

Fisioterapia na mão reacional

DEFINIÇÃO:

Mão reacional é um quadro patológico ligado a mecanismos imunológicos, que leva ao comprometimento da função da mão. Tem caráter eminentemente destrutivo e é de rápida evolução, podendo deixar seqüelas graves e de difícil correção (Fig. 33.1).

1 -Mão reacional: edema, infiltração e fibrose.

Os quadros reacionais comprometem, na superfície, os tecidos moles da mão e, em profundidade, o aparelho osteoligamentar, com manifestação nas articulações interfalangeanas e metacarpofalangeanas.

Quanto ao aspecto clínico, podemos dividi-lo em duas fases: aguda e residual.

Fase aguda

Sinais e sintomas:

- inflamação
- dor
- edema
- eritema
- cianose

O comprometimento inflamatório profundo (miosites e tenossinovites) pode lesar os músculos intrínsecos e extrínsecos da mão (Fig. 33.2).

Fase residual

Manifestações clínicas:

- atrofia de pele
- cicatrizes



Fig. 33.1 Mão reacional.

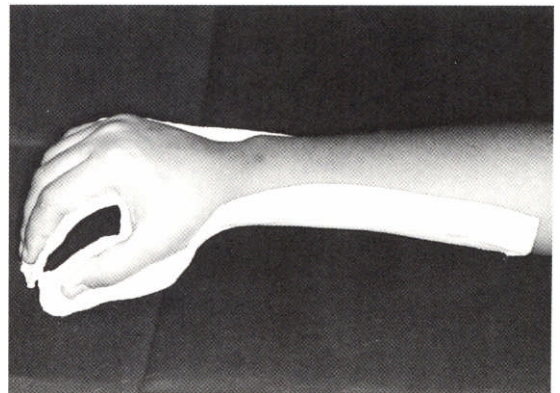


Fig. 33.2 Imobilização em tala.



Fig. 33.3 Mobilização passiva da mão.

- retrações tendíneas
- anquiloses
- reabsorções
- deformidades.

As deformidades comumente encontradas são:

- mão em garra
- dedos em casa-de-botão
- deformidades em pescoço-de-cisne
- dedos em martelo
- intrinsic plus*

A deformidade da mão em garra caracteriza-se pela hiperextensão da metacarpofalangeana e flexão das articulações interfalangeanas proximais e interfalangeanas distais, causadas por infiltrados inflamatórios no dorso da mão, que podem evoluir para contraturas.

A deformidade dos dedos em casa-de-botão caracteriza-se pela hiperextensão da articulação metacarpofalangeana, flexão da interfalangeana proximal e hiperextensão da articulação interfalangeana distal, localizando-se a patologia no aparelho extensor, ao nível do dorso da articulação média.

A deformidade em pescoço de cisne caracteriza-se pela hiperextensão da articulação

interfalangeana proximal e flexão da articulação interfalangeana distal, por patologia do aparelho extensor.

A deformidade dos dedos em martelo, caracteriza-se por urna flexão distal como conseqüência da ruptura do aparelho extensor a nível do tendão extensor distal.

A deformidade em *intrinsic plus*, ocorre nos casos reacionais da mão, associados ou não a neurites, nos quais os músculos interósseos se fibrosam em contração - miosite reacional. Neste caso, as articulações meta-carpofalangeanas se encontram em flexão e as interfalangeanas proximais em hiperextensão, com discreta flexão compensatória da inter-falangeana

Estas deformidades podem ser rígidas na mão que não receber tratamento adequado.

Tratamento:

Fase-aguda

Objetivos:

- Reduzir a inflamação (tratamento medicamentoso)
- Controlar a dor.



Fig. 33.4 Contraturas severas como seqüelas de mão reacional

- Reduzir o edema, através da elevação da mão e banhos de contraste.

Nesta fase, devemos imobilizar a mão em posição funcional para que, no caso de possíveis contraturas e deformidades, ocorra o mínimo de incapacidades funcionais.

- punho em extensão (aproximadamente 15°)
- dedos em posição intrínseca
- polegar em abdução.

Após a fase aguda, devemos mobilizar esta mão, com o objetivo de melhorar a força muscular e reduzir deformidades e/ou incapacidades (Fig. 33.3).

Após a fase aguda podemos, então, utilizar dentro da fisioterapia os seguintes recursos:

Banho de contraste = com o objetivo de produzir hiperemia pela alternância da submersão em água quente e água fria, obtendo-se como resultado o alívio subjetivo da dor e rigidez.

Banho de parafina = visando aquecer as pequenas articulações, uma vez que a parafina possui calor relativamente baixo.

Splints dinâmicos com o objetivo de melhorar a função através do uso de alavanca, polias, etc.

A falta dessas medidas certamente acarretará uma mão totalmente disfuncional, com retrações, fibroses e deformidades (Fig. 33.4).

O tratamento da mão, nessas condições, é extremamente difícil, o que torna de grande importância a sua prevenção.

BIBLIOGRAFIA

ARVELO, J. J. "Exploração funcional da mão". OMS. Caracas, Venezuela, 1978.

BRAND, P.W. Clinical mechanisms of the hand. St. Louis, Missouri, Mosby, 1985.

BROWSE, N. "Popedêntica cirúrgica básica. Livraria Atheneu. R.J. Brasil, 1980.

CARAYON, A. *Néurites lepreuses*. Editora Masson, Paris, França, 1984.

FLYNN, J.E. *Cirurgia de la mano*, Barcelona, Ediciones Toray, 1977.

HUNTER, J. ET AL. "Rehabilitation of the hand". C.V. Mosby Company St. Louis, Toronto, Canadá, 1984.

KOTTKE, F. ET. ALL. *Krusen: Tratado de medicina física e reabilitação*, São Paulo, Manole, 1984.

MCCARTY, D. J. "Artritis y otras patologias relacionadas". Editorial Médica Panamericana S.A. 10ª Edición. Buenos Aires, Argentina, 1987.

NAAFS, B. *The prevention of permanente nerve damage in leprosy*. s.n.t.

PARDINI, A. G. JR. "Cirurgia da mão- lesões não traumáticas" MEDSI - R.J. Brasil, 1990.

SNELL, R.S. Atlas of clinical anatomy, Boston, Little, Brow and Company, 1978.

SOBOTTA, J. "Atlas de anatomia humana". Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Brasil, 1990.