

## DOENÇA DE FELON: UM RELATO DE CASO

### FELON FINGER: A CASE REPORT

Maria Eduarda Akemi Hoepers Miyawaki<sup>ID 1\*</sup>; Vitória de Paula Santos<sup>ID 2</sup>; Maria Carolina Molina<sup>ID 3</sup>; João Pedro Thomson<sup>ID 4</sup>; Eduardo Tsutomu Miyawaki<sup>ID 5</sup>

1. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Estudante de medicina.
2. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Estudante de medicina.
3. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Estudante de medicina
4. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Estudante de medicina
5. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Médico ortopedista

\*[dudamiyawaki@hotmail.com](mailto:dudamiyawaki@hotmail.com).

Editor Associado: Rian Rodrigues

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A Doença de Felon é uma infecção de mão e um dos dois tipos de infecção subcutânea que afetam a ponta do dedo; sendo a outra a paroníquia, a qual pode evoluir para Felon. Seu quadro clínico inclui edema, eritema e dor latejante intensa. O diagnóstico é clínico e o tratamento envolve aplicação de calor local, antibióticos orais e drenagem cirúrgica, em caso de abscesso. Uma possível causa para essa infecção são os traumas penetrantes por objetos pontiagudos, e o patógeno isolado é normalmente o *Staphylococcus aureus*. **RELATO:** Este relato documenta um caso de Felon em uma mulher de 44 anos, com ênfase no manejo empregado. **DISCUSSÃO:** O diagnóstico correto e o manejo inicial adequado da doença de Felon são de extrema importância para evitar complicações de difícil controle, como a osteomielite, a qual pode culminar em amputação de membro. **CONCLUSÃO:** Não foram encontrados outros relatos de casos de Felon na literatura médica brasileira. Portanto, ressalta-se que relatos como este têm o potencial de auxiliar no diagnóstico e no tratamento de casos futuros similares.

**PALAVRAS-CHAVE:** Lesões dos Tecidos Moles; Infecções dos Tecidos Moles; Infecções Estafilocócicas; Relato de Caso.

#### ABSTRACT

**INTRODUCTION:** Felon is a hand infection and one of two types of subcutaneous infection that can affect the fingertip; the other one is paronychia, which can evolve into Felon. The clinical picture includes edema, erythema and intense throbbing pain. Its diagnosis is clinical and the treatment involves application of local heat, oral antibiotics and surgical drainage in case of abscess. One possible reason for this infection is penetrating trauma from sharp objects, and the most isolated pathogen is *Staphylococcus aureus*. **CASE REPORT:** This report documents a case of Felon in a 44-year-old woman, with emphasis on the

management employed. **DISCUSSION:** The correct diagnosis and adequate initial management of Felon are extremely important to avoid complications that are difficult to control, such as osteomyelitis, which can culminate into limb amputation. **CONCLUSION:** No other case reports of Felon were found in the Brazilian medical literature. Therefore, it is noteworthy that reports like this have the potential to assist in the diagnosis and treatment of similar future cases.

**KEYWORDS:** *Soft Tissue Injuries; Soft Tissue Infections; Staphylococcal Infections; Case Report.*

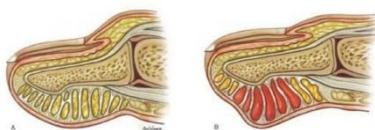
## INTRODUÇÃO

A ponta dos dedos tem uma anatomia singular composta por um espaço pulpar definido como um “arcabouço de tecido conjuntivo em forma de saco fechado, isolado e diferente do restante do dedo”<sup>1</sup>. Ela possui diversas trabeculações que se ramificam do perióstio à epiderme, formando septos.<sup>2</sup> Quando falamos sobre o seu acometimento infeccioso, ele corresponde a um terço das infecções de mão e acontece mais comumente no primeiro e segundo dedos.<sup>3</sup>

Felon é uma infecção subcutânea de ponta do dedo, região chamada de polpa digital distal. Ele cursa com edema, eritema e dor intensa do tipo latejante devido ao acúmulo de pressão na porção distal à articulação interfalangeana distal do dedo.<sup>4,5</sup> Além disso, pode culminar em uma infecção óssea, denominada osteomielite, sendo esse um prognóstico preocupante a ser evitado. Vale ressaltar, entretanto, que no Felon, a infecção fica confinada à polpa digital e não se estende para a porção proximal da articulação interfalangeana distal.<sup>5</sup>

Tendo em vista as particularidades da anatomia da ponta do dedo (Figura 1) e sua suscetibilidade a infecções, somadas à carência de literatura sobre a entidade em questão, o objetivo deste relato é documentar um caso de infecção tipo Felon, com ênfase no manejo empregado.

**FIGURA 1. Anatomia normal da polpa do digital, evidenciando a presença de trabeculações da polpa digital.**



Fonte: Flevas DA, Syngouna S, Fandridis E, Tsiodras S, Mavrogenis AF. *Infections of the hand: an overview.* EFORT Open Reviews [Internet]. 2019 May 10;4(5):183-93

## RELATO DO CASO

Mulher, 44 anos, relata ter sofrido uma pequena perfuração, sem sangramentos, na polpa digital da falange distal do primeiro quirodáctilo da mão direita com uma agulha que utilizava para limpar as unhas do pé às 11 horas da manhã. Após 16 horas, comenta que acordou com uma dor avaliada em 9, em uma escala de 1 a 10, e que o médico receitou dipirona, Flancox ® 600 mg, codeína e pregabalina, com pouca melhora.

No dia seguinte, apresentou hematoma no local da perfuração (Figura 2) e linfangite em mão, antebraço e braço. Teve nova avaliação do médico, que suspeitou de picada de aranha ou de uma infecção de mão e indicou internação hospitalar com ceftriaxona endovenosa.

**FIGURA 2. Imagem realizada após um dia da perfuração da polpa digital evidenciando hematoma**



Fonte: Autoria dos pesquisadores.

Ao meio-dia do dia seguinte, o médico responsável drenou o dedo infectado da paciente em centro cirúrgico, mediante anestesia, a fim de retirar a secreção existente. No momento do procedimento, visualizou necrose profunda com exposição de osso e tendão. Assim, fez um curativo e manteve a internação da enferma. O médico discutiu o caso com diversos cirurgiões de mão, que concluíram ser um caso de doença de Felon. Foi, então, colhida cultura da ferida e associada clindamicina endovenosa à ceftriaxona prescrita.

Um dia depois, o médico abriu o curativo em centro cirúrgico, mediante anestesia, e visualizou novamente necrose profunda. Como o utensílio que provocou a lesão foi uma agulha utilizada pela paciente para limpar a unha do pé e tendo em vista que a paciente possuía uma infecção fúngica subungueal (onicomicose), foi associado fluconazol 400 mg por suspeita de contaminação.

Nos 10 dias seguintes à internação, o médico seguiu com o procedimento de fazer a troca de curativo em centro cirúrgico, com anestesia, pelo fato de a ferida estar exposta e a paciente sentir muita dor ao manipular o curativo. Ademais, passada uma semana da perfuração, foi iniciada câmara hiperbárica em uma cidade vizinha com intuito de acelerar o processo de recuperação e cicatrização.

O resultado da cultura inicialmente solicitada foi negativo, sendo colhida uma nova amostra para cultura de bactérias anaeróbias e fungos, cujo resultado também foi negativo. Com 2 semanas de internamento, a paciente recebeu alta hospitalar (Figura 3), por conseguir realizar curativo sem anestesia, foi prescrito levofloxacin 500 mg e fluconazol 150 mg.

**FIGURA 3. Foto realizada após 2 semanas da primeira internação demonstrando necrose tecidual.**



*Fonte: Autoria dos pesquisadores.*

Após 9 dias de alta hospitalar, a paciente iniciou um quadro de dor e edema no local da lesão e foi indicada a realização de ressonância magnética. O exame demonstrou líquido em pequena quantidade no tendão flexor longo do polegar, com tecido inflamatório na camada subcutânea. Não havia sinais de osteomielite ou artrite.

O médico, perante ao quadro, realizou novo internamento para tratamento do processo infeccioso. Durante o internamento, foi utilizado piperacilina + tazobactam 4,5 g de 8 em 8 horas e vancomicina 500 mg de 6 em 6 horas. No primeiro dia, a paciente evoluiu com prurido e eritema faciais, caracterizando a Síndrome do Homem Vermelho,

causada por reação alérgica à vancomicina. Diante disso, optou-se pelo uso de bomba de infusão, ajustando o tempo de administração da medicação para duas horas, a fim de prevenir a recorrência do quadro.

Com 14 dias de internação, a paciente recebeu alta devido à melhora do quadro infeccioso. Após 1 mês da perfuração e do início do quadro de Felon, a ferida cicatrizou, porém, houve redução da sensibilidade local devido à degeneração neuronal. Não houve necessidade de enxerto e a paciente evoluiu satisfatoriamente com retorno da mobilidade do primeiro quirodáctilo.

A partir de uma avaliação qualitativa, por meio de perguntas direcionadas, a paciente relatou sofrimento emocional associado à internação prolongada e ao estresse decorrente de múltiplas punções venosas, frequentemente mal sucedidas na primeira tentativa. Além disso, referiu sensação de medo devido a possíveis complicações e à reação alérgica à vancomicina. Também mencionou sensação de sonolência excessiva e rebaixamento do nível de consciência durante as internações, possivelmente em decorrência do efeito das medicações.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Foram constatados poucos relatos sobre Felon e nenhum deles foi encontrado na literatura médica brasileira, logo, esta pode ser considerada uma entidade relativamente rara, com poucos dados a respeito de sua epidemiologia exata. No entanto, é uma patologia de extrema relevância, haja vista as possíveis complicações graves. Sem a conduta adequada, o quadro da paciente poderia ter evoluído para osteomielite, infecção de difícil tratamento que atinge o osso e pode evoluir para amputação de membro.

A população mais afetada pelo Felon é a de adultos jovens suscetíveis a traumas nos dedos, sendo que a infecção resulta principalmente de acidentes em casa ou em locais de trabalho, geralmente envolvendo patógenos Gram positivos. Sobre isso, o *Staphylococcus aureus* é a bactéria mais comumente isolada nos casos dessa enfermidade.

As principais causas de Felon são feridas (por punção, palito ou lascas) e paroníquia não tratada.<sup>5</sup> A paroníquia é um outro tipo de infecção que acomete a extremidade distal do dedo, porém em áreas adjacentes à prega proximal ungueal (raiz da unha), podendo se espalhar para a região subungueal e atingir o lado contralateral do dedo, isto é, a polpa digital.

Tanto a paroníquia quanto o Felon podem ser agudas ou crônicas e estão relacionadas à anatomia única da falange distal.<sup>4</sup> Trata-se de um espaço fechado constituído por múltiplos septos fibrosos verticais que permitem que uma infecção bacteriana ou fúngica de pele e tecido subcutâneo

se dissemine rapidamente para o osso ou para o tendão. Além disso, um abscesso pode se desenvolver facilmente após inoculação na polpa digital.<sup>6</sup>

Nesse sentido, a importância do diagnóstico precoce e do manejo correto mostraram-se essenciais para a recuperação da paciente com o mínimo de sequelas. Ressalta-se, portanto, que é imprescindível coletar uma história clínica detalhada, especialmente relacionada ao histórico de traumas nos dedos e, nos casos em que o paciente não se recorde de nenhum acontecimento desse tipo, podem fazer parte da investigação exames de marcadores inflamatórios, hemocultura, cultura de material purulento e radiografia para detecção de corpo estranho subjacente ou em caso de suspeita de osteomielite.<sup>7</sup> No caso relatado, foi recordado pela paciente um histórico de perfuração com um instrumento metálico pontiagudo, seguido de dor intensa latejante horas depois do ocorrido, além de eritema na falange distal do primeiro quirodáctilo.

O manejo inicial adequado de Felon sem abscesso é de extrema importância e geralmente envolve antibióticos orais contra estafilococos e estreptococos de modo empírico, além de drenagem cirúrgica, se houver abscesso na região.<sup>4,5</sup> Para remover a infecção, é essencial realizar incisão e romper todos os septos afetados.<sup>4</sup> Vale destacar, ainda, os diagnósticos diferenciais de Felon que incluem infecção por herpes simples, em que intervenção cirúrgica não é recomendada.<sup>6</sup>

O tratamento inadequado de Felon pode ter consequências importantes, que incluem descamação da pele, isquemia ou necrose de estruturas circundantes (síndrome compartimental), artrite séptica, osteomielite, tenossinovite dos flexores e ruptura dos tendões flexores – sendo as três últimas descritas como a tríade do Felon negligenciado.<sup>8</sup>

Uma discussão importante a ser proposta para trabalhos futuros é a abordagem terapêutica, na qual possui pouca literatura científica e, atualmente, é baseada em opiniões de especialistas.<sup>9</sup> Tal fato evidencia algumas limitações deste trabalho, principalmente no que tange à falta de diretrizes clínicas quanto ao manejo da doença.

Por fim, conclui-se que este relato tem sua relevância justificada pelo fato de que a literatura sobre Felon não é vasta e carece de fontes de pesquisa. Ademais, apesar de se tratar de um caso raro, é necessário que um bom médico dedique-se a ampliar seu espectro de diagnósticos para diminuir a probabilidade de erros e complicações.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os pesquisadores afirmam que não há conflitos de interesse nesta pesquisa.

## FINANCIAMENTO

O financiamento deste trabalho foi realizado por meios próprios dos autores

## CONSENTIMENTO

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado.

## REFERÊNCIAS

1. Kanavel AB. *Infections of the Hand*. 4th ed. Philadelphia: Lea & Febiger; 1921.
2. Patel DB, Emmanuel NB, Stevanovic MV, Matcuk GR, Gottsegen CJ, Forrester DM, *et al*. *Hand Infections: Anatomy, Types and Spread of Infection, Imaging Findings, and Treatment Options*. RadioGraphics. 2014;34(7):1968–86.
3. Nardi NM, McDonald EJ, Schaefer TJ. Felon. Em: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025.
4. Koshy JC, Bell B. Hand infections. *The Journal of Hand Surgery*. 2019;44(1):46–54.
5. Rerucha CM, Ewing JT, Oppenlander KE, Cowan WC. Acute hand infections. *American family physician*. 2019;99(4):228–36.
6. Flevas DA, Syngouna S, Fandridis E, Tsiodras S, Mavrogenis AF. Infections of the hand: an overview. *EFORT Open Reviews*. 2019 May 10;4(5):183–93.
7. Pillai S, Campbell E, Mifsud A, Vamadeva S, Pahal G. Hand infections. *Br J Hosp Med*. 2 de novembro de 2020;81(11):1–14.
8. Barger J, Garg R, Wang F, Chen N. Fingertip Infections. *Hand Clinics*. agosto de 2020;36(3):313–21.
9. Tannan SC, Deal DN. Diagnosis and management of the acute felon: evidence-based review. *Journal of Hand Surgery*. 2012;37(12):2603–4.
10. Pardini AG, Freitas AD. *Cirurgia da mão: lesões não-traumáticas*. 2nd ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2008.

