

Tenosinovite estenosante – ou dedo em gatilho

SANTANA, Edson Ferreira¹
ALMEIDA FILHO, Francisco Antonio de²

RESUMO

O dedo em gatilho é uma codição que causa dor, rigidez e uma sensação de bloqueio ou travamento quando você dobra e endireita o dedo. Conhecida também como tenosinovite estenosante. O dedo anelar e o polegar são os mais frequentemente afetados.

Tecnicamente a ação ocorre quando o tendão desenvolve um nódulo ou edema da película envolvente. Quando o mesmo fica edemaciado, o movimento não ocorre, pois bloqueia a entrada do tunel(bainha do tendão flexor), provocando dor,ressaldo e sensação de prisão do dedo, ocorrendo um bloqueio não sendo possível dobrar ou esticar o dedo.

Palavras-chaves: Tenosinovite, dedo em gatilho, polia A1, bainha, contratura, LER, nódulo.

ABSTRACT

Trigger finger is a coding that causes pain, stiffness, and a sense of blockage or dislocation when you bend and straighten your finger. Also known as stoning tenosynovitis. The ring finger and thumb are the most frequently affected.

Technically, an action occurs when the tendon develops a knot or edema of the involved film. When it is swollen, the movement does not occur, the blockade of the entrance of the tunnel (flexor tendon sheath), causes pain, highlights and penetrates the finger prison, causing a blockage and it is not possible to bend or stretch the finger.

¹ Discente em curso Tecnólogo de Radiologia.

² Docente de curso de Tecnologia em Radiologia.

1. INTRODUÇÃO

A tenosinovite estenosante dos flexores, conhecida normalmente como dedo em gatilho, pois a pessoa fica com o dedo literalmente dobrado. Isto ocorre porque o tendão do dedo fica inflamado prejudicando diretamente os movimentos dos mesmos. Pessoas que trabalham em atividades manuais de esforços ou em atividades que exijam atividade manual de preensão repetitiva são mais susceptíveis a desenvolverem essa afecção. (Rames Mattar Junior, 2008).

O “dedo em gatilho”, ocorre devido à desproporção entre o tendão flexor e a polia, quando há formação de um nódulo do mesmo no nível da articulação metacarpofalangiana, resultando em dor ao encarcerá-lo durante a flexão e extensão do dedo. Os sintomas podem variar desde leve desconforto, até, em estágio mais avançado, deformidade fixa, necessitando de manipulação para alcançar movimentação completa. (Sociedade Brasileira de ortopedia e traumatologia, 30 novembro 2012).

O engatilhamento pode ainda ser por um defeito congênito que forma um nódulo no tendão. Normalmente este nódulo fica no bordo distante do ligamento. Acionando –se o dedo. O nódulo passa sob o ligamento não conseguindo retornar através do túnel (Bainha do tendão flexor). (Regis Filho, 2000).

O dedo em gatilho acomete mais mulheres de meia idade do que homens, e incide preferencialmente na mão dominante e na idade adulta, e não é incomum a associação com outras patologias inflamatórias no membro superior. A etiologia é desconhecida, mas há várias teorias, e a mais aceita é a de microtraumatismos (COHEN, 1996; GIORDANO; GIORDANO; GIORDANO, 1997; GILBERTS; WERELDSMA, 2002). Todos os dedos podem ser afetados, mas o dedo anular é o mais afetado seguido pelo polegar e médio, indicador, e mínimo, nesta ordem. A maioria dos casos é na mesma mão, mas também é comum afetar ambas (SALDANA, 2001).

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Patologia

As primeiras descrições do dedo em gatilho datam de 1850 e 1859, na quais Nelaton e Notta, em Paris, descreveram por meio do estudo em cadáveres a bainha do tendão incluindo a porção conhecida hoje como polia e as demais polias (Figura 1). Jeannin, em 1895, estudou 12 pacientes e descreveu sua patologia e prováveis etiologias. Sua etiologia é desconhecida, porém ela pode estar associada ao uso de determinados instrumentos como tesoura para jardinagem, muletas, serviços domésticos e trabalhos pesados que causem pequenos traumas na palma da mão por esforço repetitivo. Em 1972, Houston e Wilson, num estudo anatômico, demonstraram que o arranjo espiral da arquitetura das fibras intratendíneas leva ao desenvolvimento de nódulos que se formam distalmente à polia A1. O desenvolvimento pode ser considerado como primário ou idiopático, quando apenas um dedo é acometido e sem nenhuma doença de base ou secundário, quando múltiplos dedos são acometidos ou apresentam alguma doença associada como síndrome do túnel do carpo, tenosinovite de De Quervain, diabetes mellitus, osteoartrite, artrite reumatoide ou hipotireoidismo. (Debora Alves Camargo¹ , Luiz Carlos Angelini² , Marcelo Tavares de Oliveira³ , Dirce Mineko Sawaeda, 2009).

A medida que a doença progride o dedo em gatilho pode ser classificado, segundo Green, em 1977, em quatro graus.

- Grau 1 – pré gatilho
- Grau 2 – Ativo
- Grau 3 - Passivo
- Grau 4 – Contratura

No grau 2 o paciente consegue estender o dedo ativamente. O grau 3 não é possível estender o dedo e no grau 4 ocorre a contratura fixa do dedo. (Green , 1997).

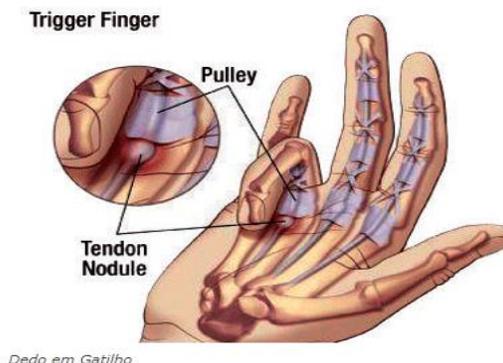


Figura 1

Fonte: <https://ateondedeuprairdebicicleta.com.br/dedo-em-gatilho-um-problema-comum-entre-os-ciclistas/>

2.2 Posicionamento

As radiografias apresentam informações de objetos tridimensionais em um plano bidimensional, portanto, é comum utilizar no mínimo duas incidências diferentes para o estudo adequado da estrutura.

A radiografia da incidência PA de mão permite o estudo das diversas estruturas que compõem a mão, são elas falanges distais, mediais e proximais, os cinco metacarpos e as articulações, ossos do carpo e terço distal de rádio e ulna.

Condução do exame: O usuário deve ficar sentado em uma cadeira na borda da mesa para realizar a incidência PA de mão. Manter o paralelismo entre mão, punho e cotovelo - que estará fletido em 90° - e ombro, todos alinhados em um mesmo plano e com o eixo maior do receptor de imagem. Posicionar a mão em PA sobre o receptor de imagem. O feixe central deve coincidir com o centro do receptor de imagem e incidir com feixes de Raios X perpendiculares ao receptor de imagem sobre a terceira articulação metacarpofalangiana. Colimar a região a ser radiografada incluindo o punho. A distância foco-receptor de imagem é de 1 metro (Figura 2).

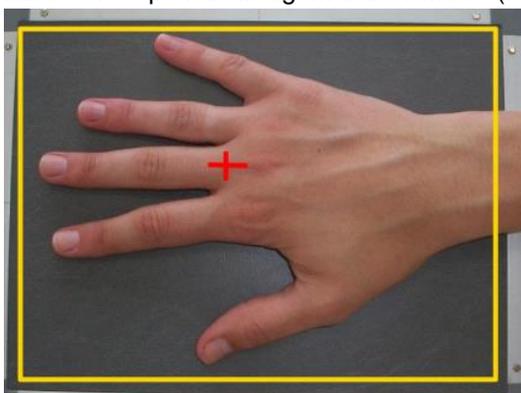


Figura 2

Fonte: http://rle.dainf.ct.utfpr.edu.br/hipermidia/images/documentos/Posicionamento_radiografico_para_membros_superiores_e_cintura_escapular.pdf

Para obter uma melhor visualização também é utilizado a incidência oblíqua da mão, com a mão em leque.

condução do exame: O usuário deve ficar sentado em uma cadeira na borda da mesa. Manter o paralelismo entre mão, punho e cotovelo - que estará fletido em 90°- e ombro, todos alinhados em um mesmo plano e com o eixo maior do receptor de imagem. Posicionar a mão em oblíqua sobre o receptor de imagem. O feixe central deve coincidir com o centro do receptor de imagem e incidir com feixes de Raios X perpendicular ao receptor de imagem sobre a terceira articulação metacarpofalangiana. Colimar a região a ser radiografada incluindo o punho. A distância foco-receptor de imagem é de 1 metro (Figura 3).

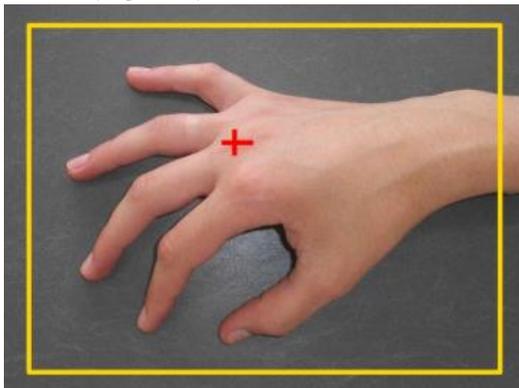


Figura 3

Fonte: http://rle.dainf.ct.utpr.edu.br/hipermidia/images/documentos/Posicionamento_radiografico_para_membros_superiores_e_cintura_escapular.pdf

2.3 Análise da Imagem

Como podemos observar na figura 4, o posicionamento evidencia a lesão que estamos tratando. A imagem mostra um problema no dedo indicador, ou seja, nesse local podemos encontrar uma inflamação, ao qual impede que o dedo volte a sua posição normal.

Diante desse caso, será analisado o melhor tratamento para este caso, observando o grau que se encontra o problema.



Figura 4

Fonte: <https://www.istockphoto.com/br/fotos/pain-between-thumb-and-index-finger?sort=mostpopular&mediatype=photography&phrase=pain%20between%20thumb%20and%20index%20finger>

**Figura 5**

Fonte : <https://www.hpms.com/Trigger-Finger-Solution-by-Cramer-Products-p/tri-2x0.htm>

A ultrassografia também é utilizada para uma melhor análise da polia e verificar como a mesma se encontra, podendo assim determinar em qual grau esta a tenossinovite (Figura 6).

**Figura 6**

Fonte: <https://www.tulioravelli.com.br/imagem/12/mao.html>

3. DISCUSSÃO

O dedo em gatilho é uma afecção frequente, que quando não tratada adequadamente, pode levar a graves problemas de disfunção na mão devido a rigidez da articulação interfalângiana proximal dos dedos.

Seu tratamento pode ser realizado por meio de imobilização, fisioterapia, repouso e pela infiltração de corticosteróides na polia A1(Figura 7).

A tenossinovite estenosante (dedo em gatilho) geralmente associado à idade e a condições médicas existentes, como diabetes mellitus, artrite reumatóide e gota. No entanto, as causas da maioria dos casos de dedo no gatilho são desconhecidas. Acredita-se que o uso excessivo constante ou repetitivo dos dedos cause desgaste acumulado na interface entre o tendão flexor e a polia A1 (Figura 6). Com o tempo, isso pode causar inchaço e inflamação do tendão flexor e o desenvolvimento do dedo no gatilho.

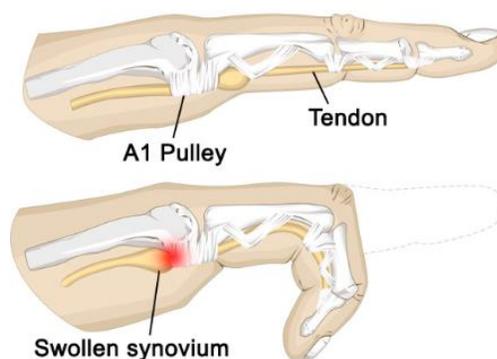


Figura 7

Fonte : <https://www.mountelizabeth.com.sg/healthplus/article/trigger-finger-common-questions>

4. CONCLUSÃO

Diante das análises realizadas para o dedo em gatilho, um melhor método para visualizar e determinar proporcionalmente o quanto o tendão esta inflamado, o raio x não evidência através da imagem uma visualização mais adequada..

Através desses resultados uma ultrassonografica para esses casos mais críticos é aconselhavel,determinado assim qual tratamento mais adequado deva seguir.

5. REFERÊNCIAS

1. Quinell R.C.: Conservative management of trigger finger. Practitioner 224: 187-190, 1980.
2. Notta: Arch Gén Med 4 Serie, 24: 142-161, 1850.
3. Hueston J.T., Wilson W.F.: The aetiology of trigger finger. Hand 4: 257-260, 1972.
4. Weilby A.: Trigger finger - Incidence in children and adults and the possibility of a predisposition in certain age groups. Acta Orthop
5. Interação fisioterapêutica no tratamento de tenosinovite estenosante dos flexores:Um relato de caso (Marcela Maciel, Giobanna Carla, Ionara Maria, Juliane Gabriele, Mariana Pereira, Isis Bruna).
6. <https://www.tulioravelli.com.br/imagem/12/mao.html>
7. http://rle.dainf.ct.utfpr.edu.br/hipermidia/images/documentos/Posicionamento_radiografico_para_membros_superiores_e_cintura_escapular.pdf
8. http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1118-Einsteinv7n1p76_80.pdf
9. <https://fernandomoya.com.br/patologia/dedo-em-gatilho/>
10. <https://www.saudebemestar.pt/pt/clinica/ortopedia/dedo-em-gatilho/>
11. <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a20.pdf>
12. http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1118-Einsteinv7n1p76_80.pdf
13. <https://radiopaedia.org/articles/tenosynovitis?lang=us>
14. <https://pt.wikihow.com/Saber-se-Voc%C3%AA-Possui-Dedo-em-Gatilho>

Endereço Eletrônico:

Edson Ferreira Santana
E-mail: gauss_21@hotmail.com

Recebido em: 14 de Junho de 2020

Aceito em: 24 de Junho de 2020