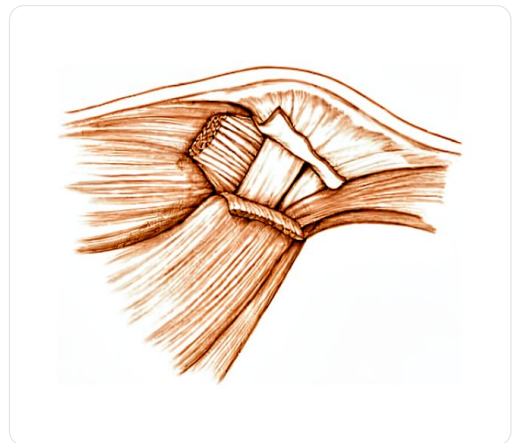


Lesão do ligamento colateral ulnar do polegar

Ruptura do ligamento colateral ulnar do polegar (polegar de esquiador).

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 lesão do ligamento colateral ulnar (LCU) do polegar afeta o ligamento da borda interna do polegar, na articulação onde o polegar se une à mão. A lesão geralmente acontece quando o polegar é dobrado bruscamente para o lado, muitas vezes durante uma queda sobre a mão estendida. No esqui, isso pode acontecer se você cair enquanto ainda segura o bastão de esqui, e praticantes de snowboard podem lesionar o polegar em quedas e manobras.

A dor fica na borda interna do polegar, na articulação mais próxima da palma da mão. Geralmente começa com uma lesão súbita, acompanhada de inchaço e sensibilidade ao toque nesse ponto. Fazer pinça, segurar objetos e qualquer movimento que empurre o polegar para o lado vão doer. As tarefas do dia a dia que sobrecarregam o polegar dessa forma tornam-se difíceis: girar uma chave, abrir um pote, segurar uma panela pesada pela borda. O polegar também pode parecer instável, como se cedesse quando você o pressiona contra alguma coisa.

Algumas pessoas notam um pequeno nódulo firme na borda interna da articulação do polegar. O polegar também pode ficar um pouco desalinhado ou girado em comparação com o outro polegar. Se a lesão aconteceu há algum tempo, a dor pode ser menos evidente, mas o polegar ainda pode parecer fraco ou frouxo quando você faz pinça ou segura objetos.

Fique atento a estes sinais e aja no mesmo dia: um dedo, mão ou braço que fica quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre; pele rompida sobre a articulação lesionada, osso exposto ou uma deformidade evidente; um polegar ou uma mão que fica pálido, frio, branco ou azulado; ou perda súbita da sensibilidade ou do movimento após a lesão. Essas situações exigem atendimento imediato no pronto-socorro, e não é necessário encaminhamento do médico de família.

Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação por um especialista.

O que está realmente acontecendo

Ao longo da borda interna do polegar, onde ele se une à mão, existe uma faixa forte de ligamento chamada ligamento colateral ulnar. Pense nela como a corda de sustentação que mantém firme a haste de uma barraca: ela impede que a articulação do polegar se dobre para o lado quando você faz pinça ou segura objetos. Toda vez que você pressiona o polegar contra um dedo, essa faixa suporta a carga. É por isso que uma ruptura nesse local se manifesta como fraqueza e dor exatamente nessas tarefas.

Quando o polegar é forçado para o lado, essa faixa pode se esticar, romper parcialmente ou romper por completo. Os médicos classificam a lesão de acordo com o quanto ela se rompeu: um estiramento ou uma ruptura parcial, e uma ruptura completa, em que o ligamento se solta do osso. Às vezes, o ligamento se solta do osso levando junto um pequeno fragmento ósseo. Uma ruptura parcial geralmente cicatriza com uma tala. Uma ruptura completa muitas vezes não cicatriza, porque a extremidade rompida pode se dobrar para trás e ficar presa sob uma lâmina de tecido que fica sobre a articulação. Quando isso acontece, o ligamento acaba ficando afastado do osso ao qual precisa se fixar novamente, e por isso não consegue se unir de novo sozinho.

Se a ruptura não for tratada, a articulação continua frouxa. O polegar continua cedendo sob carga lateral e, ao longo dos anos, esse movimento constante pode desgastar a articulação e levar à artrose. É por isso que esta lesão é levada a sério, mesmo quando parece uma simples entorse.

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 rupturas de ligamento do polegar cicatrizam sem cirurgia, e outras precisam de cirurgia em pouco tempo; 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 você nos procure, 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 polegar e solicitamos exames de imagem quando necessário. Esses exames podem incluir radiografias, ultrassonografia ou ressonância magnética, que usa um ímã potente para obter imagens detalhadas do ligamento. Esses exames mostram se o ligamento está rompido por completo e se a extremidade rompida se deslocou para fora do lugar.

Se a ruptura for parcial, ou se o ligamento se soltou do osso com um pequeno fragmento que não se deslocou, geralmente mantemos o polegar imóvel em um gesso por até 4 semanas. Depois disso, você usa uma tala removível por mais 3 semanas e começa exercícios suaves de movimento. A sua terapeuta da mão, Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation, orienta esses exercícios e confecciona qualquer tala de que você precise. Uma ruptura completa em que a extremidade rompida não se deslocou para fora do lugar geralmente recebe primeiro uma

tentativa de imobilização, mantendo a articulação imóvel por 4 a 6 semanas para que o ligamento se una novamente.

A cirurgia é considerada quando a ruptura é completa e instável, quando a extremidade rompida do ligamento se deslocou para fora do lugar ou quando um fragmento ósseo saiu do alinhamento. Nessas situações, o ligamento não consegue cicatrizar de volta no osso sozinho, por isso uma operação o fixa novamente. Se a lesão aconteceu há algum tempo e o ligamento já não pode ser reparado diretamente, podemos reconstruí-lo usando uma faixa de tendão do seu próprio braço ou de tecido doado. A operação tem a sua própria página, e conversaremos sobre o que ela envolve antes de você decidir qualquer coisa.

O que esperar

Com tratamento, a maioria das rupturas de ligamento do polegar evolui bem. Uma ruptura parcial mantida imóvel em uma tala ou em um gesso geralmente cicatriza, e o seu polegar recupera a força para fazer pinça e segurar objetos. Se você precisar de cirurgia, os resultados costumam ser bons: a maioria das pessoas mantém o movimento e a força de pinça e de preensão do polegar, e problemas após a cirurgia são incomuns. Pessoas que fizeram esta cirurgia voltaram a praticar esporte no mesmo nível de antes, e jogadores profissionais disputaram um número semelhante de partidas e tiveram carreiras de duração semelhante depois.

A recuperação exige paciência. No início, o polegar fica imobilizado, porque a rigidez precoce é o principal problema a evitar mais adiante. Quando o movimento for liberado, exercícios suaves e graduais são importantes: aplicar carga e alongar aos poucos o ligamento em cicatrização melhora o movimento e a função. Os resultados relatados pelos pacientes melhoram significativamente aos três e aos 12 meses após a cirurgia em comparação com antes dela. Se a sua lesão aconteceu há algum tempo, o reparo ainda funciona, embora um reparo tardio tenda a custar um pouco mais de movimento do polegar do que um reparo precoce custaria.

Sem tratamento, o prognóstico é diferente. Três em cada quatro rupturas completas não cicatrizam sozinhas, mesmo com repouso. A articulação continua frouxa, o polegar continua cedendo sob carga e a pinça continua fraca e dolorosa. Ao longo dos anos, essa frouxidão constante desgasta a articulação: 88% das pessoas que tiveram uma ruptura crônica reparada mais tarde já apresentavam algum grau de artrose na articulação do polegar. Uma idade mais avançada no momento da lesão está associada a uma artrose mais grave nessa articulação.

Vale a pena saber algumas coisas ao planejar os próximos passos. Se o seu polegar ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia; não é necessário encaminhamento do médico de família. Se os sintomas não estiverem melhorando ou estiverem piorando ao longo de semanas, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação por um especialista.

Quando procurar ajuda médica

Procure avaliar o seu polegar logo após qualquer lesão em que ele seja forçado para o lado, mesmo que pareça uma simples entorse. Quanto mais cedo uma ruptura completa for avaliada, mais opções você terá, porque uma ruptura deixada por tempo demais pode exigir uma operação maior ou deixar rigidez e fraqueza duradouras.

Peça uma avaliação por um especialista se o polegar ainda ceder quando você faz pinça ou segura objetos, se a pinça continuar fraca ou dolorosa após algumas semanas, ou se você sentir um pequeno nódulo firme na borda interna da articulação. Se a lesão aconteceu há algum tempo e o seu polegar está frouxo ou se desgastando, ainda vale a pena fazer uma avaliação. E se o seu polegar ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, vá a um pronto-socorro no mesmo dia.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar suas próprias decisões de tratamento. As lesões do ligamento colateral ulnar do polegar merecem uma leitura mais aprofundada, pois toda a decisão terapêutica depende de uma única questão anatômica: se o ligamento rompido se deslocou para além do alcance da visualização, e porque agora existe uma resposta clara sobre qual exame de imagem deve ser utilizado para esclarecer esse ponto.

A LESÃO DE STENER E POR QUE ELA MUDA TUDO

O ligamento colateral ulnar estabiliza o polegar contra as forças laterais geradas em qualquer pinça ou aperto. Quando ele se rompe na sua inserção, geralmente permanece numa posição em que pode cicatrizar.

Porém, às vezes isso não acontece. Uma camada de tendão chamada aponeurose do adutor situa-se superficialmente ao ligamento; se a extremidade rompida se retrair para cima dessa camada, a aponeurose fica interposta entre o ligamento e o osso. Isso constitui a **lesão de Stener**, e é o motivo pelo qual esse trauma é tratado de forma diferente da maioria das entorses: o ligamento deixa de estar em contato com o osso ao qual precisa se fixar para cicatrizar, de modo que nenhum tipo de imobilização conseguirá reanexá-lo.

Toda a conduta terapêutica depende de a lesão de Stener ter ocorrido ou não.

A ULTRASSONOGRAFIA É SUFICIENTE PARA RESPONDER A ESSA PERGUNTA

Como a decisão a ser tomada é binária e tem consequências importantes, a questão relacionada à imagem está excepcionalmente bem definida – e já foi respondida. Em **422** pacientes, **tanto a ultrassonografia quanto a ressonância magnética demonstraram alta precisão diagnóstica na detecção de lesões de Stener**, sendo que **a ultrassonografia constitui uma modalidade de imagem adequada como primeira opção** [1].

Essa é uma informação prática muito útil. A ultrassonografia é mais rápida, barata e acessível do que a ressonância magnética; quando realizada por um operador experiente, não é necessário recorrer à ressonância para confirmar os resultados obtidos. Além disso, a ultrassonografia é um método dinâmico: é possível aplicar estresse ao polegar durante o exame.

QUANDO NÃO HÁ LESÃO DE STENER, A LAXIDADE ARTICULAR ORIENTA A DECISÃO

As diretrizes da British Society for Surgery of the Hand descrevem claramente o caminho a seguir. Pacientes com lesões agudas devem ser avaliados por meio de **anamnese, exame clínico e radiografias**. Aqueles **sem laxidade articular significativa podem ser tratados de forma não cirúrgica**, enquanto os **com laxidade**

significativa podem ser submetidos tanto à imobilização não cirúrgica quanto à reparação cirúrgica, após uma decisão compartilhada [2].

Dois pontos merecem destaque. O primeiro é que as radiografias vêm antes de exames de imagem avançados, em parte para excluir a possibilidade de fratura por avulsão, o que também altera o tratamento. O segundo é que mesmo a laxidade articular significativa não exige necessariamente cirurgia: as diretrizes enfatizam que a escolha entre imobilização e reparação cirúrgica deve ser feita em conjunto, o que representa uma postura mais honesta do que apresentar a cirurgia como a única opção.

POR QUE AS CONSEQUÊNCIAS DE UM DIAGNÓSTICO ERRADO SÃO ESPECÍFICAS

Um ligamento colateral ulnar incompetente não provoca dor em repouso nem dificuldade na maioria das atividades. Contudo, faz com que o polegar ceda sob carga lateral – ao girar uma chave, abrir um pote ou segurar a borda de uma panela pesada –, pois a pinça depende de um ponto de apoio estável para ser eficaz.

Se não tratada, a instabilidade crônica leva, ao longo dos anos, à artrose dessa articulação. É por isso que uma lesão que parece ser apenas uma entorse merece avaliação cuidadosa: o prejuízo de não diagnosticá-la não se manifesta nas primeiras semanas, quando o polegar parece normal, mas surge muito mais tarde.

REFERÊNCIAS

- [1] Qamhawi Z, Shah K, Kiernan G, Furniss D, Teh J, Azzopardi C. Precisão diagnóstica da ultrassonografia e da ressonância magnética na detecção de lesões de Stener do polegar: revisão sistemática e meta-análise. J Hand Surg Eur Vol. 2021;46(9):946-53. <https://doi.org/10.1177/1753193421993015>
- [2] Dean B, Rodrigues J, Riley N, Rabey N, Donnison E, Challen K, et al. Diretrizes para o manejo de lesões do ligamento colateral ulnar do polegar: Sociedade Britânica de Cirurgia da Mão. J Hand Surg Eur Vol. 2024;49(10):1195-201. <https://doi.org/10.1177/17531934241274612>