

LESÃO DE TENDÕES FLEXORES DA MÃO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Bianca Biranoski de Oliveira
biancabiranoski@icloud.com
Prof. Ana Carolina Pauleto

A mão é um órgão complexo de extrema importância para o ser humano, sendo responsável por diversas atividades cotidianas. Para que ela possa exercer suas funções na maior plenitude possível é necessário que haja integridade dos seus componentes. Além de limitações laborais e de execução das atividades diárias, os traumatismos nas mãos podem interromper projetos de vida e, conseqüentemente, acarretar problemas psicológicos. As lesões dos tendões flexores estão entre as principais lesões da mão. A maior parte dos pacientes vítimas de lesões nos tendões flexores são adultos, do sexo masculino, entre 18-28 anos, sendo as armas brancas e acidentes com vidro os responsáveis pela maioria das lesões. Nas mulheres, há uma predominância dos acidentes domésticos como causadores das lesões. Quando não tratadas da forma correta no primeiro atendimento, as lesões podem causar sequelas que conduzem à incapacidade funcional da mão. Essas lesões podem ser isoladas ou associadas às estruturas adjacentes. O reparo de um tendão não consiste em uma tarefa difícil, porém o seu deslizamento sobre tecidos vizinhos para promover o movimento é um fenômeno muito complexo. O conhecimento anatômico da mão é fundamental, pois mesmo traumas menores podem trazer sequelas se não forem tratados adequadamente. Uma anamnese e um exame físico minucioso permitirão identificar corretamente as lesões. Os tendões que atuam nos movimentos de flexão e extensão dos dedos da mão são estruturas anatômicas que se originam no antebraço e se dirigem ao punho e dedos para estabelecer suas respectivas funções. Os tendões flexores passam ao nível do túnel do carpo juntamente com o nervo mediano, totalizando nove tendões: quatro flexores superficiais, quatro flexores profundos e um flexor longo do polegar. Esses tendões divergem na palma da mão e dirigem-se ao dedo correspondente. O tendão flexor longo do polegar penetra numa abertura na parede lateral do túnel carpal e se insere na falange distal, sendo sua bainha reforçada por um sistema de três polias. O músculo flexor profundo, o qual se insere na falange distal e flete a articulação interfalangiana distal, divide-se em quatro tendões. Os tendões para os dedos médio, anular e mínimo estão unidos entre si por conexões tendíneas. O músculo flexor superficial, cuja inserção se dá na falange média e flexiona a articulação interfalangiana proximal, origina quatro tendões independentes. O flexor superficial divide-se, formando um anel (quiasma de Camper) por onde passa o flexor profundo. Há um canal osteofibroso nos dedos, o qual é formado por cinco polias anulares com a função de manter o tendão preso ao leito, evitando que ele se desloque durante a flexão digital. As polias A1, A3 e A5 ficam sobre as articulações digitais. As polias A2 e A4 são mais extensas e ficam sobre a diáfise da primeira e da segunda falanges, sendo consideradas as mais importantes para manter o tendão preso ao leito. Entre as polias anulares, existem as polias cruciformes, que são flexíveis para facilitar o movimento. Os tendões flexores da mão são divididos em cinco zonas, as quais possuem diferenças anatômicas responsáveis pelos diferentes prognósticos. Há duas formas de cicatrização dos tendões: intrínseca e extrínseca. A cicatrização intrínseca é a do tendão propriamente dito, já a cicatrização extrínseca consiste na formação de aderências. O diagnóstico das lesões tendinosas nem sempre é fácil, porém, na maior parte dos casos, é possível suspeitar de uma lesão através da simples observação da postura digital. O reparo

das lesões tendinosas deve ser primário sempre que possível e não devem ser consideradas de emergência absoluta, a menos que estejam associadas à desvascularização. Mais comumente, as lesões são decorrentes de acidentes com materiais perfurocortantes e exigem um atendimento de urgência, o qual deve ocorrer até a primeira semana a fim de evitar complicações como retrações excessivas dos cotos tendinosos, fechamento dos túneis, formação de aderência e rigidez. No centro cirúrgico, os ferimentos são ampliados em zig-zague para que os cotos tendinosos sejam expostos. Os extremos tendinosos são aproximados e suturados. Sempre que possível, os dois tendões devem ser reparados e a bainha fechada para restaurar o meio do fluido sinovial, muito importante na nutrição tendinosa. Após a cirurgia, faz-se a imobilização da mão com enfaixamento compressivo e gesso, mantendo o punho e os dedos em discreta flexão. São consideradas lesões crônicas aquelas com mais de 8-10 semanas de evolução. Nesse tipo de lesão, quase sempre há fechamento do túnel osteofibroso e um tendão no seu segmento distal bastante degenerado. Para o tratamento desses casos, indica-se a cirurgia em dois tempos. O primeiro tempo é a colocação de um espaçador de silicone e reconstrução das polias A2 e A4 com enxerto de tendão. Já o segundo tempo, consiste na retirada do silicone e tenoplastia com enxerto do palmar longo ou do plantar delgado e fixação distal com pull-out. Mesmo com todos os cuidados, é possível ocorrer a aderência tendinosa. Para soltar as aderências, pode-se realizar uma cirurgia chamada de tenólise. As tenólises devem ser realizadas em torno do sexto mês pós-operatório, quando já ocorreu a maturação colágena. A partir dessa revisão conclui-se que o diagnóstico, o tratamento precoce e o seguimento pós-operatório especializado serão fundamentais para o melhor resultado funcional. Apesar dos avanços nos estudos e técnicas acerca da cicatrização tendinosa, ainda há muitos desafios no tratamento desse tipo de lesão. A prevenção das aderências após o reparo dos tendões flexores continua sendo o foco de pesquisas com a finalidade de melhorar o seu deslizamento e, assim, obter melhores resultados funcionais.

PALAVRAS-CHAVE: Tendão flexor, lesão, trauma

REREFÊNCIAS

BARBIERI, Cláudio Henrique. MAZER, Nilton. TREJO, Raul Alonso. **Lesões dos tendões flexores dos dedos em adultos.** São Paulo: Rev Bras Ortop. 1994.

FLEURY, Diogo Petroni Caiado. COSTA, Paulo Roberto. SANTOS, Leandro Ricardo de Aquino. LARA, Larissa Cristina Clementino. SILVEIRA, Andrea Maria. **Perfil epidemiológico das vítimas de lesões autoinfligidas das mãos contra superfícies de vidro:** Epidemiological profile of victims of self-inflicted hand injuries against glass surfaces. Minas Gerais: Rev Med Minas Gerais, 2016

RIBAK, Samuel. RESENDE, Marcelo Rosa. DALAPRIA, Robinson. HIRATA, Edison. MUQUY, Márcia. CORDEIRO, Renato Pinheiro. ANDRADE, Dirceu. TOLEDO, Celso Silva. **Lesões crônicas de tendões flexores na mão:** Reconstrução em dois estágios. São Paulo: Acta ortop. Bras., 2002

SBOT- Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. **Manual de trauma ortopédico**. Coordenadores, Isabel Pozzi..[et al.]. São Paulo: SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2011

SILVA, Jefferson Braga. GAZZALLE, Anajara. ALVAREZ, Gustavo. CUNHA, Guilherme Larsen. **Lesões tendinosas da mão: Hand tendon injuries**. Porto Alegre: Revista da AMRIGS, 2011.

SINÍZIO, K. Hebert. **Ortopedia e traumatologia: Princípios e práticas**. 5º.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.