a um arco de movimento extremo**, portanto, nas primeiras semanas protege-se contra posições forçadas/de arco final enquanto se restaura o movimento, progredindo então para fortalecimento com carga após a osseointegração.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e seu histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente quanto ao assentamento/estabilidade do implante e quaisquer preocupações intraoperatórias. O regime do Dr. Hirpara consiste em um curativo macio volumoso por 7–10 dias, seguido de tala dia de polegar em espica por 2–3 semanas, seguida de tala noturna continuando até 6 semanas (pulso em neutro, polegar em abdução palmar média, IP livre). O trapezoide é preservado e o comprimento do polegar é mantido.

FASE I – PROTEGER (SEMANA 0 A ~2–3)

As primeiras semanas servem para estabilizar os tecidos moles e proteger a nova articulação. O polegar permanece imobilizado com uma bandagem volumosa macia, seguida de uma tala dia para polegar tipo spica, enquanto os dedos, o punho e o restante da mão continuam em movimento. Não há trabalho de polegar resistido, nem posições forçadas ou extremas do polegar (a luxação precoce é o risco específico do implante).

Para o terapeuta da mão:

Educação e precauções - Imobilizar a base do polegar: **bandagem volumosa macia por 7–10 dias → tala dia para polegar tipo spica por ~2–3 semanas** (punho em posição neutra, polegar em abdução palmar média, articulação IP livre) - **Evitar posições forçadas/extremas do polegar** e pegadas súbitas: a luxação é o risco específico do implante na fase inicial - **Sem trabalho de polegar resistido** (sem pinça, preensão, torção ou levantamento de peso) - Manter o implante sem carga; apenas uso leve da mão sem carga

Conduta - Ferida: curativos cirúrgicos conforme orientação; monitorar sinais de infecção - Edema: elevação, bombeamento suave da mão, gelo conforme necessário - Exercícios: amplitude de movimento ativa da **articulação IP do polegar, dos dedos e do punho**; manter a mobilidade de toda a mão; **sem trabalho ativo de CMC/oposição ainda, sem carga**

CrITÉRIOS para progressão - Ferida em cicatrização; paciente confortável; sair da tala dia por volta de 2–3 semanas para movimento ativo

FASE II – MOVIMENTO ATIVO COM TALAS NOTURNAS (SEMANA ~2-3 A 6)

A partir de aproximadamente duas a três semanas, a tala diurna é removida e inicia-se o movimento ativo suave do polegar: oponente (progressão de Kapandji), abdução palmar e radial, circundução suave e mobilização do espaço interdigital. A tala noturna é mantida até as seis semanas. Incentiva-se o uso leve nas atividades diárias; a preensão forte e a pinça ainda estão contraindicadas.

Para o terapeuta da mão:

Avaliações - Oponente ativo do polegar (escore de Kapandji), abdução palmar/radial, largura do espaço interdigital; dor e edema; revisão da ferida/cicatriz

Educação e precauções - **Fora da tala diurna; continuar a TALAS NOTURNA até 6 semanas** - Apenas movimento ativo do polegar sem resistência: nenhuma preensão forte ou pinça antes de 6 semanas - Manter o movimento dentro do conforto; evitar forçar o final do arco de movimento

Conduta - Exercícios: **opponente ativo sem resistência (progressão de Kapandji), abdução palmar e radial, circundução suave, mobilização do espaço interdigital**; uso funcional leve da mão nas atividades diárias; iniciar massagem cicatricial após a cicatrização da ferida

CrITÉRIOS para progressão - Oponente ativo restaurado adequadamente; ferida cicatrizada; movimento ativo sem resistência sem dor por volta das 6 semanas

FASE III – CARGA E FORTALECIMENTO (A PARTIR DA 6ª SEMANA)

A partir de aproximadamente seis semanas, o implante está osseointegrado e pode ser submetido a carga. O fortalecimento da pinça e da preensão começa (pinça com massa de modelar, pinça de chave e pinça de ponta, fortalecimento da oposição) e é progressivo. A força continua a amadurecer ao longo dos seguintes 6 a 12 meses.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Força de pinça de chave/ponta e de preensão em comparação com o lado contralateral; oposição; resposta à dor/inchaço à carga; testes funcionais e específicos para o trabalho, conforme apropriado

Educação e precauções - Iniciar **fortalecimento progressivo da pinça e da preensão a partir das 6 semanas**; aumentar a carga gradualmente - Esperar que a **força amadureça ao longo de 6-12 meses**; aconselhar paciência quanto a cargas mais pesadas

Conduta - Exercícios: **pinça com massa de modelar, pinça de chave/ponta, fortalecimento da oposição**, resistência progressiva; fortalecimento da preensão; continuar qualquer trabalho residual de mobilidade e cicatriz - Considerar a alta quando a força for funcional e houver um retorno adequado da função - Considerar a reencaminhamento ao médico assistente se a recuperação estagnar ou houver um resultado desfavorável

CrITÉRIOS para alta - Pinça e preensão funcionais e quase simétricas; uso diário e específico para o trabalho sem dor

Retorno ao trabalho e às atividades

O uso leve das mãos nas atividades diárias (comer, escrever, cuidados pessoais leves) é incentivado dentro dos limites do conforto logo no início, desde que não envolva forçar o polegar ou realizar pinça e preensão fortes. Como você não deve dirigir até estar sem a tala e conseguir segurar o volante com conforto, planeje assistência para o transporte nas primeiras semanas. **A condução geralmente é retomada por volta de quatro a seis semanas, assim que for possível segurar o volante sem dor, conforme confirmado pelo Dr. Hirpara.**

O trabalho de escritório e as atividades leves geralmente são possíveis dentro de duas a quatro semanas; o trabalho manual e mais pesado deve ser adiado até cerca de seis semanas, sendo progressivamente intensificado, pois a carga de pinça e preensão fortes só começa em seis semanas. A força continua a melhorar por 6 a 12 meses, portanto, as tarefas mais pesadas e exigentes são retomadas de forma progressiva, e não de uma só vez, com base na resposta do seu polegar, sob orientação do Dr. Hirpara e do seu terapeuta da mão, e não apenas com base no calendário.

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 por fases acima reflete as orientações publicadas de reabilitação após a substituição da articulação da base do polegar com dupla mobilidade, e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu polegar.