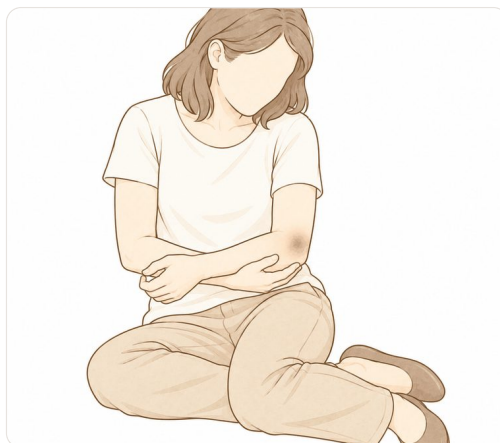


Fratura da cabeça do rádio

A fratura da cabeça do rádio é uma lesão comum após uma queda sobre o braço estendido, causando dor na parte externa 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

Uma fratura da cabeça do rádio geralmente ocorre quando a pessoa cai sobre o braço estendido. A força se propaga pelo antebraço até o cotovelo, quebrando o pequeno osso arredondado na parte superior do antebraço, logo abaixo do cotovelo. Esse osso é chamado de cabeça do rádio. Essas fraturas são comuns: correspondem a cerca de 20% de todas as fraturas do cotovelo e são as mais frequentes nessa região.

Na maioria dos casos, a dor surge imediatamente no lado externo do cotovelo. A área pode ficar sensível ao toque, e movimentar o cotovelo ou girar o antebraço causa dor. O inchaço costuma aparecer ao redor da articulação, às vezes acompanhado de hematomas. O cotovelo pode ficar rígido, e a pessoa pode relutar em usar o braço. Em alguns casos, a queda também desloca o cotovelo; isso acontece em 3% a 14% dessas fraturas.

Nos primeiros dias, a dor persiste mesmo em repouso e pode atrapalhar o sono. Tarefas simples, como levantar uma chaleira, girar uma maçaneta, servir uma bebida ou esticar o braço, podem ser desconfortáveis. Virar a palma da mão para cima ou para baixo, a fim de segurar um telefone ou um prato, pode ser mais difícil do que dobrar o cotovelo.

Nas primeiras semanas, a dor geralmente diminui gradualmente à medida que o osso começa a se curar. Os movimentos tendem a ficar mais fáceis, embora possa levar algum tempo até que o cotovelo volte ao normal.

Vale ressaltar que essas fraturas, às vezes, vêm acompanhadas de outras lesões no mesmo braço: o pulso, o antebraço ou o ombro também podem ser lesionados na mesma queda, e os ligamentos ao redor do cotovelo podem sofrer distensões. O cirurgião perguntará sobre dores em outras partes do braço e examinará essas áreas cuidadosamente, pois identificar essas lesões precocemente é fundamental para a recuperação funcional do cotovelo.

Se, após uma queda, você sente dor no lado externo do cotovelo e tem dificuldade para mover ou carregar o braço, esse quadro é compatível com essa lesão. As próximas seções explicam como a fratura é diagnosticada e quais são as opções de tratamento.

O que realmente acontece

A cabeça do rádio é um pequeno osso em formato de disco, com uma cavidade rasa na parte superior. Essa cavidade desliza contra a extremidade do osso do braço acima dela, enquanto a lateral do disco se encaixa no outro osso do antebraço. Imagine uma arruela posicionada entre duas peças móveis: ela permite que o antebraço gire, possibilitando virar a palma da mão para cima ou para baixo, além de amortecer a carga que chega ao braço.

Ela tem ainda outra função: atua como um suporte lateral no cotovelo, ajudando os ligamentos a manter o alinhamento da articulação ao empurrar ou esticar o braço. Se esse suporte se romper, o cotovelo pode ficar instável, especialmente se houver também uma ruptura ligamentar. O suprimento sanguíneo para esse pequeno osso é limitado, motivo pelo qual algumas fraturas demoram a cicatrizar.

A maioria dessas fraturas ocorre quando a pessoa cai sobre o braço estendido; a força do impacto faz com que a cabeça do rádio seja comprimida contra o osso acima dela. Às vezes, a mesma queda estica ou rompe os ligamentos na face interna ou externa do cotovelo, ou lesiona o pulso e o antebraço. Cerca de 30% das pessoas com fratura da cabeça do rádio apresentam outras lesões no mesmo braço. Quando o cotovelo também sofre luxação, outras estruturas articulares podem ser danificadas, tornando a articulação ainda mais instável.

O osso cicatriza ao se unir novamente, com novo tecido ósseo preenchendo a fratura ao longo de semanas. Se os fragmentos permanecerem próximos e bem alinhados, podem se unir naturalmente sem cirurgia. Porém, se um fragmento se deslocar 2 a 3 mm ou mais, ou se a superfície articular se quebrar em vários pedaços, o osso pode não se reconstituir em uma forma funcional por conta própria. Nesses casos, a cirurgia visa manter os fragmentos no lugar ou substituir a cabeça do rádio danificada por uma prótese, preservando assim o suporte lateral e a superfície de rotação suave do cotovelo.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, adapta o tratamento à sua lesão específica. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na primeira consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o seu cotovelo e solicitamos exames de imagem, quando necessário. Os raios-X normalmente revelam a fratura. Às vezes, um exame de tomografia é solicitado para verificar a presença de pequenos fragmentos ósseos ou ligamentos lesionados, o que pode alterar o plano terapêutico.

Muitas dessas fraturas são estáveis, com os fragmentos ósseos bem próximos uns dos outros. Nesses casos, e quando o cotovelo ainda consegue dobrar e girar sem dificuldade, geralmente optamos por tratamento não

cirúrgico. Você pode usar uma tipóia por uma semana ou menos, para maior conforto, e depois começar a movimentar o braço. Em alguns casos, retiramos líquido da articulação com uma agulha logo no início, o que alivia a dor e facilita os movimentos precoces. A fisioterapia é introduzida gradualmente, à medida que a dor diminui. Os resultados a longo prazo desse tipo de tratamento são bons; para certos padrões de fratura, tanto o tratamento cirúrgico quanto o não cirúrgico levam a um funcionamento semelhante após um ano. A decisão, nesse caso, é realmente compartilhada: o tratamento não cirúrgico é uma opção razoável, porém a dor e a posição final do braço podem não ser adequadas para todos.

A cirurgia é recomendada desde o início quando os fragmentos ósseos estão muito separados, quando ficam presos na articulação impedindo seu movimento, quando o cotovelo é instável ou quando há outras lesões no mesmo braço que precisam ser corrigidas. O objetivo é fixar os fragmentos com pequenas placas ou parafusos; caso o osso esteja fragmentado em demasia para ser reconstruído, substituímos a cabeça do rádio por uma prótese artificial. Discutiremos qual opção se adequa à sua fratura, à sua idade, à qualidade dos seus ossos e ao uso que você pretende dar ao braço.

Independentemente do caminho escolhido, as primeiras semanas visam o conforto e a proteção. O controle da dor permite que você se movimente dentro dos limites estabelecidos. O braço é protegido enquanto o osso se consolida ou enquanto a reparação cirúrgica se estabiliza. A fisioterapia entra em cena na fase adequada, pois movimentos precoces e orientados são essenciais para evitar a rigidez articular. Acompanhamos seu progresso para verificar a cicatrização e ajustar o plano conforme o cotovelo melhora.

O que esperar

A maioria das fraturas da cabeça do rádio não apresenta deslocamento e cicatriza sem cirurgia. Nas primeiras semanas, a dor diminui e os movimentos ficam mais fáceis, embora o cotovelo possa permanecer rígido por alguns meses. Virar a palma da mão para cima e para baixo costuma ser o último movimento a voltar ao normal. Logo no início, você conseguirá realizar tarefas diárias como comer e se vestir; o retorno a atividades que exigem maior esforço físico ocorrerá nas semanas seguintes. Seu cirurgião orientará sobre quando será seguro retornar ao trabalho ou à prática esportiva.

Caso a fratura exija cirurgia, o osso é fixado com pequenas placas ou parafusos; quando está fragmentado demais para ser reconstruído, a cabeça do rádio é substituída por uma prótese artificial. A recuperação segue um padrão semelhante: inicialmente o braço é protegido, e depois a amplitude de movimento e a força são recuperadas por meio de fisioterapia. Muitas pessoas recuperam boa funcionalidade do braço após esse tipo de cirurgia.

É justo dizer que, ocasionalmente, podem ocorrer complicações. O osso pode demorar a consolidar ou consolidar em uma posição pior do que o esperado. A rigidez é a queixa mais comum, razão pela qual os exercícios de movimentação são iniciados precocemente. Quando se utiliza prótese, às vezes é necessária outra cirurgia no primeiro ano; após 10 anos, a taxa de sobrevivência das próteses não cimentadas permanece alta. Aos 18 anos, essa taxa é de 75,1%, sendo o primeiro ano pós-operatório o período de maior risco de falha. Algumas pessoas que tiveram a cabeça do rádio removida em vez de substituída também obtêm bons resultados: 96% relatam funcionalidade satisfatória a longo prazo, embora exames de raio-X posteriores mostrem sinais de desgaste ósseo.

Se a fratura vier acompanhada de outras lesões, como ruptura de ligamento ou luxação do cotovelo, a recuperação pode ser mais lenta e o cotovelo pode permanecer instável por algum tempo. O diagnóstico e tratamento precoces dessas lesões aumentam as chances de sucesso, que chegam a cerca de 80% quando identificadas a tempo.

Quando procurar ajuda médica

Procure atendimento urgente se o seu cotovelo estiver visivelmente deformado, se houver uma ferida aberta, se você sentir dormência ou formigamento no braço ou na mão, ou se não conseguir usar o membro de forma alguma. Esses sinais exigem avaliação imediata.

Caso contrário, comece consultando o seu médico de família. Solicite uma avaliação por um especialista se a dor não melhorar, ou se o inchaço, a amplitude de movimento ou a capacidade de usar o braço não apresentarem melhora semanalmente à medida que o osso cicatriza. A recuperação geralmente ocorre de forma constante; portanto, o ideal é notar uma melhora a cada semana. Se isso deixar de acontecer, vale a pena fazer uma nova avaliação do cotovelo.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A fratura da cabeça do rádio merece uma leitura mais aprofundada, pois o osso em si costuma ser a parte menos importante da lesão; o que realmente determina o resultado do tratamento é se houve algum outro dano no cotovelo ao mesmo tempo.

A FRATURA É UM MARCADOR, NÃO APENAS UMA LESÃO

A cabeça do rádio atua como estabilizadora: ela impede que o rádio deslize para cima no antebraço e resiste à força lateral que tenta deslocar o cotovelo. Portanto, uma força suficiente para fraturar a cabeça do rádio costuma ser também suficiente para danificar os ligamentos e a coróide – conjunto conhecido como **tríade terrível**: fratura da cabeça do rádio, fratura da coróide e luxação do cotovelo.

É por isso que uma fratura isolada e sem deslocamento da cabeça do rádio e uma fratura da cabeça do rádio que faz parte dessa tríade são problemas completamente distintos, embora tenham o mesmo nome no laudo de radiografia. No primeiro caso, geralmente basta iniciar movimentos precoces; no segundo, trata-se de uma das reconstruções mais complexas na cirurgia do membro superior.

Até mesmo a abordagem cirúrgica para tratar a tríade é objeto de debate. Em um estudo com **866** pacientes, a abordagem combinada lateral e anteromedial pareceu oferecer um equilíbrio favorável entre resultado funcional e risco de complicações; já as abordagens puramente anterolaterais ou anteromediais apresentaram vantagens em alguns parâmetros pós-operatórios [1]. Essa comparação não seria necessária se uma única técnica fosse claramente superior às demais.

CORRIGIR OU SUBSTITUIR

Quando a cabeça do rádio está fraturada, mas pode ser reconstruída, a correção permite preservar a própria anatomia do paciente. Por outro lado, quando há muitos fragmentos, a substituição costuma ser preferível à tentativa de fixação, que provavelmente falhará; uma fixação mal-sucedida resulta em cotovelo rígido e instável, além de dificultar uma segunda cirurgia.

Quando se opta pela substituição, o debate sobre o design dos implantes tem sido menos intenso do que o esperado. Um estudo comparando próteses monopolares e bipolares da cabeça do rádio em **591** pacientes não encontrou **nenhuma diferença significativa** em termos de eficácia ou segurança; os autores defenderam a realização de ensaios randomizados de maior qualidade [2].

Essa informação é útil caso lhe digam que um determinado implante é superior. Com base nas evidências atuais, porém, essa diferença ainda não foi comprovada.

POR QUE OS IMPLANTES SÃO REMOVIDOS – E NÃO É O QUE SE IMAGINA

Uma meta-análise envolvendo **1.017** artroplastias da cabeça do rádio constatou que a remoção ou revisão do implante atingiu o pico **nos dois anos seguintes** à implantação; além disso, a maioria das remoções foi realizada para tratar **rigidez do cotovelo e ossificação heterotópica**, e não por afrouxamento do implante [3].

Portanto, geralmente não é o implante que falha. O cotovelo ao redor dele torna-se rígido, e a retirada do metal faz parte do tratamento dessa condição. Isso muda a interpretação do que significa “cirurgia de revisão” nesse contexto, além de explicar por que a reabilitação após essa operação é mais importante do que a escolha da prótese.

Isso também implica que as taxas de revisão publicadas devem ser analisadas levando em conta o período de acompanhamento. Outra revisão envolvendo **1.272** pacientes concluiu que a literatura científica não oferece uma estimativa confiável da taxa de reoperações; por isso, recomenda-se um período mínimo de **três anos** de acompanhamento, com definição pré-acordada do que constitui motivo para revisão [4]. Estudos que consideram apenas um período de doze meses inevitavelmente deixarão de registrar as remoções que ocorrem principalmente nos primeiros dois anos.

O QUE DEVE SER PROTEGIDO É O MOVIMENTO

O ponto comum em todos os casos é que a principal complicação do cotovelo é a rigidez, e não a instabilidade ou a falha do implante. Trata-se de uma articulação pouco tolerante: não suporta bem a imobilidade e perde facilmente os últimos graus de extensão. Independentemente do que se faça no osso, são os meses subsequentes que determinam o funcionamento do braço.

REFERÊNCIAS

- [1] Zheng M, Wan W, Liang S. Qual é a estratégia cirúrgica ideal para a tríade terrível do cotovelo? Uma revisão sistemática e meta-análise. J Orthop Surg Res. 2026;21(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-06596-0>
- [2] Said E, Ameen M, Sayed AA, Mosallam KH, Ahmed AM, Tammam H. Eficácia e segurança da artroplastia de cabeça radial monopolar versus bipolar: uma revisão sistemática e meta-análise. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(3):646-55. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.10.037>

[3] Kachooei AR, Baradaran A, Ebrahimzadeh MH, van Dijk CN, Chen N. Taxa de remoção ou revisão de próteses de cabeça radial: uma revisão sistemática e meta-análise. J Hand Surg Am. 2018;43(1):39-53.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.08.031>

[4] Laumonerie P, Reina N, Kerezoudis P, Declaux S, Tibbo ME, Bonneville N, et al. Qual o tempo mínimo de acompanhamento necessário após artroplastia de cabeça radial? Bone Joint J. 2017;99-B(12):1561-70. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B12.BJJ-2017-0543.R2>