

LESÕES DAS EXTREMIDADES DOS DEDOS, DA UNHA E DO LEITO UNGUEAL

FINGER EXTREMITIES, NAILS AND UNGUEAL BEDS LESIONS

Edie Benedito Caetano¹, Marco Antonio Pires Almagro², Aristeu de Almeida Camargo Neto³, Rafael Marques Franco³, Thiago Poppes Santalla³

RESUMO

As lesões das extremidades dos dedos representam problemas para todos os serviços de emergência pela frequência com que acontecem. Embora muitas vezes deixadas em segundo plano e consideradas como pequenas cirurgias, sua reparação adequada é de grande importância. O tratamento inadequado leva a sequelas, como má cicatrização, formação de neuromas nas pontas dos dedos, cicatrizes dolorosas e deformidades das unhas e da falange distal, que dificultam o retorno desses acidentados ao trabalho. Trabalho realizado na Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

Descritores: traumatismos da mão, traumatismos dos dedos, unhas, procedimentos cirúrgicos operatórios, procedimentos cirúrgicos reconstrutivos.

ABSTRACT

The lesions of finger extremities pose a problem to all emergency services due to their frequency. Although being regarded as minor surgeries and therefore not being prioritized, medical intervention is of great importance. Inadequate treatment leads to poor healing, neuroma development of the fingertips, painful scarring as well as deformities of the nails and the distal phalanx, thus hindering the return of the wounded to work. This study was developed "FCMS, PUC-SP"

Key-words: hand injuries, finger injuries, nails, operative surgical procedures, operative reconstructive surgical procedures.

INTRODUÇÃO

Os altos índices de violência urbana e de acidentes de trânsito têm levado à chamada epidemia dos traumas de mão.¹ As lesões da extremidade distal dos dedos constituem uma das principais causas de lesão do membro superior, correspondendo a 45% das consultas em atendimentos de emergência e a principal causa de amputação do membro superior. Embora algumas lesões necessitem do encaminhamento ao especialista para um tratamento adequado, muitas situações podem ser manejadas no atendimento de emergência.²

Os acidentes são na grande maioria isolados, decorrentes

de traumas diretos ou durante o manuseio de ferramentas em tarefas do cotidiano. Os traumas graves, embora menos frequentes, são os que mais podem deixar sequelas com relação à perda funcional e estética, pois em geral levam a amputações mutilantes.

Os traumas da mão e dedos foram responsáveis por 27,6% de todos os traumas atendidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, durante o ano de 2000. Os acometidos são em sua maioria do sexo masculino (74,4%), com idade média de 27 anos. As principais causas dos traumas da mão e dedos foram os acidentes de trânsito (17,5%), ferimentos por vidro ou latas (14,2%) e máquinas e ferramentas (14%). Houve predomínio das fraturas e lesões dos tendões flexores e nervos.¹

As lesões traumáticas das mãos podem acarretar sequelas decorrentes de deficiências motoras e/ou sensitivas, muitas vezes permanentes, afetando tanto as atividades funcionais do dia a dia bem como as profissionais antes exercidas.¹

Com o advento da microcirurgia reconstrutiva, houve grande avanço no tratamento das lesões complexas dos membros. Tal experiência iniciou-se na década de setenta e consolidou-se nos anos oitenta, modificando substancialmente os conceitos sobre o tratamento dos traumatismos graves dos membros.^{3,4}

O reconhecimento mais preciso da gravidade das lesões, associado à reparação adequada do revestimento cutâneo na urgência são fatores determinantes para o prognóstico mais favorável.

LESÕES DAS EXTREMIDADES DOS DEDOS

As lesões das pontas dos dedos podem variar desde uma simples avulsão da pele, expondo o tecido subcutâneo, até lesões mais extensas, que são verdadeiras amputações da polpa, expondo a falange distal (Figura 1).

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 12, n. 4, p. 1-5, 2010

1. Professor do Depto. de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Médico residente em Ortopedia e Traumatologia - FCMS/PUC-SP

3. Acadêmico do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

Recebido em 26/5/2010. Aceito para publicação em 17/8/2010.

Contato: ediecaetano@uol.com.br



Figura 1. Enxertia de pele

Nas *avulsões cutâneas pouco extensas*, ou seja, com até 1 cm de extensão, recomenda-se o tratamento conservador com gazes não-aderentes embebidas em soro fisiológico. O curativo não deve ser trocado com muita frequência para não dificultar a epitelização, que ocorre de duas a três semanas.⁵

Nas *avulsões cutâneas mais extensas*, atingindo grande parte da polpa, é aconselhável a colocação de enxerto de pele parcial, que proporciona uma cicatrização primária em tempo muito mais curto. Utilizamos a região hipotenar, a face medial do braço ou a coxa como áreas doadoras do enxerto. A integração do enxerto de pele depende do seu contato com a área receptora.^{5,6}

Nas *lesões mais complexas*, onde existe exposição óssea da falange distal, procede-se, inicialmente, a limpeza cirúrgica e o desbridamento de tecidos desvitalizados, se estiverem presentes.

Sempre que houver exposição do osso é necessária a colocação de um retalho, o que proporciona uma cobertura com um bom coxim para revestir o osso exposto e uma boa preensão. O retalho a ser escolhido depende da forma do ferimento e do plano de amputação (Figura 2), mas deve ser colocado, sempre que possível, um retalho local.⁷

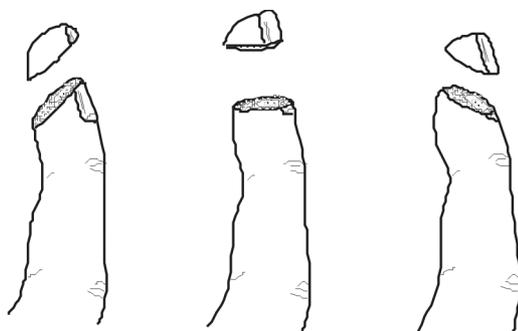


Figura 2. Diferentes planos de amputação das pontas dos dedos

Nas *amputações transversas ou pouco oblíquas*, o retalho palmar em VY (Figura 3) ou dois retalhos VY laterais (Figura 4) proporcionam boa cobertura. Esse tipo de retalho deve ser cuidadosamente dissecado, preservando a sua inervação tanto

para manter o retalho com sensibilidade como para evitar a formação de neuromas na polpa digital.

Os vasos acompanham os nervos e são os responsáveis pela sobrevivência do retalho.⁷

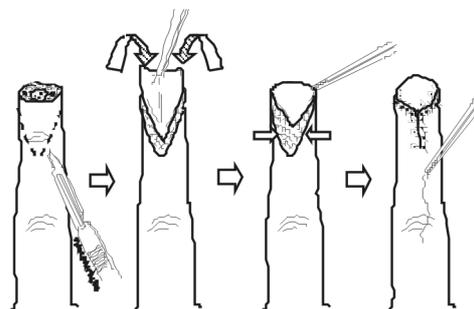


Figura 3. Retalho dorsal em VY

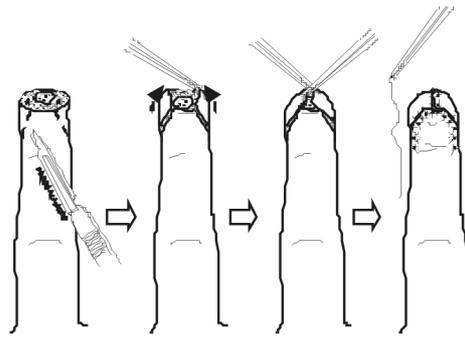


Figura 4. Dois retalhos VY laterais

Nas *amputações oblíquas palmares*, a quantidade de pele disponível é incompatível com a execução dos retalhos em VY. O problema deve ser solucionado através de um retalho palmar por avanço (Figura 5) ou por um retalho digital cruzado^{5,8} (Figura 6).

O primeiro é um retalho de execução mais difícil e deve ficar reservado para perdas oblíquas palmares extensas do polegar

porque costuma provocar um grau de flexão digital residual bastante desagradável nos outros dedos.

O retalho em ilha neurovascular homodigital (Figura 7) e o retalho em ilha homodigital reverso (Figura 8) são procedimentos muito úteis no tratamento dessas lesões. Devem ser realizados por cirurgiões experientes.^{9,10}

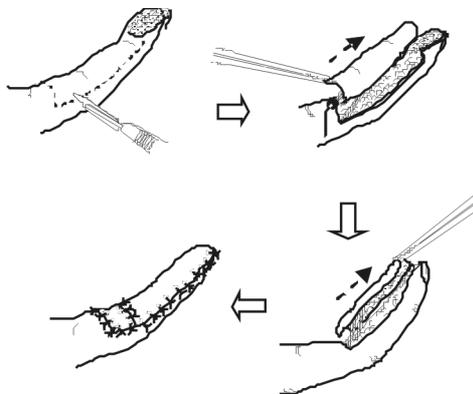


Figura 5. Retalho palmar por avançamento de pele

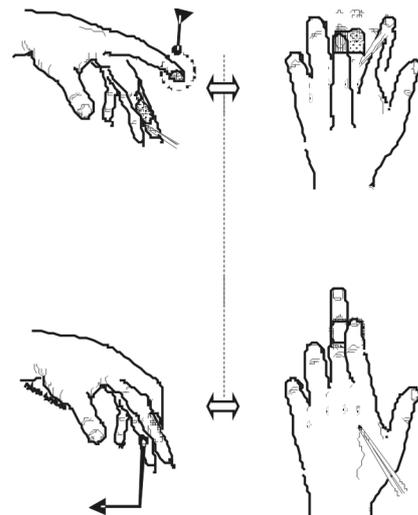


Figura 6. Retalho digital cruzado do dedo vizinho (*cross finger*)

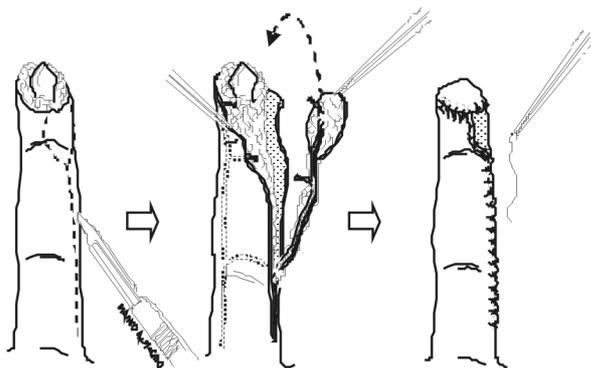


Figura 7. Retalho em ilha neurovascular homodigital



Figura 8. Retalho em ilha homodigital reverso

O retalho digital cruzado (Figura 6) é constituído pelo uso da pele dorsal (geralmente da falange média) do dedo vizinho. Durante a dissecação o plexo vascular subdérmico deve estar incluído no retalho. Entretanto, o tecido paratendinoso deve ser deixado sobre o aparelho extensor, pois do contrário não haverá “pega” do enxerto na área doadora do retalho. O tecido paratendinoso evita a aderência do enxerto no aparelho extensor, facilitando seu deslizamento.

O enxerto utilizado para o dorso do dedo deve ser de pele total retirada sob a forma de uma elipse da prega do cotovelo, a qual é suturada, deixando apenas uma cicatriz linear como seqüela. A separação dos dedos é feita em torno de duas semanas.^{5,8}

Para a polpa do polegar e indicador prefere-se o retalho cruzado digital inervado, que é mais trabalhoso, porém proporciona melhor retorno da sensibilidade na área receptora.

As perdas cutâneas muito extensas da face palmar do polegar, que não podem ser resolvidas com retalhos locais tipo VY ou de avançamento, podem ser reparadas usando uma ilha de pele da borda radial do dedo médio ou ulnar do dedo anular. É o chamado retalho em ilha neurovascular, no qual uma porção de pele que carrega consigo a vascularização e inervação que lhe pertencem é usada para substituir perdas cutâneas em locais mais importantes¹¹ (Figura 9).

Remove-se a ilha da área doadora com seu pedículo neurovascular dissecando-o até a porção proximal da palma da mão. O retalho é então passado por um túnel subcutâneo com todo o cuidado para evitar a torção do pedículo. A seguir, testa-se a perfusão do retalho, e este é suturado na face ventral do polegar. Tal procedimento tem o inconveniente de que, quando se toca no retalho colocado no polegar, o paciente sente como se tocasse na área doadora do retalho (dedo médio ou anular),

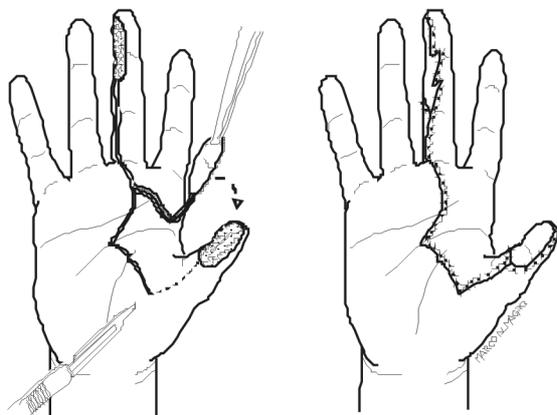


Figura 9. Retalho em ilha neurovascular para o polegar. A área doadora do retalho é coberta com enxerto de pele.

o que provoca uma dificuldade funcional do polegar. É provável que com o uso da mão ocorra uma transferência de sensibilidade da área doadora para a área receptora. No entanto, é preferível não esperar, pois isso pode demorar muito e a solução é suturar o nervo da ilha de pele no coto do nervo digital original do polegar.^{10,12}

Em certas situações, podemos utilizar a pele (com sua vascularização e inervação), de um dedo ou seguimento muito comprometido e que precise ser amputado, como um “filé de dedo” para cobrir um defeito na face palmar ou dorsal do dedo ou mesmo da mão.^{5,10}

LESÕES DA UNHA E DO LEITO UNGUEAL

Na presença de um hematoma volumoso debaixo da unha, com sua elevação, ao invés de realizar perfurações ungueais para esvaziar o hematoma preferimos extrair a unha, identificar o local do sangramento e cauterizar o vaso sangrante. Se houver ferimento no leito ungueal, opta-se pela sutura do leito ungueal com fio muito fino.

Quando há suspeita de que os pontos a serem aplicados no leito possam provocar irregularidades que agravem a lesão do leito ungueal é preferível apenas recolocar os retalhos do leito em posição ideal. Caso ocorra uma avulsão com perda de parte do leito ungueal, coloca-se um enxerto de espessura parcial. Após a sutura do leito ungueal, a unha, após sua limpeza, deve ser recolocada sobre o leito.

A aplicação de um ponto em “X” nas bordas cutâneas ajuda a manter a unha em contato com o leito. A recolocação da unha não só protege o leito ungueal como serve de tala para imobilizar a falange distal e também é útil para orientar o crescimento da nova unha^{8,10} (Figura 10).

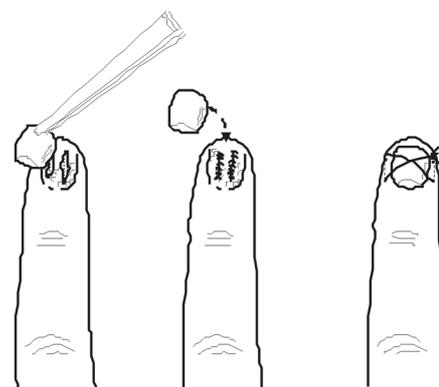


Figura 10. Reparação das lesões do leito ungueal com sutura e recolocação da unha.

CONCLUSÃO

As lesões da extremidade distal dos dedos constituem uma importante causa de atendimento na emergência e acometem principalmente jovens do sexo masculino em idade produtiva. Muitas dessas lesões podem ser tratadas imediatamente, ao passo que outras necessitam do encaminhamento para o especialista para um manejo adequado. O conhecimento dessas condições, bem como das situações nas quais o paciente deve ser avaliado pelo cirurgião especializado, é de extrema importância para um correto atendimento e prevenção de sequelas funcionais e estéticas.

REFERÊNCIAS

1. Fonseca NCR, Mazzer N, Barbieri CH, Meirelles V, Ellui C. Traumas da mão: estudo retrospectivo. Rev Bras Ortop. 2005;41(5):181-6.
2. Beaton AA, Williams L, Moseley LG. Handedness and hand injuries. J Hand Surg. 1994; 19(2):158-61.
3. Zumioti AV, Ohno PE, Guarnieri M. O emprego de retalhos microcirúrgicos na urgência. Rev Bras Ortop. 1994;29:231-5.
4. Ohmori K, Harii K. Free dorsalis pedis sensory flap to the hand, with microvascular anastomoses. Plast Reconstr Surg. 1976; 58:546-54.
5. Carneiro RS. Lesões da pele. B. Enxertos e retalhos na mão. In: Pardini Jr AG. Traumatismos da mão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1992. p.111-33.
6. Atasoy E, Iokimidis E, Kasdan MI, Kutz JE, Kleinert HE. Reconstruction of the amputated fingertip with triangular volar flap. J Bone Joint Surg. 1970; 52(A):921-6.
7. Kutler W. New method for fingertip amputation. JAMA. 1947; 133:29.
8. Verdan CE, Egloff DV. Lesões das pontas digitais. Clin Cir Am Norte. 1981; (1):233-66.
9. Silva JB, Del Rio JT, Carvalho L, Fridman M. Retalho desepidermizado dorsal homodigital. Rev Bras Ortop. 1997; 32(3):207-11.
10. Caetano EB. Microcirurgia nos traumatismos da mão. C. Retalhos cutâneos e musculares. In: Pardini Jr AG. Traumatismos da mão. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1992. p. 416-31.
11. Keim HA, Grantham SA. Volar flap advancement for thumb and fingertip injuries. Clin Orthop. 1969; 66:109-12.
12. Baumeister S, Menke H, Wittemann M, Germann G. Functional outcome after the Moberg advancement flap in the thumb. J Hand Surg. 2002; 27(1):105-14.



REVISTA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE SOROCABA

Agradecemos a colaboração da Associação dos Docentes da PUC-SP

Diretoria

Enio Marcio Maia Guerra
João Luiz Garcia Duarte
Celeste Gomes Sardinha Oshiro
José Eduardo Martinez
Dirce Setsuko Tacahashi
Nelson Bocato Jr.