

## Dedo em Garra/Dedo em Martelo

As deformidades dos dedos menores são muito comuns

Ocorrem por um desequilíbrio na flexão dinâmica e forças de extensão que cruzam as articulações dos dedos, podendo estar associado a doenças sistémicas como a artrite reumatoide ou a Diabetes Mellitus, a síndromes de compartimento, sinovites ou alterações neurológicas.

- Dedo em Martelo

Deformidade em Flexão da articulação interfalângica proximal(IFP), associada a extensão da articulação metatarsofalângica(MTF).

- Dedo em Garra

Deformidade em Extensão da MTF, Flexão da IFP e Flexão da articulação interfalângica distal(IFD)

- Dedo em Colo de Cisne

Deformidade em Extensão da MTF, Flexão da IFP e Extensão da IFD

Inicialmente, estas deformidades são ligeiras e flexíveis/reduzíveis, mas podem evoluir, tornando-se mais acentuadas e rígidas.

Os pacientes apresentam dor e calosidades no local onde a deformidade entra em contacto com o calçado, podendo mesmo chegar a desenvolver feridas e úlceras.

Quando estas deformidades se tornam sintomáticas, a primeira atitude a tomar é adaptar o calçado ao pé, evitando calçado apertado e preferindo calçado com biqueira alta.

Outra maneira de aliviar os sintomas é a utilização de ortóteses digitais que permitem uma correção parcial da deformidade durante o período em que são usadas, mas não permite uma correção definitiva e completa.

Quando estas medidas não invasivas são insuficientes para o bem estar do doente, o tratamento cirúrgico deve ser ponderado.

- Deformidades pequenas e flexíveis

- Tratamento cirúrgico de partes moles, como por exemplo tenotomias/alongamento tendinoso e capsulotomias, são os gestos cirúrgicos mais utilizados.

- Deformidades irreduzíveis e rígidas

- Necessidade de se realizar procedimentos ósseos como as resseções artroplásticas, as artrodese interfalângicas ou mesmo osteotomias dos metatarsianos (osteotomias tipo Weil).

Estes procedimentos podem ser realizados em regime de ambulatório, em que o doente entra e sai no próprio dia, apenas com a necessidade de sapato específico para a marcha.

Necessidade de penso corretor/taping por um período de 4 a 6 semanas e raramente é necessário tratamento fisioterápico para a recuperação.

Dr. Luís Dias da Costa

Para mais informação e esclarecimento de dúvidas contacte diretamente o seu ortopedista através do email:  
[luisdiasdacosta@arthos.pt](mailto:luisdiasdacosta@arthos.pt)