

Dedo em gatilho no adulto





Dedo em Gatilho no Adulto

*Autoria: Sociedade Brasileira de Ortopedia e
Traumatologia
Sociedade Brasileira de Neurofisiologia Clínica*

Elaboração Final: 25 de abril de 2013

Participantes: Sprey JWC, Franco JM, Costa AC,
Falcochio DF, Ayzemberg H, Simões R, Meves R,
Bernardo WM

Diagramação: Ana Paula Trevisan

*O Projeto Diretrizes, iniciativa da Associação Médica Brasileira, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico.
As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, Responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.*

Descrição do método de coleta de evidências:

A revisão bibliográfica de artigos científicos dessa diretriz foi realizada na base de dados MEDLINE. A busca de evidências partiu de cenários clínicos reais, e utilizou palavras-chaves (MeSH terms): "Trigger finger", "Trigger Thumb", "Adult", "Surgery", "Symptoms", "corticosteroid injection", "Methylprednisolone injection", "dexametasone injection", "percutaneous release", "Complications", "Diabetes". Os artigos foram selecionados após avaliação crítica da força de evidência científica por especialistas em ortopedia, sendo utilizadas para as recomendações as publicações de maior força. As recomendações foram elaboradas a partir de discussão no grupo. Toda a diretriz foi revisada por grupo especializado independente em diretrizes clínicas baseadas em evidências.

Grau de recomendação e força de evidência:

A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

Objetivo:

Esta diretriz tem como público alvo os ortopedistas a fim de que possam orientar a escolha do tratamento para o paciente adulto portador de dedo em gatilho.

Conflito de interesse:

Nenhum conflito de interesse declarado.

Introdução

A tenossinovite estenosante dos flexores é uma das causas mais comuns de dor, edema e perda da função nas mãos, acometendo com mais frequência o primeiro e o quarto quirodáctilo da mão dominante. Acomete mais adultos do sexo feminino, e a etiologia, comumente, é desconhecida. Tal condição, também conhecida como “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. Existem diversas causas secundárias que podem ocasionar o dedo em gatilho, tal como artrite reumatoide, diabetes mellitus, gota e pacientes hemodialisados, dividindo o tratamento de tal enfermidade com outros profissionais como reumatologistas e endocrinologistas. Outras doenças associadas são: síndrome do túnel do carpo e a tenovaginite estenosante do primeiro compartimento extensor (Doença de De Quervain).

O dedo em gatilho é classificado, segundo Green, em quatro graus:

- Grau I: pré-gatilho - dor e edema sobre a polia A1, porém sem bloqueio.
- Grau II (ativo) - bloqueio presente, e paciente consegue estender o dedo ativamente.
- Grau III (passivo) - bloqueio presente, e paciente não consegue estender o dedo ativamente, necessitando auxílio da outra mão (grau III A) ou incapacidade de flexionar ativamente (grau III B).
- Grau IV (contratura) - contratura fixa do dedo, com IFP em flexão.

1. Qual é a percentagem da ausência de sintomas (dor e bloqueio) após infiltração com corticoide no tratamento do dedo em gatilho comparado ao tratamento cirúrgico?

No tratamento do dedo em gatilho a infiltração de corticoide mostra-se eficaz em curto prazo, apresentando melhora importante da dor e ganho de arco de movimento, não sendo encontradas recidivas. Observa-se, no primeiro mês de tratamento, maior arco de movimento nos pacientes submetidos à infiltração de corticoide em comparação àqueles submetidos ao tratamento cirúrgico percutâneo (270° *versus* 264°) e maior força de preensão (99% *versus* 85%). Porém após seis meses, 11% daqueles tratados com a injeção de corticoide apresentaram recidiva, enquanto estas não foram observadas no grupo tratado cirurgicamente ($p=0,005$)¹(A).

Trabalhos comparando o tratamento cirúrgico por via aberta e infiltração de corticoide não foram encontrados, entretanto, a literatura demonstra ausência de recorrência por meio da técnica aberta, sendo apresentado apenas 1% de complicações (deiscência de sutura superficial, *déficit* residual de extensão e rigidez pós-operatória residual)²(C).

Outro trabalho analisando a técnica percutânea (liberação percutânea da polia A1) mostrou-a eficiente, resultando em 100% de correção do dedo em gatilho (tipo I ao IV) com remissão dos sintomas. Todavia, neste mesmo estudo observou-se 4% de recidiva durante o seguimento³(C).

Recomendação

O tratamento cirúrgico é recomendado no dedo em gatilho refratário ao corticoide ou no gatilho grave. As técnicas cirúrgicas (via aberta e percutânea) mostram-se mais eficazes a médio e longo prazo, apresentando menores taxas de recidiva do que a infiltração.

2. A infiltração com dexametasona é superior aos outros corticoides (metilprednisolona; triancinolona) no alívio dos sintomas dos pacientes com dedo em gatilho?

Apenas um trabalho que compara os diferentes corticoides foi encontrado. Os demais que versam sobre o uso de injeção de corticoides e seus resultados não especificam o medicamento utilizado.

Ensaio clínico randomizado acompanhou pacientes portadores de dedo em gatilho durante

período de seis semanas a três meses, submetidos a injeção com dexametasona e triancinolona. Após seis semanas da injeção, e utilizando-se do questionário DASH - *Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand*, instrumento que avalia função e sintomas no membro superior, foi encontrada ausência de gatilho em 22 dos 35 pacientes tratados com triancinolona e 12 dos 32 tratados com dexametasona (RRA=0,254 com IC95%: 0,022 a 0,486) e NNT=4 (2 a 45). Ampliando-se o período de acompanhados para três meses foi encontrada ausência de gatilho em 27 dos 41 tratados com triancinolona e 22 dos 31 tratados com dexametasona, sendo esta diferença não significativa (RRA=-0,051 com IC95%: -0,267 a 0,165). Com relação aos *déficits* motores avaliados por meio do questionário DASH, não houve diferença significativa entre os dois grupos nas análises de seis semanas e três meses⁴(A).

Recomendação

Não há diferença no uso de dexametasona ou triancinolona após período de acompanhamento de três meses, entretanto, a triancinolona apresenta ação mais rápida (período avaliado de seis semanas).

3. A técnica de tenolise percutânea com agulhas apresenta maior índice de ausência de sintomas que a técnica aberta nos pacientes portadores de dedo em gatilho (2º ao 5º dedo)?

Estudos comparando as duas técnicas não foram encontrados nas bases consultadas, todavia resultados individuais são relatados.

O acompanhamento por cerca de dois anos de 34 dedos apresentou liberação total em todos os casos por meio da técnica de tenolise percutânea. Desses casos, quatro eram polegares; seis dedos indicadores; 12 eram terceiro quirodáctilos; nove eram quarto quirodáctilos e três dedos mínimos. Além da liberação completa, apresentaram recuperação do arco de movimento e não houve lesão do nervo digital nem do tendão flexor. Um paciente apresentou queixa de edema e endurecimento local no terceiro quirodáctilo durante dois meses. Todos os pacientes encontraram-se satisfeitos, sem necessidade de outros tratamentos e sem complicações a longo prazo⁵(C).

Outro estudo acompanhou 185 dedos em gatilho por cerca de 40 meses, com resultados

satisfatórios e sem complicações significativas após liberação com técnica percutânea. Desses, 79 eram polegares; nove dedos indicadores; 58 dedos médios; 36 dedos anulares e três dedos mínimos. Inicialmente, 164 dedos apresentaram resolução completa dos sintomas após uma semana, nove apresentaram-se sem o gatilho, porém com certa restrição de movimento, três só melhoraram após quatro semanas e cinco mantiveram-se com sintomas menores sem necessidade de nova intervenção. Um caso foi submetido a novo procedimento após quatro semanas, com resultado satisfatório. Doze casos apresentaram falha do tratamento em aliviar os sintomas, necessitando de procedimento aberto. Na última revisão haviam 173 dedos com resultado satisfatório e sem recorrência⁶(C). Outro trabalho acompanhou 240 dedos por três meses com ótimos resultados em 94% dos casos (226 dedos), sem complicações ou recorrência. Apenas 19 casos apresentaram dor no local da liberação até uma semana após, com melhora em 2-3 semanas. Dentre os 14 pacientes que apresentaram persistência do gatilho, 10 deles foram submetidos a procedimento cirúrgico aberto com resolução total dos sintomas⁷(C).

Recomendação

Não existem estudos comparando a tenólise percutânea com agulhas e a técnica aberta, todavia, a primeira demonstra ótimos resultados para os dedos (2º ao 5º dedo).

4. A tenólise percutânea apresenta menores índices de complicação que o tratamento aberto do dedo em gatilho (2º ao 5º dedo)?

Como relatado anteriormente, estudos que comparam as duas técnicas cirúrgicas e suas complicações não foram encontrados, porém foram analisados trabalhos que descrevem os resultados na tenólise aberta e percutânea.

Estudo que acompanhou pacientes por cerca de dois anos submetidos à tenólise percutânea de 34 dedos, demonstrou liberação total em todos os casos sem que houvesse lesão do nervo digital ou do tendão flexor. Houve apenas queixa de edema e endurecimento local no terceiro quirodáctilo durante dois meses por parte de um paciente, sendo que nenhum deles apresentou complicações a longo prazo ou necessidade de reabordagem⁵(C).

O acompanhamento de dedos em gatilho após liberação por meio de técnica percutânea, por cerca

de 40 meses, não demonstrou complicações significativas, não se observando casos de lesão do nervo digital, lesão do tendão flexor ou infecção da bainha do tendão, todavia, complicações mínimas como dor no local da liberação até uma semana após o procedimento são relatadas^{6,7}(C).

Estudo analisando o tratamento de dedos em gatilho por meio da técnica aberta durante o período de um ano, apresentou 1% de taxa de complicações, sendo elas: deiscência superficial de sutura, *déficit* de extensão e rigidez residual após o procedimento cirúrgico. Não foram observadas complicações graves como lesão do nervo digital ou ruptura tendinosa. Também não foi observado recorrência do gatilho²(C).

Recomendação

Tanto a técnica percutânea quanto a técnica aberta demonstram-se seguras na liberação do dedo em gatilho, sendo que complicações graves como lesão do nervo digital, infecção ou lesão do tendão flexor não são relatadas.

5. A tenolise percutânea apresenta menores índices de complicação que o tratamento aberto do dedo em gatilho (2º ao 5º dedo)?

Estudo com seguimento aproximado de dois anos de pacientes submetidos a tenolise percutânea relatou liberação total em todos os casos (34 dedos; quatro polegares; seis indicadores; 12 dedos médios; nove quarto quirodáctilos e três dedos mínimos). Não foi demonstrada lesão do nervo digital ou do tendão flexor, sendo que apenas um paciente apresentou, durante dois meses, queixa de edema e endurecimento local no terceiro quirodáctilo. Complicações a longo prazo ou necessidade de reabordagem não foram relatadas todavia, complicações mínimas como dor no local da liberação são encontradas^{5,7}(C). De maneira semelhante, outro estudo com seguimento de 40 meses de pacientes com dedo em gatilho submetidos à tenolise percutâneas não demonstrou caso de lesão do nervo digital nos 109 dedos (do 2º ao 5º), lesão do tendão flexor ou infecção da bainha do tendão⁶(C).

Estudo avaliando dedos em gatilho tratados por meio da técnica aberta apresentou, no período de um ano, 1% de taxa de complicações, sendo elas: deiscência superficial de sutura, *déficit* de extensão e

rigidez residual após o procedimento cirúrgico. Não foram observadas complicações graves como lesão do nervo digital ou ruptura tendinosa. Também não foi observado recorrência do gatilho²(C).

Recomendação

Casos de complicações graves como lesão do nervo digital, infecção ou lesão do tendão flexor não são relatados tanto por meio da tenólise percutânea quanto por meio da liberação do dedo em gatilho pela técnica aberta.

6. Existe contraindicação em infiltrar corticoide em pacientes diabéticos portadores de dedo em gatilho? A infiltração com corticoide em pacientes diabéticos portadores de dedo em gatilho aumenta a glicemia?

Os pacientes portadores de diabetes mellitus apresentam maior incidência de dedo em gatilho que a população geral, com frequência até quatro vezes maior que os não diabéticos. A mão diabética é constituída de três condições muito associadas a essa comorbidade que são: síndrome da limitação da mobilidade articular, contratura de Dupuytren e síndrome do túnel do carpo. Essas doenças estão associadas à duração prolongada do diabetes,

controle metabólico ruim e presença de complicações microvasculares. Tal associação ocorre devido à alteração do metabolismo do tecido conjuntivo, acarretando inflamação crônica, hipertrofia da polia e pior resposta de cicatrização. Assim, dentre os pacientes diabéticos, é observado maior prevalência de envolvimento de múltiplos dedos, maior cronicidade dos casos e maior prevalência do dedo em gatilho do tipo difuso.

Apesar de ser demonstrada superioridade no tratamento conservador do dedo em gatilho de pacientes não diabéticos em detrimento aos diabéticos, contraindicação relativas ao uso de corticoide por pacientes diabéticos não são evidenciadas na literatura^{8(A)}. Série de casos incluindo pacientes diabéticos submetidos à infiltração de dedo em gatilho único com corticoide (metilprednisolona), demonstrou que após o procedimento, hiperglicemia é observada em todos os pacientes sendo que no quinto dia de monitorização 26% ainda apresentavam níveis glicêmicos superiores àqueles anteriores ao tratamento^{9(C)}.

Recomendação

Estudos analisando o tratamento do dedo em gatilho de pacientes diabéticos não contraindicam o uso de corticoides, sendo relatado hiperglicemia logo após a infiltração.

Referências

1. Zyluk A, Jagielski G. Percutaneous A1 pulley release vs steroid injection for trigger digit: the results of a prospective, randomized trial. *J Hand Surg Eur Vol* 2011;36:53-6.
2. Lim MH, Lim KK, Rasheed MZ, Narayanan S, Beng-Hoi Tan A. Outcome of open trigger digit release. *J Hand Surg Eur Vol* 2007;32:457-9.
3. Sato ES, Albertoni WM, Leite VM, dos Santos JBG, Faloppa F. Trigger finger: a prospective assessment of 76 digits treated by percutaneous surgery. *Rev Bras Ortop* 2004; 39:309-22.
4. Ring D, Lozano-Calderón S, Shin R, Bastian P, Mudgal C, Jupiter J. A prospective randomized controlled trial of injection of dexamethasone versus triamcinolone for idiopathic trigger finger. *J Hand Surg Am* 2008;33:516-22.
5. Cihantimur B, Akin S, Ozcan M. Percutaneous treatment of trigger finger. 34 fingers followed 0.5-2 years. *Acta Orthop Scand* 1998;69:167-8.
6. Ha KI, Park MJ, Ha CW. Percutaneous release of trigger digits. *J Bone Joint Surg Br* 2001;83:75-7.
7. Ragoowansi R, Acornley A, Khoo CT. Percutaneous trigger finger release: the 'lift-cut' technique. *Br J Plast Surg* 2005;58:817-21.
8. Baumgarten KM, Gerlach D, Boyer MI. Corticosteroid injection in diabetic patients with

trigger finger. A prospective, randomized, controlled double-blinded study. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89:2604-11.

9. Wang AA, Hutchinson DT. The effect of corticosteroid injection for trigger finger on blood glucose level in diabetic patients. *J Hand Surg Am*. 2006;31:979-81.