

Ortopedia - Dedo em Botoeira (lesão da banda central do aparelho extensor)

Área: Unidade de Emergência / **Subárea:** Ortopedia

Objetivos:

Identificar e diagnosticar precocemente, realizando tratamento adequado e encaminhamento precoce para nível terciário.

Data da última alteração: terça, 06 de dezembro de 2022

Data de validade da versão: sexta, 06 de dezembro de 2024

Autores e Afiliação:

Luis Guilherme Rosifini Alves Rezende - Médico Assistente HC-FMRP-USP

Filipe Jun Shimaoka - Médico Assistente HC-FMRP-USP

Prof. Dr. Nilton Mazzer - Professor Titular do Departamento de Ortopedia, Traumatologia e Anestesiologia e Chefe da Divisão de Cirurgia da Mão do HC-FMRP-USP

Definição / Quadro Clínico:

Paciente com história de trauma nos dedos da mão, apresentando dor na região dorsal, na topografia da articulação interfalangeana proximal. A data do trauma, bem como o mecanismo do trauma (aberto ou fechado) devem ser documentados. Também é uma afecção comum em pacientes com doenças reumatológicas, notoriamente, artrite reumatóide.

Ao exame físico, observa-se presença de dor na região dorsal da articulação interfalangeana proximal (IFP) do dedo acometido. Uma botoeira sutil pode ser observada em 1 a 2 semanas após o trauma. A deformidade é caracterizada por flexão da articulação IFP e extensão da IFD (interfalangeana distal). Conforme ocorre a ausência de tratamento, há agravamento da deformidade. O teste de Elson é útil para casos agudos, enquanto o teste de Boyes é útil para casos crônicos.

Diagnóstico:

O diagnóstico é realizado através do exame físico, porém, exames complementares auxiliam na programação do tratamento e compreensão da deformidade.

Exames Complementares:

Radiografia Simples em AP + Perfil do dedo: observar a presença de fragmento ósseo associado

Ultra-Som (dispensável): avaliar a presença de descontinuidade da banda central do aparelho extensor ou edema.

Ressonância Magnética (dispensável): avaliar a presença de descontinuidade da banda central do aparelho extensor ou edema e mensuração do encurtamento.

Tratamento:

O tratamento inicial de escolha é o conservador, com analgesia escalonada conforme dor e AINEs (para casos agudos) associado à prescrição de órtese do tipo "gafanhoto" em extensão da IFP do dedo. Não há necessidade de incluir a IFD. Este tratamento é realizado

em tempo integral durante 6 a 12 semanas, e pode ser iniciado inclusive em casos crônicos ou no diagnóstico tardio.

Lesões abertas podem ser manejadas com desbridamento e reparo agudo ou com sutura da pele e ortetização (comum após lesões negligenciadas).

Em casos com fragmento ósseo ou refratário ao tratamento conservador, o paciente deverá ser encaminhado para equipe de Cirurgia da Mão e Microcirurgia através do ambulatório "ORM" do HC-FMRP-USP para avaliação.

Referências Bibliográficas Externas:

Green, DP & Wolfe, SW. 2016. Green's Operative Hand Surgery, 7th Ed. Philadelphia: Elsevier/Churchill Livingstone. Burton RI: Extensor tendons: late reconstruction. In Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, et al, editors: Green's operative hand surgery, ed 5, New York, 1988, Churchill Livingstone, pp 2073-2116

Dolphin JA: Extensor tenotomy for chronic boutonnière deformity of the finger: report of two cases. J Bone Joint Surg Am 47:161-164, 1965.

Fowler SB: The management of tendon injuries. J Bone Joint Surg Am 41:579- 580, 1959.

Evans RB, Burkhalter WE: A study of the dynamic anatomy of extensor tendons and implications for treatment. J Hand Surg [Am] 11:774-779, 1986.

Elson RA: Rupture of the central slip of the extensor hood of the finger. A test for early diagnosis. J Bone Joint Surg Br 68:229-231, 1986.

Grundberg AB, Reagan DS: Central slip tenotomy for chronic mallet finger deformity. J Hand Surg [Am] 12:545-547, 1987.

Grundberg AB: Anatomic repair of boutonniere deformity. Clin Orthop Relat Res 153:226-229, 1980.

CIDs:

M20.0-Deformidade(s) do(s) dedo(s) das mãos

S66.3-Traumatismo do músculo extensor e tendão de outro dedo ao nível do punho e da mão