

ARTRITE REUMATÓIDE E A MÃO

GENERALIDADES:

A Artrite Reumatóide(AR) corresponde á uma sinovite hipertrofiante(“pannus”) levando á destruição de tendões, cartilagem, osso, compressão de nervos e até mesmo deslocamento da própria articulação através de mediadores enzimáticos ou diretamente.. Afeta principalmente a membrana sinovial e cartilagem das articulações diartrodiais. Pode resultar em deformidades grotescas das mãos ao ponto de envergonhar o próprio paciente. Tem curso intermitente com remissões e exacerbações



ETIOLOGIA – multifatorial:

1. fatores ambientais – frio e umidade /focos inflamatórios ou infecciosos
2. fatores psicossomáticos
3. patrimônio genético
4. desequilíbrio imunológico
5. alterações neuroendócrinas

EPIDEMIOLOGIA:

-Acomete 1% da população dos países desenvolvidos(faixa etária entre 30 á 50 anos)

-Mais comum no sexo feminino (4:1) e discretamente mais incidente em fumantes.

-Incidência maior em parentes de 1º grau dos portadores da doença

-Risco de comprometimento 30 vezes maior em gêmeos univitelinos de portador e 6 vezes em bivitelino. Ocorre predisposição genética mas a concordância entre gêmeos é de 15-20%,ou seja precisa de um agente para disparar o gatilho e acredita-se que este agente seja causado por vírus e bactérias

-Associada ao HLA-DR4 em 70%

casos

-No Brasil, a incidência é maior na região Sul.

PATOGÊNESE:

A lesão histológica básica da AR é a inflamação das membranas sinoviais conhecida como sinovite. Na articulação normal, a cavidade articular é preenchida por liq sinovial incolor, transparente e viscoso produzido pela sinóvia. Uma articulação diartrodial possui uma sup articular cartilaginosa, cavidade articular e cápsula fibrosa. No processo patológico, ocorre proliferação inflamatória das membranas sinoviais conhecidas como

“pannus” que evolui para a destruição articular, ossos, ligamentos, tendões(o pannus produz enzimas proteolíticas – colagenases, elastases, proteases, catepsina D que degradam colágeno e proteoglicanos). Uma

vez iniciado, a hiperativação imunológica não pára mais. **Começa por ativação de CD4+ que atraem e ativam**

macrófagos e linfócitos B. (Infiltrados linfoistioplasmócítico, com predomínio de linfócitos espalhados ou em nódulos (Allison-Ghormley) rico em neoformação vascular e folículos linfóides com centros germinativos).

O resultado é a produção e liberação de citoquinas (TNF- α) e quemoquinas na membrana sinovial. Essas substâncias são responsáveis pela perpetuação do processo. **No HIV ocorre melhora da doença pela supressão de CD4+. Os linfócitos B se transformam em plasmócitos e começam a produção de**

anticorpos. O mais importante deles é o fator reumatóide (é uma IgM que reconhece a porção FC da IgG). O fator reumatóide apresenta-se detectáveis em 70-80% dos pacientes –

Soropositivos. As quemoquinas (quimiotáticos), entre eles o leucotrieno B4 e componentes do complemento (C3a, C5a) atraem neutrófilos.

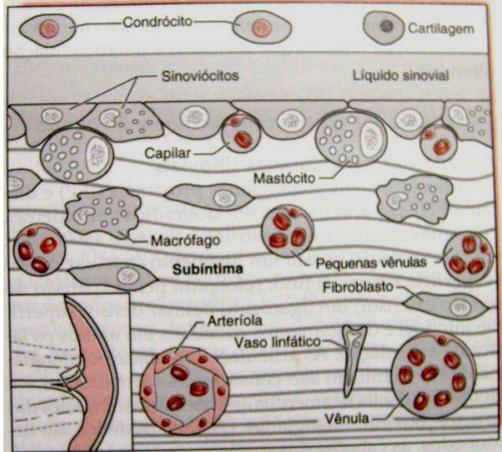
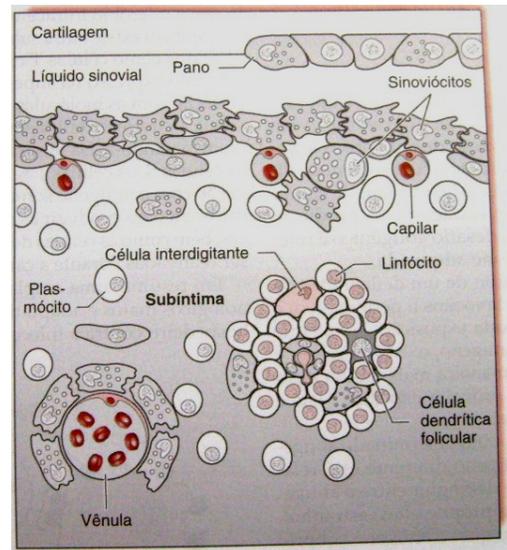


Fig. 1.3
Histologia de uma articulação sinovial normal. (Baseado em Klippel J H, Dieppe P A, eds, 1998, Rheumatology, 2nd Edition. Mosby, St. Louis.)

AR →



Resumo:

As características da sinovite na doença reumatóide são:

- Exsudação.
- Derrame articular (com polimorfonucleares).
- Aumento de linfócitos (aumento dos indutores CD4 em relação aos supressores CD8).
- Liberação de leucotrienos (LTB4), pelos linfócitos CD4, que são quimiotáticos para polimorfonucleares.
- Liberação de interleucinas, pelos linfócitos CD4, que estimulam linfócitos B.
- Secreção de enzimas (colagenases, elastases, proteases, catepsina D).
- Degradação de colágeno e proteoglicanos.
- Metabolismo anaeróbio – liberação de radicais livres.
- Prostaglandinas contribuindo para reabsorção óssea.
- Linfócito B – plasmócitos liberando imunoglobulinas (fator reumatóide).
- Alteração da relação entre macrófagos e linfócitos B e T.

QUADRO CLÍNICO:

- Sintomas sistêmicos : febre baixa, mal estar, astenia, fadiga, esplenomegalia e linfadenopatia acompanha em 20% casos.

- Sintomas articulares: dor, edema, rigidez matinal, limitação de movimentos e deformidades.

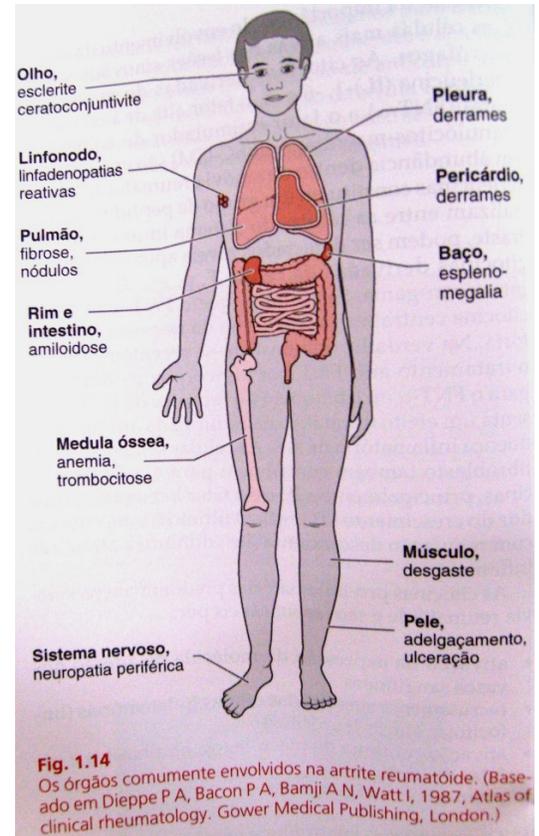
- Sintomas extra articulares:

- **Pele:** nódulos subcutâneos (indicam mau prognóstico).
- **Vasculites:** arterites, necrose digital, arterite visceral (coração, pulmão, rins etc.).
- **Neuropatia.**
- **Miopatia.**

A doença tem instalação insidiosa com sintomas de dor articular e rigidez, muitas vezes acompanhados de sintomas constitucionais como fadiga, mal estar, anorexia e desconforto muscular. Com a evolução do quadro, a doença geralmente assume a forma clássica, caracterizada por artrite simétrica das pequenas articulações das mãos e punhos.

O acometimento das mãos são comumente simétricos e bilaterais. As art MTF, IFP e do punho são as mais freqüentemente afetadas na fase inicial da doença. O processo é degenerativo e piora com o tempo. Poupa a IFD. Principais articulações envolvidas:

- 1- Pequenas articulações das Mãos (principalmente Metacarpofalangeanas e Interfalangeanas proximais)
- 2- Pequenas articulações dos Pés
- 3- Punhos
- 4- Ombros e Cotovelos
- 5- Articulação Coxo-Femural



EXAMES:

- Rx: rarefação óssea periarticular, redução do espaço articular, cistos subcondrais, anquilose, deformidades articulares.

- Laboratoriais:

- Hemograma (*anemia moderada-normocítica e hipo/normocrônica*, leucocitose, eosinofilia, trombocitose)
- Provas inflamatórias alteradas - aumento do VHS, Ptn –C reativa e alfa-1 glicoproteína.
- Provas imunológicas alteradas: FR (fator reumatóide) corresponde á auto anticorpos detectados pelo teste do Látex (80%) ou Waaler Rose (60%). O FR não é patognomônico da AR. Outros anticorpos são formados: anticorpos antinucleares, complemento e antígenos de histocompatibilidade..

Tabela 3: Patologias (que não a AR) relacionadas a FR positivo

Lúpus (ILES)	Mononucleose infecciosa
Síndrome de Sjögren	Tuberculose
Hepatopatias crônicas	Hanseníase
Sarcoidose	Sífilis
Fibrose pulmonar idiopática	Calazar
Hepatite B	Esquistossomose
Endocardite bacteriana subaguda	Malária

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS:

- American College Rheumatology : no mínimo 04 dos 07 critérios abaixo mencionados:

Tab.2 CRITÉRIOS REVISADOS PARA 'CLASSIFICAÇÃO' DA ARTRITE REUMATÓIDE - AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY -	
CRITÉRIO	COMENTÁRIO
1 RIGIDEZ MATINAL	<i>Deve perdurar pelo menos por 1 hora</i>
2 ARTRITE DE 3 OU MAIS ARTICULAÇÕES	<i>Ocorrendo simultaneamente e com edema ou derrame articular observado pelo médico</i>
3 ARTRITE DAS ARTICULAÇÕES DAS MÃOS OU PUNHO	<i>Pelo menos 1 área com edema em punho, metacarpofalangeana ou interfalangeana proximal</i>
4 ARTRITE SIMÉTRICA	<i>Envolvimento simultâneo bilateral (para as metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais, não precisa haver simetria perfeita)</i>
5 NÓDULOS REUMATÓIDES SUBCUTÂNEOS	<i>Nas superfícies extensoras e regiões periarticulares, observados pelo médico</i>
6 FATOR REUMATÓIDE*	<i>Existência de níveis elevados desta IgM</i>
7 ALTERAÇÕES RADIOGRÁFICAS	<i>RX pósterio-anterior de mão ou punho revelando erosões ou decalcificação (excluídas as alterações da osteoartrite)</i>

Um paciente deve ser diagnosticado para artrite reumatóide se preencher 4 destes 7 critérios.
 Para que os critérios de 1 a 4 sejam válidos, eles devem persistir por, no mínimo, 6 semanas.

* O Fator Reumatóide é dosado na prática por dois métodos sorológicos:
 1- **Prova do Látex:** Utiliza-se aqui uma suspensão de partículas de látex poliestireno revestidas de imunoglobulina humana especialmente preparada. Estas partículas aglutinam-se macroscopicamente quando misturadas ao soro contendo o fator reumatóide (IgM anti-IgG humana). A prova é geralmente realizada em lâmina, podendo ser qualitativa ou quantitativa. No primeiro, o resultado é positivo (agregados finos), fracamente positivo (agregados grosseiros) ou negativo (sem aglutinação visível). No quantitativo, são feitas diluições progressivas do soro, obtendo-se, em doentes com AR títulos entre 1:20 a 1:40.960.
 2- **Prova Waaler-Rose:** Esta prova não tem a sensibilidade da anterior, mas é mais específica e costuma ser negativa nos casos de látex falso-positivo. Consiste em fazer o soro do doente aglutinar hemácias de carneiro recobertas de soro de coelho sensibilizado contra hemácias de carneiro. A aglutinação só se dá na presença do fator reumatóide. Os resultados são dados em TAD (título aglutinante diferencial). A prova é considerada positiva em diluição igual ou superior a 1:32.

- New York Diagnostic Criteria: os primeiros dois critérios associados ao 3º ou 4º
 - 1º) Acometimento doloroso de pelo menos 03 articulações
 - 2º) Edema, limitação funcional, subluxação ou anquilose de pelo menos 03 articulações sendo que uma delas deve ser a mão , punho ou pé .
 - 3º) presença de erosões ósseas no RX
 - 4º) fator reumatóide positivo

Em geral os sintomas mais gerais como astenia, fadiga, mal estar e febre subclínica passam despercebidos. O paciente procura o médico por sintomas articulares, principalmente das pequenas articulações dos pés e mãos.

QUADRO DE CONCEITOS I

A AR predomina em algum grupo ?	Predomina em Mulheres (3:1) Predomina em parentes de primeiro grau (4:1)
Em que idade geralmente é descoberta ?	Entre 35 - 55 anos
Qual é o marco do seu mecanismo de lesão ?	Formação do <i>Pannus</i> (Sinovite), com destruição das Cartilagens das diartroses, originando deformidades
O que é o Fator Reumatóide ?	É uma IgM (que 'ataca' as IgG)
As doenças reumatológicas costumam ter um padrão de comprometimento Articular - Como é o padrão clássico da AR ?	a) Insidioso, intermitente, marcado pela lesão das pequenas articulações de mãos e punhos b) Caracteristicamente Simétrico
Quais são as deformidades mais típicas ?	São as das mãos e punhos: a) desvio ulnar dos dedos b) deformidade em 'Pescoço de Cisne' c) deformidade em 'Abotoadura' d) punhos em 'Dorso de Camelo'
Existe um grupo de articulações que costuma ser estranhamente poupado. Qual é ?	As Interfalangeas Distais
A AR não costuma lesar o esqueleto axial, à exceção ...	Da coluna Cervical (subluxação Atlanto-Axial)
Se um paciente com AR desenvolve sinais de tromboflebite em membro inferior, devemos suspeitar de qual condição ?	Cisto de Baker
Se um paciente com AR desenvolve dor na região anterior do pescoço, associada à disfagia e rouquidão, devemos suspeitar de qual condição ?	Cricoaritenoidite

Quadro 1.1
Análise do líquido sinovial na artrite inflamatória

	Normal	AR	Gota	Séptica
Coloração	Incolor	Amarela	Amarela	Amarela
Transparência	Translúcido	Turvo	Turvo	Purulento
Viscosidade	Alta	Baixa	Baixa	Baixa
Contagem de leucócitos (/mm³)	<1.500	2-50.000	5-50.000	50-500.000
% de neutrófilos	<5	30-80	50-80	>95
Cristais	Não	Não	Sim	Não
Bactérias	Não	Não	Não	Sim

MÃO REUMATÓIDE

Causas comuns de artrite inflamatória

Microbianas

- *Staphylococcus aureus*
- *Neisseria gonorrhoeae*
- Doença de Lyme (*Borrelia burgdorferi*)
- Vírus da hepatite B
- Vírus Epstein-Barr
- Vírus da febre do Rio Ross

Cristal

- Urato de sódio
- Pirofosfato de cálcio diidratado

Espondiloartropatias soronegativas

- Espondilite anquilosante
- Artrite psoriática
- Artrite associada à inflamação intestinal crônica – colite ulcerativa e doença de Crohn
- Artrite reativa e síndrome de Reiter

Auto-imune

- Artrite reumatóide
- Lúpus eritematoso sistêmico

Outros

- Polimialgia reumática



I – GENERALIDADES:

As deformidades mais típicas da AR são na mão: desvio ulnar dos dedos, deformidade em “pescoço de cisne”, deformidade em “abotoadora”, “punhos em dorso de camelo”.

Deformidade típica da mão reumatóide ocorre á nível da art MTF(desvio ulnar com subluxação ou luxação dos dedos). Postula-se que seja secundário á frouxidão cápsulo-ligamentar radial, colapso do punho com desvio radial dos mtc, desvio ulnar dos extensores dos dedos, ação dos músculos intrínsecos.

Outras deformidades: art IFP(deformidade em botoeira ou “pescoço de cisne”)

art IFD(dedo em martelo). No polegar além destas deformidades destaca-se a “dedo de guarda caça” que corresponde ao afrouxamento do ligamento colateral ulnar. Este “afrouxamento” pode envolver os ligamentos da placa volar levando á hiperextensão da art MTF do polegar.

A tenossinovite dos tendões flexores e extensores leva á erosão , atritamento e a conseqüente ruptura dos tendões(mais frequentes nos extensores). **Dentre as rupturas dos tendões extensores as mais comuns na AR são : extensor dos dedos, fl longo do polegar.** Ao nível dos flexores,(a ruptura é mais freqüente no flexor longo do polegar) a inflamação pode levar ao dedo em gatilho ou em casos avançados destruir as polias. Pode haver também ruptura dos ligamentos radio

cárpicos(radioescafo-capitato) ou radiossemilunar, levando á instabilidades(VISI)

As articulações interfalangianas distais costumam ser poupadas, o que é um sinal útil para diferenciar a artrite reumatóide da osteoartrose e da artrite psoriásica.

II – TRATAMENTO:

Clínico: Deverá incluir apoio psicológico, controle da doença inflamatória, repouso articular e prevenção das deformidades.

Medicamentos :

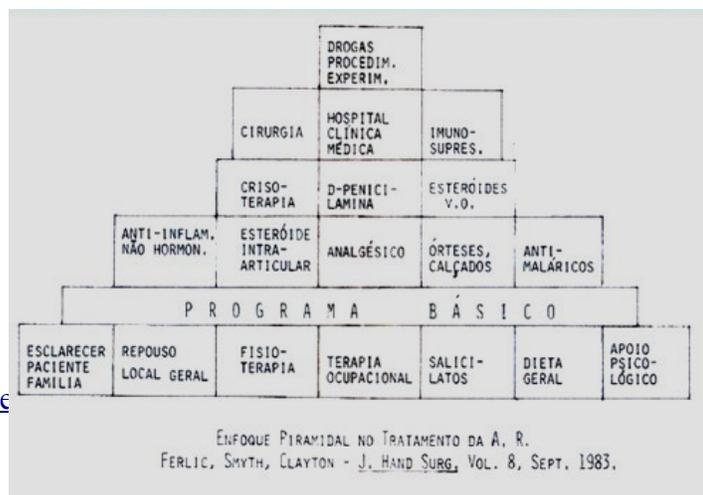
- aines, corticóides
- drogas remissivas – antimaláricos, sais de ouro, sulfassalazina, D-penicilamina
- agentes imunossupressores (methotrexate, ciclofosfamida, azatioprina, etc),

Quadro 1.2
Princípios do tratamento medicamentoso na AR

Tipo de medicamento	Ação
Analgésicos	Alívio da dor
Agentes antiinflamatórios não-esteróides	Reduzir a inflamação
Corticosteróides	Reduzir a inflamação
Agentes anti-reumáticos modificadores da doença	Induzir a remissão e evitar a destruição articular

- órteses: podem ser de 3 tipos:
 - de manutenção(usadas durante atividades manuais)
 - de repouso(uso noturno)
 - de correção de deformidades(tração elástica) .

As órteses visam principalmente prevenir as deformidades. Deve-se evitar o máximo possível o uso das mãos. Membros parados podem não desenvolver a deformidade. A melhor maneira de tratar um doente eumatóide é pelo reumatologista assessorado pelo ortopedista. O primeiro na parte medicamentosa e o segundo acompanhado por terapeutas de mão(fisio) na prevenção de deformidades e indicação conjunta de procedimentos cirúrgicos.



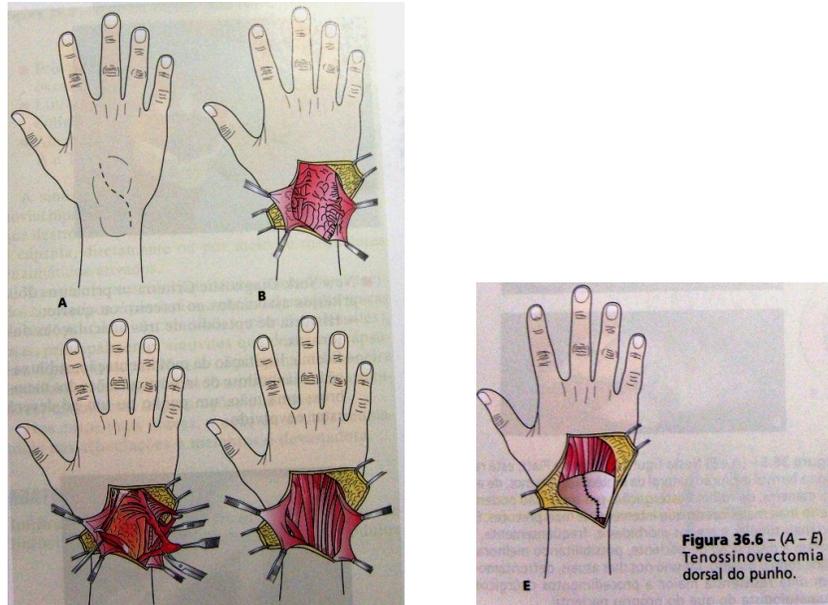
Cirúrgico: inclui as tenossinovectomias, sinovectomias, cirurgias de tendões, artroplastias (com ou sem próteses) e artrodeses.

CIRURGIA NA MÃO REUMATÓIDE	
CLASSIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS USUAIS	
OPERAÇÃO	LOCAIS
ARTRO-SINOVECTOMIA	M.F., I.F.P., PUNHO
TENOSSINOVECTOMIA	DORSAL, PALMAR, DIGITAL, PUNHO
TENOPLASTIAS	REDUÇÃO, SUTURA T-L, TRANSFERÊNCIA, TRANSLOCAÇÃO, TENOLISE, TENOTOMIA.
ARTROPLASTIA	M.C.F., I.F.P., T.M.C., PUNHO.
ARTRODESE	DIGITAL, POLEGAR, PUNHO.

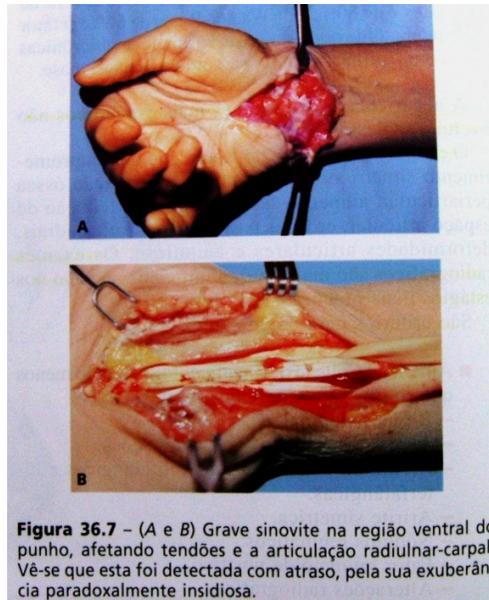
A)

Tenossinovectomia: indicado em pacientes refratários ao tratamento conservador e o momento ideal será decidido pela equipe (reumatologista, terapeuta ocupacional, cirurgião de mão). Deve-se evitar a progressão das deformidades (limitação funcional, rupturas, etc). Pode ser feitas por dois acessos:

- Dorsal do punho (pode abranger os 6 compartimentos dorsais)
 1. abductor longo e extensor curto
 2. extensor radial longo e curto
 3. extensor longo do polegar
 4. extensor comum dos dedos e extensor próprio do indicador
 5. extensor próprio do dedo mínimo
 6. extensor ulnar do carpo



- Ventral do punho – não é tão evidente quanto a dorsal pois o lig transverso do carpo não permite a palpação do tecido sinovial hiperplásico. A sinovite no canal do carpo causa STC sendo a compressão do mediano uma indicação de cirurgia precoce)

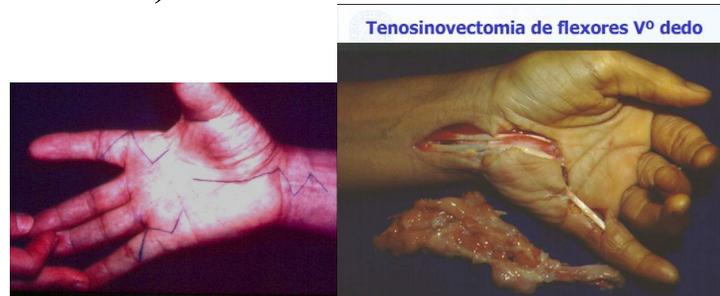


- dos (deve-se as polias.

comumente usada é a de Brunner- zigiguezague volar.. Após a sinovectomia iniciar mobilidade precoce com fisioterapia para evitar aderência Na fase mais tardia deve-se fazer além da tenossinovectomia a

Tenossinovectomia flexores dos dedos preservar ao máximo A incisão mais

reconstrução das polias destruídas e em um 2º tempo a tenólise dos tendões envolvidos e aderidos).



B) Sinovectomia das articulações :o ideal é indicá-la antes de ocorrer as lesões ósseas e ligamentares devido ao risco de instabilidades e luxações. A maior dificuldade é determinar o momento ideal. Mesmo com as deformidades já instaladas ela é indicada para evitar a progressão das articulações. No POI a articulação deve ser imobilizada (evitando deformidade em flexão) seguida de mobilização precoce principalmente as art MTF e IFP. A sinovectomia do punho não é muito freqüente sendo mais indicada as artrodeses segmentares ou totais

- Sinovectomia das MCF – 02 incisões (uma entre 2º-3º e outra entre 4º-5º longitudinais, preservando ao máximo a drenagem linfática e venosa. Pode ser usada também incisão em “S”.



- Sinovectomia das IFP – incisão dorsal S ou oblíqua por meio de

capsulotomia volar(entre lig colateral e placa volar),local da sinovite deformante.O aparelho extensor é seccionado longitudinalmente preservando suas bandas central e laterais.

C) Excisão da Cabeça da Ulna (cirurgia de Darrash): indicada quando houver incongruência na art radio ulnar distal com lesão da cartilagem articular, porém com estabilidade radio-cárpica

D)Cirurgia de Kapanji



D) Rupturas tendinosas: As rupturas ocorrem mais frequentemente nos tendões extensores.Geralmente a tenorrafia ou os enxertos tendinosos não apresenta resultados satisfatórios pois os tendões são patológicos(friáveis, isquemiados) e a cicatrização não é adequada.Pela mesma forma enxertos tendíneos não indicados

Opções(solidarização) :

- extensores do 4º e 5º dedos : sutura do coto distal aos extensores mais radiais

<http://traumatologiaeortopedia.com/>

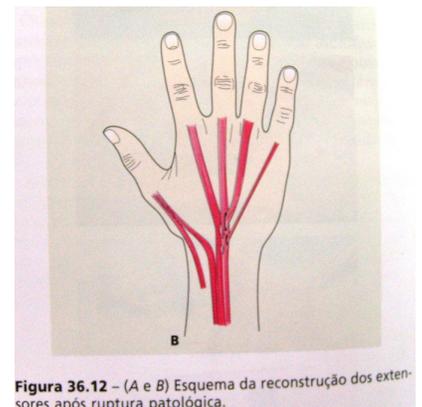


Figura 36.12 - (A e B) Esquema da reconstrução dos extensores após ruptura patológica.

íntegros. Se houver rupturas de todos os extensores opta-se pelas transferências tendinosas(flexor ulnar ou radial do carpo)

- extensor longo do polegar: transferência tendinosa do extensor próprio do indicador ou extensor curto do polegar(melhor opção se já houver artrose da art MTF onde será indicado a artrodese)

- flexor longo do polegar: transferência do flexor superficial do 4º dedo
- flexores dos dedos: pode-se utilizar enxerto do palmar longo ou plantar delgado

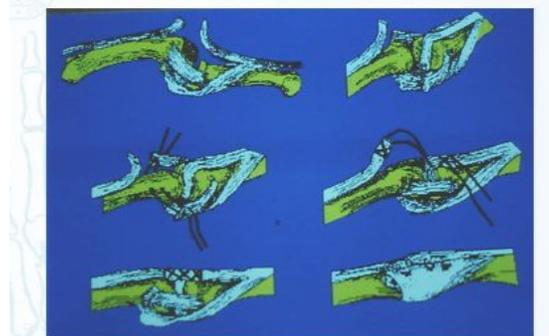
E) Artrodese: indicada se houver comprometimento grave da superfície articular com lesão irreversível do tecido cartilaginoso e da função com quadro degenerativo e bastante doloroso. São indicadas principalmente nas art MTF e IFP do polegar, art IFP dos dedos e no punho. Uma das técnicas corresponde ao desbridamento articular associado á osteossíntese com fios de Kirschner .No punho , as artrodeses podem ser totais e parciais.



F) Artroplastia: geralmente indicada para as art MTF dos dedos, com ou sem prótese

- na trapeziometacarpica podemos fazer a ressecção do trapézio associados a reconstrução ligamentar(ligamentoplastia) utilizando o FRC ou abd longo polegar
- sem prótese: nas art MTF a cirurgia consiste no desbridamento articular + reposicionamento do aparelho extensor + redução da articulação + tenotomia ou transferência dos músculos intrínsecos.

Artroplastia sem prótese (Vainio)



- com prótese: indicada nas art MTF(prótese de Swanson) com degeneração, instável, luxada e com desvio ulnar levando á grave comprometimento funcional da mão.As próteses são de silicone,algumas com componentes metálicos associados

A incisão é a longitudinal entre 2º-3º e entre 4º-5º dedos.Consiste de capsulotomia,resseção tecido sinovial patológico,resseção sup articular distal do metacarpo,desbridamento da base da falange proximal com serra ou sacabocado(corrigindo o desvio ulnar,fresagem e curetagem do canal medular desses ossos,introdução da prótese ,capsulorrafia e reposicionamento do ap extensor

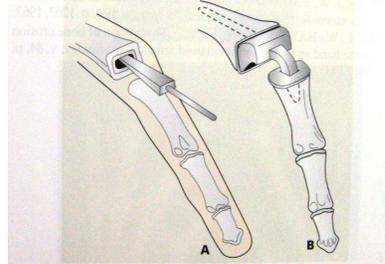


Figura 36.21 – (A e B) Artroplastia da metacarpofalângiana com próteses de silicone.

Artroplastias

- **Sem prótese**
 - procedimento mais difícil e mais demorado
 - não há introdução de corpo estranho
 - mais econômico
- **Com prótese**
 - procedimento mais simples e mais rápido
 - introdução de corpo estranho
 - desprendimento de material
 - quebra do material
 - maior risco de infecção
 - muito mais caro

Desvio ulnar
fisiopatologia
fatores que podem contribuir concomitantemente:

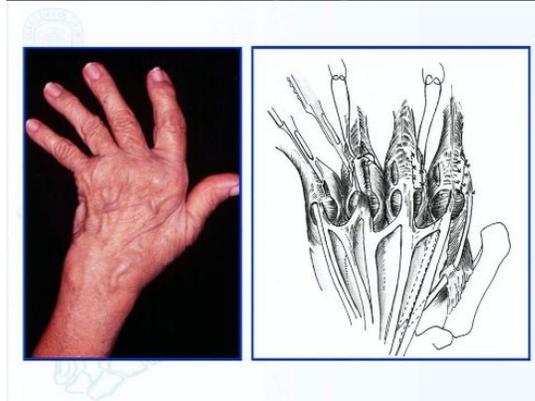
dos dedos:a
envolve vários

- Frouidão capsuloligamentar radial.
- Colapso do punho e desvio radial dos metacar-pais.
- Desvio ulnar dos extensores dos dedos por frouidão da banda sagital do lado radial.
- Ação dos músculos intrínsecos.
- Naturalmente, as forças aplicadas durante a pinça digital ou preensão de objetos provocam o desvio ulnar dos dedos, que pode se perpetuar pelas afecções citadas.

Para sua correção, vários procedimentos, isolados ou combinados, foram propostos por diversos autores, entre os quais destacamos:

- Secção dos intrínsecos.
- Transferência dos intrínsecos.
- Sinovectomia e reposicionamento do extensor.
- Artroplastia sem prótese.

Desvio ulnar – grau I – deformidade corrigível passivamente e mantém passivamente



Desvio ulnar grau II – deformidade corrigível passivamente e não se mantém



Desvio ulnar grau III – incorrigível + luxação da MCF



OBS I : Deformidade em botoeira : na AR geralmente encontramos um estiramento e não ruptura do tendão extensor central ou ligamentos retinaculares de Landsmeer.

Tratamento: deformidade da IFP progressiva(flexão) com articulação viável indica-se sinovectomia com reconstrução ou avanço do tendão extensor central. Se houver comprometimento articular com deformidade em flexão fixa indica-se a artrodese

<h3>Deformidade em botoeira</h3> <ul style="list-style-type: none">• flexão da IFP e extensão da IFD• lesão do tendão extensor central• retração do ligamento retinacular transverso 	<h3>Classificação das botoeiras na DRE (Nalebuff e Millender)</h3> <ul style="list-style-type: none">• Tipo I<ul style="list-style-type: none">• Leve: tutor dinâmico• Tipo II<ul style="list-style-type: none">• Moderado (flexão de IFP > 30°): encurtamento do mecanismo extensor• Tipo III<ul style="list-style-type: none">• Grave (flexão fixa + destruição articular): artrodese ou artroplastia de IFP + tenotomia do TET
--	---

OBS II: Deformidade em pescoço de cisne(Swan Neck): corresponde á flexão da IFD e hiperextensão da IFP(posição intrínseca plus). Normalmente a placa volar e o flexor superficial do dedo é que impede a hiperextensão da art IFP. A sinovite na AR detroi estas estruturas levando a art IFP á hiperextensão. Posteriormente as bandas laterais deslocam-se dorsalmente (alonga os ligamento retinaculares de Landsmeer), levando á um desequilíbrio entre o flexor profundo e o aparelho extensor e associado á contração da musculatura intrínseca culmina com a flexão da art IFD. Dentre outras causas de Swan Neck destaca-se: dedo em martelo crônico(força de extensão concentrada apenas na ART IFP levando á deformidade), deformidade em flexão da art MTF(leva a uma hiperatividade do aparelho extensor á nível da art IFP) .



Tratamento do pescoço de cisne

- **Deformidade móvel: liberação de intrínsecos +**
 - tenodese com o FS (Littler, 1952) **OU**
 - reconstrução do lig. retinacular oblíquo
 - Littler (1967)
 - Zancoli (1979)
 - Azze (1983)
- **Rigidez com articulação viável**
 - Capsulotomia (liberação de partes moles) +
 - reconstrução do lig. retinacular oblíquo
- **Rigidez com articulação inviável**
 - artrodese **OU**
 - artroplastia

Tratamento: Nalebuff classifica o Swan neck em 04 tipos, variando o tratamento:

- Tipo I: mobilidade da art IFP mantida. O paciente apresenta apenas dificuldade em iniciar a flexão da articulação. O tratamento pode ser conservador(órteses estáticas) ou cirúrgico:

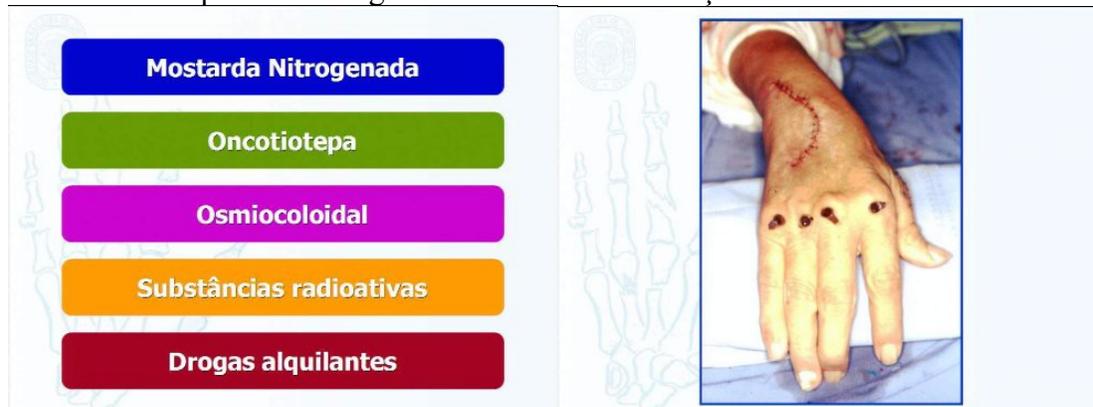
=> artrodese da IFD(se a causa for dedo em martelo)

=> tenodese do flexor superficial(limita a hiperextensão da art IFP)

=> reconstrução do ligamento retinacular oblíquo e criação do ligamento retinacular oblíquo em espiral(limita a hiperextensão da art IFP e a flexão da art IFD)

- Tipo II: mobilidade da art IFP limitada associada á flexão da art MTF. O tratamento consiste de tenotomia dos intrínsecos e/ou correção da deformidade na MTF. Se a deformidade em flexão da art IFD for importante realiza-se a artrodese
- Tipo III: limitação importante da mobilidade da art IFP secundário á contraturas de partes mole(sem alterações radiográficas). O tratamento inicial é recuperar a mobilidade articular (manipulação, tenólise ou capsulotomia) e posteriormente tratar como nos tipos I e II .
- tipo IV: rigidez articular associada á alterações radiográficas. O tratamento consiste em artrodese ou artroplastia.

Sinovectomia química – drogas infiltradas nas articulações



Bibliografia – Tratado de ortopedia – Cohen/aula clube da mão/Medcurso – módulo reumatologia –

MAO REUMATOIDE

Diagnostico: mulher (75%), 20-45 anos, 15% dos pacientes é a 1ª manifestação da AR, bilateral.

*Critérios de AR (pelo menos 4)

- 1) rigidez matinal
- 2) nódulos
- 3) artrite simétrica
- 4) FR (+)
- 5) RX (osteopenia)
- 6) artrite em 3 áreas (6sem)
- 7) uma articulacao é a mão.

Quadro clinico: simétrico, nódulos (25%= lesão extra articular + comum), parestesia, rigidez matinal (1 hora), hiperidrose, fenômeno de Raynold, pele atrófica, dor, limitação ADM, fraqueza, luxação volar do carpo, luxação dorsal da ulna (síndrome da cabeça ulnar), pronação, desvio ulnar dos dedos, dissociação RUD, colapso do carpo, síndromes compressivas pela compressão extrínseca por sinovite (Guyon, túnel do carpo), frouxidão ligamentar (predispõe a DISI e SLAC), rupturas tendineas por atrito, tenossinovite e isquemia (+freqüente FLP e ELP) acometimento fibrocartilagem triangular (menisco discóide, EUC, ligamento ulnocarpal, ligamento RUD), gangrena de extremidades, hemorragias, erupções necróticas, polineuropatia, parestesia, paralisia periférica por vasculite reumatóide (ataque ao endotélio vascular). Pescoço de cisne (deformidade + freqüente, por trauma pelo dedo em martelo, sinovite IFP com disfunção articular, subluxação MCF por tensão bandeleta central do extensor, tensão mm intrínsecos), dedo em boteira e dedo em martelo (relaxamento estruturas volares ou retração mm intrínseca).

Classificação:

Nalebuff (para polegar)

tipo 1: flexão MCF

tipo 2: flexãoMCF e extensão IF

tipo 3: hiperextensão MF + flexão IF

tipo 4: 3+ luxação trapezio-MC +adução

Zancolli (para dedo em boteira)

grau 1: sem lesão tendinosa

grau 2: lesão bandeleta central

grau 3: 2 + retração ligamento retinacular
grau 4: rigidez articular.

Exames complementares:

Fator reumatóide presente em 70% a 80%.

VHS elevado em 85% a 95%.

RX: desvio ulnar carpo e dedos, desvio radial MTC (zigue zague de Shapiro). Incidência de Breuerton: variante do AP, deve ser obtida em todos os pacientes c/ AR, dedos espalmados na chapa c/ MTC 60° e raio 15° p/ ulnar (alterações erosivas na MF).

Tratamento: ordem do tratamento é de proximal p/ distal.

Punho: sinovectomia tendinosa, realinhamento, sinovectomia articular, artroplastia ou artrodese.

Carpo: sinovectomia ou artrodese.

MF: sinovectomia, transferência de intrínsecos se desvio ulnar, artroplastia c/ prótese de Swanson.

Pescoço de Cisne: cirurgia de Curtis.

Tenossinovites: tenossinovectomia e transferências no caso de ruptura (ruptura do ELP, transfere o extensor próprio do 2°).

Dedo em botoeira: sinovectomia com ou sem tenoplastia, artrodese, cirurgia de Littler (tenodese do FS), cirurgia de Matev (bandeletas laterais), cirurgia de Zancoli.

Próteses de punho: última alternativa, diminui ADM, alivia dor, poucas complicações.