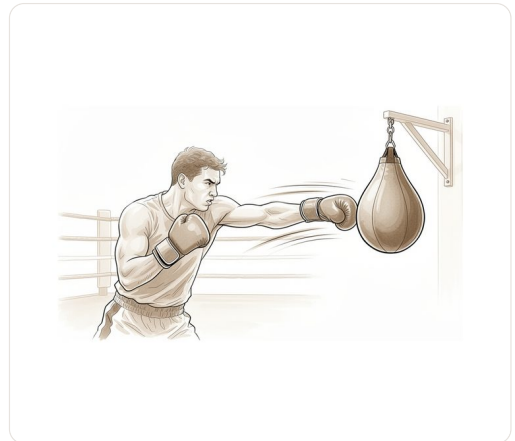


Fraturas dos metacarpos (incluindo a fratura do boxeador)



As fraturas dos metacarpos — incluindo a comum “fratura do pugilista” na articulação do dedo mínimo — geralmente ocorrem após um soco ou impacto direto na mão.

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 de metacarpo é uma ruptura em um dos ossos longos da mão: os ossos que conectam o pulso aos dedos, aqueles que você sente como as “articulações dos nós dos dedos”. A fratura mais comum ocorre após um soco e afeta o osso atrás da articulação do dedo mindinho. Essa lesão é tão frequente que ganhou uma alcunha: **fratura do pugilista**.

Geralmente há um momento bem definido: um soco em algo sólido, uma queda sobre a mão, ou uma lesão por compressão ou torção. Imediatamente depois, a parte de trás da mão fica dolorida, inchada e com hematomas; a articulação pode parecer achatada ou “afundada” em comparação ao lado oposto. Fazer um punho dói, e a força de preensão fica reduzida. Algumas pessoas percebem que um dedo parece cruzar ou apontar para o vizinho ao tentar fechar a mão; essa torção é importante e é um dos principais aspectos que avaliamos.

O que realmente acontece

Você possui cinco ossos metacarpais, um para cada dedo e para o polegar. A fratura pode ocorrer no **colo** (logo atrás da articulação, o local clássico das fraturas de pugilista), ao longo do **corpo do osso** (a parte central) ou na **base** (próximo ao punho). Após a fratura, as extremidades quebradas podem formar um ângulo, encurtar ou torcer.

Um certo grau de ângulo costuma ser aceitável, pois a mão é bastante tolerante; os ossos do dedo anular e mindinho, em particular, suportam bastante flexão sem gerar problemas, já que essas articulações são

naturalmente mais móveis. O que a mão não tolera bem é a torção (chamamos isso de rotação). Mesmo uma pequena rotação na região da fratura faz com que o dedo se desvie em relação aos vizinhos ao fechar o punho, impedindo que os dedos se alinhem corretamente. É por isso que a aparência da mão ao fechar o punho nos informa mais do que apenas o ângulo observado na radiografia.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara é cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton e acompanha o seu tratamento desde a primeira avaliação até à recuperação. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo seu médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que nos procurasse, ainda assim será necessário obter um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Em seguida, confirmamos o diagnóstico e definimos um plano adequado às suas necessidades.

A boa notícia é que **a maioria das fraturas de metacarpos cicatriza bem sem cirurgia.**

Para a maioria dos casos (incluindo a maior parte das fraturas de boxeador), a solução é simples: suporte e movimentação precoce. Dependendo do tipo de fratura, podemos utilizar uma tala leve, um gesso ou simplesmente amarrar o dedo lesionado ao dedo vizinho; em seguida, incentivamos o paciente a começar a movimentar a mão bem cedo. Essa movimentação precoce é intencional: evita a rigidez da mão, e estudos demonstram que a simples imobilização com faixas associada à movimentação precoce produz resultados tão bons quanto o uso de gesso mais pesado nas fraturas típicas de boxeador [4, 5].

A cirurgia é indicada apenas para fraturas que não cicatrizariam bem sem intervenção. Os principais motivos para operar são: **dedo rotacionado (torcido)**, deformidade ou encurtamento ósseo acentuado, múltiplas fraturas de metacarpos simultâneas, fratura que atinge a articulação ou ferida aberta sobre o local da fratura. Quando realizamos a correção cirúrgica, as opções incluem o uso de fios metálicos pequenos inseridos através da pele (fios de Kirschner) ou uma placa e parafusos inseridos por meio de uma incisão. Muitas dessas cirurgias podem ser feitas com o paciente acordado: a mão é anestesiada localmente, permitindo que o paciente permaneça consciente e confortável; assim, podemos pedir que ele movimente o dedo durante a operação para confirmar que a rotação foi corrigida antes de finalizarmos o procedimento.

O que esperar

A maioria das fraturas de metacarpos se consolida em aproximadamente **quatro a seis semanas**, e a mão volta a realizar a maioria das atividades normais pouco tempo depois. Mesmo que o osso cicatrize com um leve desvio, a articulação pode parecer um pouco menos proeminente do que antes; contudo, a mão geralmente funciona perfeitamente bem.

Independentemente de ter sido realizada cirurgia ou não, o fator decisivo para um bom resultado é a movimentação da mão após o tratamento: de forma suave, precoce e, quando necessário, sob orientação de um terapeuta da mão. As complicações que monitorizamos são a rigidez (a mais comum), um desvio residual na posição óssea (má união) e, ocasionalmente, certa dificuldade em esticar completamente o dedo. A rigidez é

muito mais fácil de prevenir com movimentos precoces do que de tratar posteriormente; por isso incentivamos que você comece a movimentar a mão o quanto antes.

Quando procurar um especialista

- **Qualquer deformidade, ou um dedo que se cruza com os vizinhos ao fazer o punho:** essa torção precisa ser avaliada imediatamente, pois é um motivo fundamental para endireitar ou corrigir o osso.
- **Um ferimento ou ruptura na pele sobre o nó do dedo,** especialmente após um soco na boca de alguém: um dente pode causar infecção grave, e isso requer atenção médica urgente.
- **Dor intensa, inchaço acentuado, dormência ou dedos que parecem pálidos ou escuros:** procure atendimento sem demora.
- **Uma mão que está ficando mais rígida, em vez de mais flexível,** nas semanas seguintes à lesão: a fisioterapia precoce faz grande diferença.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. As fraturas dos metacarpos merecem uma leitura mais detalhada, pois a maioria delas não exige nenhuma intervenção cirúrgica; além disso, a deformidade que mais preocupa as pessoas — o achatamento da articulação — é, na verdade, a que a mão tolera melhor.

POR QUE A ANGULAÇÃO É TOLERADA E POR QUE VARIA CONFORME O DEDO

Uma fratura no colo do metacarpo geralmente faz com que a cabeça do osso se incline para baixo, em direção à palma da mão; conseqüentemente, a articulação perde seu relevo característico. Isso parece anormal e pode ser facilmente interpretado como algo que necessita de correção.

O que determina se essa angulação é problemática é a quantidade de movimento residual que a articulação correspondente, na extremidade do punho, ainda permite. Os metacarpos do dedo indicador e do dedo médio são praticamente fixos em suas bases; portanto, qualquer angulação neles é pouco compensada. Já os metacarpos do dedo anular e do dedo mínimo estão ligados a articulações móveis que permitem grande rotação, o que absorve considerável grau de angulação sem causar prejuízo funcional.

É por isso que, na fratura do metacarpo do dedo mínimo — a mais comum de todas —, a angulação é tolerada em grau muito maior do que na mesma lesão em outros dedos; também é por isso que uma deformidade bastante visível nessa região frequentemente é tratada sem cirurgia.

A ROTAÇÃO É A DEFORMIDADE QUE REALMENTE IMPORTA

A exceção é a rotação; vale a pena compreendê-la, pois é fácil passar despercebida numa radiografia. Um metacarpo que cicatrizou com rotação faz com que os dedos se cruzem com os vizinhos quando a mão se fecha — um fenômeno conhecido como “tesoura”, que realmente prejudica a capacidade de preensão e não melhora com o tempo.

Para avaliar a rotação, pede-se à pessoa que faça um punho e verifica-se se as unhas dos dedos se alinham e se os dedos apontam de maneira convergente; não se mede nada na radiografia. Uma fratura que apresenta ângulos aceitáveis na radiografia, mas exibe esse fenômeno de “tesoura” ao exame, precisa ser corrigida; o contrário, geralmente, não exige correção.

NOS CASOS EM QUE A FIXAÇÃO É UTILIZADA, AS EVIDÊNCIAS SÃO LIMITADAS

Para as fraturas que realmente necessitam de cirurgia, a fixação por meio de parafuso intramedular – que consiste em inserir um parafuso ao longo do eixo ósseo, partindo da articulação – tornou-se bastante popular, pois evita o uso de placas sob os tendões extensores. Ao analisar **1.014** pacientes, constatou-se que **as complicações decorrentes da fixação por parafuso intramedular em fraturas de metacarpos são relativamente raras** [1].

Contudo, as evidências comparativas são menos robustas do que a popularidade dessa técnica sugere. Uma revisão anterior envolvendo **502** pacientes concluiu que a fixação intramedular **pode ter um papel** no tratamento de determinadas fraturas de metacarpos; porém, **não foi possível formular recomendações definitivas** com base nos estudos disponíveis [2].

Ambas as afirmações podem ser verdadeiras: a técnica é segura, mas ainda não se demonstrou ser superior às demais. Considerando que a maioria dessas fraturas evolui bem sem intervenção cirúrgica, a decisão mais importante continua sendo a de operar ou não, e não a escolha do implante a ser utilizado.

A MÁ UNIÃO ÓSSEA PODE SER CORRIGIDA, O QUE ALTERA A AVALIAÇÃO CLÍNICA

Quando uma fratura cicatriza em posição inadequada e gera um problema funcional real, está disponível a osteotomia corretiva. **As osteotomias corretivas quase sempre cicatrizam sem complicações**, sendo que a maioria dos pacientes apresenta melhora ou correção da deformidade, além de movimentação digital aprimorada – embora a revisão aponte que muitos pacientes, apesar da melhora, ainda mantêm alguma limitação [3].

Esse é um argumento razoável para o tratamento não cirúrgico em casos limítrofes. A alternativa à cirurgia imediata não é “aceitar o que quer que aconteça”, mas sim “realizar a cirurgia posteriormente, apenas na minoria de pacientes que, de fato, precisarem dela”, mediante um procedimento que cicatriza de forma confiável.

REFERÊNCIAS

- [1] Anene CC, Thomas TL, Matzon JL, Jones CM. Complicações após a fixação com parafuso intramedular em fraturas de metacarpos: uma revisão sistemática. J Hand Surg Am. 2024;49(10):1043.e1-1043.e16. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.01.012>
- [2] Corkum JP, Davison PG, Lalonde DH. Revisão sistemática das melhores evidências sobre a fixação intramedular em fraturas de metacarpos. Hand (N Y). 2013;8(3):253-60. <https://doi.org/10.1007/s11552-013-9531-8>
- [3] Freeland AE, Lindley SG. Pseudartroses dos metacarpos e falanges dos dedos. Hand Clin. 2006;22(3):341-55. <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2006.03.001>

- [4] van Aaken J, Fusetti C, Luchina S, Brunetti S, Beaulieu JY, Gayet-Ageron A, et al. Fraturas no colo do quinto metacarpo tratadas com enfaixamento elástico ou com redução e gesso: resultados de um ensaio clínico randomizado, multicêntrico e prospectivo. Arch Orthop Trauma Surg. 2015;136(1):135-42. <https://doi.org/10.1007/s00402-015-2361-0>
- [5] Poolman RW, Goslings JC, Lee J, Statius Muller M, Steller EP, Struijs PA. Tratamento conservador de fraturas fechadas no colo do quinto metacarpo (dedo mínimo). Cochrane Database Syst Rev. 2005; (3):CD003210. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003210.pub3>