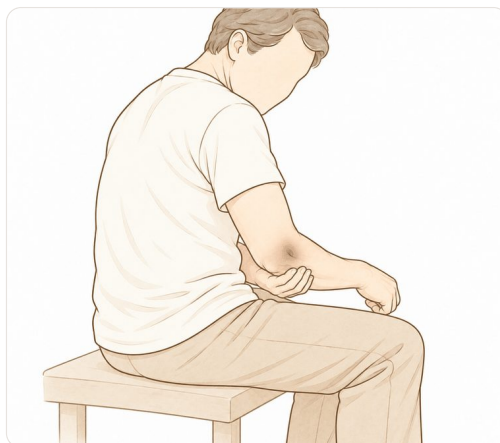


Fratura do olécrano

Uma fratura do olécrano é uma quebra na ponta óssea do cotovelo, muitas vezes após uma queda sobre a ponta do cotovelo.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A fratura do olécrano é uma quebra na ponta óssea da parte de trás do cotovelo. Ela costuma acontecer de uma de duas formas. Em pessoas mais jovens, tende a ocorrer após uma queda forte ou uma pancada direta no cotovelo. Em pessoas mais velhas, muitas vezes resulta de uma simples queda da própria altura. Um movimento repentino e forte de esticar o braço também pode arrancar um fragmento de osso da ponta do cotovelo.

Em geral, você sentirá dor bem na parte de trás do cotovelo, e ela tende a ficar concentrada em um ponto, e não espalhada. O inchaço na parte de trás do cotovelo é típico e pode ser bastante acentuado. Como essa ponta óssea fica logo abaixo da pele, às vezes é possível sentir a borda da fratura através da pele. Se a pele se rompeu na queda, a ferida costuma ficar na parte de trás do cotovelo, onde ele bateu no chão. Pode ser difícil usar o braço, e esticá-lo contra alguma resistência, como ao se levantar de uma cadeira empurrando com os braços, pode parecer fraco ou impossível.

Nos primeiros dias, a dor costuma piorar quando você tenta mexer o cotovelo e pode atrapalhar o sono. Tarefas do dia a dia que dobram o cotovelo ou colocam carga sobre ele, como levantar uma chaleira, se vestir ou se apoiar no antebraço, geralmente doem. O inchaço e os hematomas diminuem ao longo das primeiras duas semanas, e a dor vai melhorando aos poucos à medida que o osso começa a cicatrizar.

Algumas situações exigem atendimento urgente. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a pele sobre o cotovelo estiver aberta, se o osso estiver aparecendo ou se o braço estiver visivelmente deformado. O mesmo vale se a mão ou os dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento do braço após a lesão. Se os sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas ou acordarem você à noite, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista. Se não conseguir falar com a clínica, vá ao pronto-socorro mais próximo.

O que realmente acontece

A ponta óssea na parte de trás do cotovelo se chama olécrano. Ela é a extremidade superior de um dos ossos do antebraço e funciona como a tampa de uma dobradiça. Quando você estica o braço, essa tampa desliza num sulco na extremidade do osso do braço. A fratura é importante por causa do que está preso a ela: o tendão do tríceps, o músculo da parte de trás do braço, está ancorado exatamente nesse ponto. É esse tendão que permite esticar o cotovelo contra uma carga.

Pense numa porta com uma mola forte que a puxa para fechar. O olécrano é o suporte que segura essa mola. Quando o osso se quebra, a mola continua puxando e arrasta o fragmento quebrado para cima e para longe, deixando um espaço na superfície da articulação. É por isso que o seu braço não está funcionando normalmente agora: o músculo continua forte, mas está puxando um fragmento solto de osso em vez de mover o antebraço. Esticar o braço contra resistência fica fraco ou impossível.

O osso cicatriza se unindo novamente, e um fragmento solto com o tendão preso a ele pode voltar a se fixar à medida que o osso se consolida. Mas, para isso dar certo, os fragmentos precisam estar na posição correta. Quando a fratura não se deslocou, os fragmentos podem simplesmente ser mantidos imóveis enquanto se consolidam. Quando os fragmentos se afastaram, ou quando a superfície da articulação se quebrou em vários pedaços, o cotovelo pode ficar instável, e essas fraturas geralmente precisam de cirurgia para mantê-los no lugar enquanto cicatrizam.

Os cirurgiões classificam essas fraturas conforme o quanto os fragmentos se deslocaram e se a articulação do cotovelo permanece estável. Uma fratura de grau um não se deslocou. Uma de grau dois se deslocou, mas a articulação ainda funciona. Uma de grau três significa que a própria articulação do cotovelo está instável. Os graus com deslocamento e instabilidade são os que mais frequentemente precisam de cirurgia.

A maioria dessas fraturas cicatriza bem, e uma pequena perda da capacidade de esticar o braço completamente é comum.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, adapta o tratamento à sua lesão específica. Algumas dessas fraturas cicatrizam sem cirurgia, e outras precisam de cirurgia logo após a lesão; por isso, uma avaliação rápida é importante. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que nos procurasse, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na clínica, colhemos o histórico clínico, examinamos o seu braço e solicitamos exames de imagem quando necessário.

Se a fratura não se deslocou, ou se deslocou só um pouco, e o seu cotovelo está estável, podemos recomendar mantê-lo imóvel enquanto cicatriza. Isso significa usar uma tala ou gesso por um período, com controles por novas radiografias para garantir que os fragmentos permaneçam no lugar. Esse caminho é comum em pacientes idosos e em pessoas que usam o braço para tarefas do dia a dia, e não para trabalho pesado. Ele evita uma operação e os riscos que a acompanham. A desvantagem é que, no fim, o cotovelo pode não esticar

completamente, e algumas pessoas têm dificuldade em aceitar isso. Os movimentos são recuperados por etapas com o seu terapeuta da mão, que também confeccionará qualquer tala de que você precise.

Se os fragmentos se afastaram, ou se a articulação do cotovelo está instável, geralmente recomendaremos cirurgia desde o início. O objetivo é manter os fragmentos na posição correta para que o osso se consolide e você possa começar a se movimentar cedo. A forma de fixar o osso depende do padrão da fratura, e nenhum método serve para todas as fraturas. Às vezes, os dois caminhos são realmente possíveis, por exemplo, num paciente idoso com uma fratura deslocada. Conversaremos sobre o que é importante para você: quanta dor você está disposto a tolerar e se perder os últimos graus da capacidade de esticar o braço incomodaria você.

Seja qual for o caminho escolhido, as primeiras semanas são parecidas. O alívio da dor mantém você confortável enquanto o inchaço diminui. A lesão precisa ser protegida enquanto o osso se consolida, e diremos o que você pode e o que não pode fazer com o braço. O seu terapeuta da mão orientará os seus movimentos no momento certo, com cuidado no início e aumentando aos poucos à medida que o osso cicatriza. A maioria dessas fraturas cicatriza bem, e uma pequena perda da capacidade de esticar o braço completamente é comum. Os implantes metálicos que ficam logo abaixo da pele na parte de trás do cotovelo podem incomodar, e algumas pessoas precisam de uma pequena operação mais tarde para retirá-los.

O que esperar

A maioria dessas fraturas cicatriza bem. Uma pequena perda da capacidade de esticar o braço completamente é comum, e a maioria das pessoas mantém um bom uso do braço. Os resultados a longo prazo após cirurgia de fraturas complexas são bons, mesmo quando alguma artrose por desgaste aparece na articulação em radiografias posteriores.

Se a sua fratura for mantida imóvel numa tala ou gesso, o osso se consolida ao longo de semanas, e não de dias. Você fará novas radiografias para garantir que os fragmentos permaneçam onde devem estar. Esse caminho é adequado para pacientes idosos e para pessoas que usam o braço em tarefas do dia a dia, e não em trabalho pesado. Os resultados, tanto a curto quanto a longo prazo, são satisfatórios nesse grupo. A desvantagem é que, no fim, o cotovelo pode não esticar completamente.

Se você fizer cirurgia, o osso é mantido no lugar com implantes metálicos enquanto se consolida. Os movimentos começam cedo e avançam por etapas com o seu terapeuta da mão. Alguma perda da capacidade de esticar o braço completamente é esperada após essa lesão, seja qual for o caminho escolhido. Num acompanhamento de longo prazo de pessoas tratadas com cirurgia para uma fratura deslocada, 96% tiveram resultados bons ou excelentes até 25 anos após a lesão.

A recuperação é um retorno gradual às suas atividades normais. As tarefas leves do dia a dia voltam primeiro; depois, levantar peso e usar o braço com mais força, à medida que o osso se fortalece. Quando você poderá dirigir, trabalhar ou praticar esportes depende do seu trabalho, do seu braço e de como o osso cicatriza, e orientaremos você em cada etapa.

Vale a pena conhecer as possíveis complicações. Os implantes metálicos ficam logo abaixo da pele na parte de trás do cotovelo e podem incomodar a ponto de algumas pessoas optarem por retirá-los mais tarde. Esse é um problema recorrente após essa cirurgia. Outros problemas, como o osso cicatrizar numa posição ruim ou o

cotovelo continuar rígido, são menos comuns. Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas ou acordarem você à noite, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista. Se não conseguir falar com a clínica, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Quando procurar ajuda médica

Procure atendimento urgente se o cotovelo estiver visivelmente deformado, se a pele sobre a lesão estiver aberta, ou se a mão ou os dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados. A perda súbita de sensibilidade ou de movimento no braço após a lesão também exige ida ao pronto-socorro no mesmo dia. Esses sinais indicam que a lesão precisa ser avaliada imediatamente.

Para todo o resto, comece pelo seu médico de família. Ele pode examinar o seu braço e solicitar radiografias, que geralmente são tudo o que é necessário para mostrar esse tipo de fratura. Se o seu médico de família achar que um especialista deve assumir o caso, ele encaminhará você para uma avaliação.

Volte, ou peça uma avaliação com especialista, se a dor não estiver melhorando, ou se o inchaço, os movimentos ou o uso do braço não estiverem melhorando semana a semana à medida que o osso cicatriza. Sintomas que estão piorando ao longo de semanas, que acordam você à noite ou que impedem você de trabalhar ou de usar o braço também merecem uma nova avaliação. Se não conseguir falar com a clínica, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A fratura do olécrano merece uma leitura mais aprofundada devido a uma constatação que inverte a lógica habitual da cirurgia de fraturas: em pacientes idosos, uma fratura deslocada do olécrano pode ser deixada sem fixação, e o cotovelo continua funcionando normalmente.

A FRATURA DESLOCADA QUE NÃO PRECISA DE CORREÇÃO

Uma fratura no olécrano separa o tríceps do antebraço; por isso, a lógica convencional é de que ela deve ser reimplantada, caso contrário o cotovelo não conseguirá ser estendido contra resistência. Em pacientes **com mais de 70 anos**, essa lógica não se aplica. Uma revisão sistemática constatou que fraturas deslocadas do olécrano nesse grupo **podem ser tratadas de forma não cirúrgica, com alto grau de satisfação do paciente e manutenção de uma amplitude de movimento funcional** [1].

O que se perde nesse tratamento é mensurável: déficit na extensão do cotovelo, incapacidade de estender completamente o membro e redução da força de extensão. O que se evita, por outro lado, é a formação de ferida sobre um osso subcutâneo em pele fina e frequentemente frágil, além da necessidade de implantar materiais metálicos sob essa pele. Como o uso de implantes é a causa mais comum de uma segunda cirurgia após a fixação do olécrano, evitá-los elimina por completo essa complicação frequente.

Para um idoso cujo braço é utilizado para tarefas cotidianas, e não para esforços de empuxo intensos, um cotovelo que não consegue atingir os últimos graus de extensão representa um incômodo menor do que as

complicações decorrentes de feridas. Para um paciente mais jovem ou com demandas físicas maiores, isso não se aplica; por isso, essa abordagem é indicada especificamente para idosos, e não de forma geral.

NAQUELES CASOS EM QUE A FIXAÇÃO É NECESSÁRIA, A ESCOLHA DO IMPLANTE FAZ DIFERENÇA

Para o padrão comum de fraturas deslocadas, porém simples, dois tipos de implantes competem: a estrutura de fios de tensão e a placa óssea. Em **827** pacientes com fraturas do tipo II segundo a classificação de Mayo, **a fixação com placa demonstrou maior eficácia e segurança** em comparação com o uso de fios de tensão; os autores ressaltam, porém, que poucos estudos foram incluídos e que ainda são necessários ensaios randomizados de maior qualidade [2]. Uma revisão de 2025 envolvendo **472** pacientes, que comparou técnicas modernas de fixação com os métodos tradicionais de fios de tensão, chegou à mesma conclusão [3].

Este é um dos poucos casos neste site em que a comparação entre técnicas aponta para uma direção clara, em vez de deixar a questão em aberto. Contudo, vale considerar essa conclusão com cautela, dado o próprio nível de evidência apontado pelos autores.

A ARTRITE SE DESENVOLVE, MAS, NA MAIORIA DOS CASOS, NÃO É UM PROBLEMA

Os achados de exames de imagem a longo prazo podem ser alarmantes quando apresentados sem contexto. Após fraturas isoladas do olécrano, **a incidência média de osteoartrite pós-traumática foi de 19%, em um seguimento médio de 41 meses**; além disso, **os resultados relatados pelos pacientes variaram de bons a excelentes, independentemente do tipo de fratura ou da presença de artrite** [4].

Ambas as partes dessa frase são essenciais para a compreensão do tema. A artrite observada em radiografias de acompanhamento após essa lesão é comum. Contudo, nesse período de tempo, ela praticamente não influencia a forma como os pacientes avaliam a função do cotovelo. Um achado radiológico não equivale automaticamente a um problema clínico, e por si só não deve ser motivo para intervenções adicionais.

REFERÊNCIAS

- [1] Alvara CA, Biedron G, Dunn JC. Tratamento não cirúrgico de fraturas do olécrano em pacientes idosos: uma revisão sistemática. *Hand (N Y)*. 2020;17(4):734-9. <https://doi.org/10.1177/1558944720944261>
- [2] Jia Y, Liu A, Guo T, Chen J, Yu W, Zhai J. Eficácia e segurança do fio de tensão em comparação com placa para fraturas do olécrano tipo Mayo II: uma revisão sistemática e meta-análise. *J Orthop Surg Res*. 2022;17(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03262-7>
- [3] Wang C, Li C. Técnicas modernas de fixação versus o método tradicional de fio de tensão para fraturas do olécrano: uma revisão sistemática e meta-análise. *J Orthop Surg Res*. 2025;20(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-06061-y>
- [4] Wiersma JP, de Klerk HH, Priester-Vink S, Doornberg JN, Bhasyam AR, van den Bekerom MP. Incidência de osteoartrite pós-traumática em fraturas do olécrano e o papel do tipo de fratura: uma revisão sistemática. *J Shoulder Elbow Surg*. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2026.02.024>