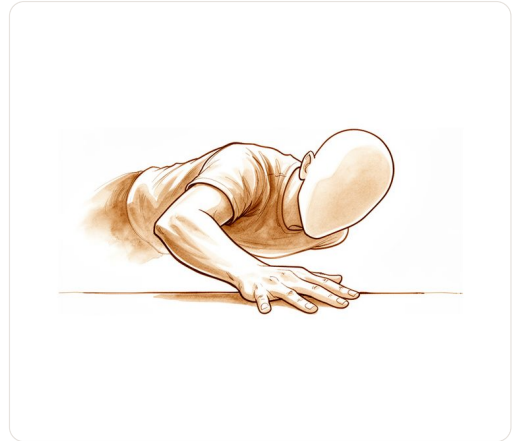


Fixação do Escafóide

O escafóide é um pequeno osso em forma de barco, localizado profundamente no punho, com um suprimento sanguíneo frágil; a fixação do escafóide mantém a fratura unida por meio de um único parafuso de compressão sem cabeça e enterrado, permitindo que ele cicatrize.

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.

Este protocolo orienta a sua recuperação após a fixação cirúrgica de uma **fratura do escafóide** (uma fratura no pequeno osso em forma de barco, localizado profundamente no punho, mantido unido por um **parafuso compressivo sem cabeça**) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Ele começa com o seu programa de exercícios em casa, seguido pelo protocolo clínico estruturado escrito para o seu terapeuta da mão. Traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira consulta de terapia para que a sua reabilitação permaneça coordenada. O seu terapeuta da mão pode ajustar o plano dependendo da sua fratura, da sua fixação e de como a sua recuperação progride.

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida após a cirurgia, entre em contato com a clínica. Muitas vezes, é útil tirar uma foto da ferida e enviá-la por e-mail para revisão.

O que esperar

O escafóide é um pequeno osso no assoalho do pulso que liga as duas fileiras de ossos do pulso. Possui um suprimento sanguíneo **frágil e incomum** que penetra nele de trás para frente, de uma extremidade à outra, razão pela qual uma fratura do escafóide cicatriza lentamente e, se deixada sem tratamento, às vezes pode não se unir (não união). A fixação do escafóide mantém as duas partes do osso firmemente juntas por meio de um único **parafuso de compressão sem cabeça** que fica completamente enterrado dentro do osso; não há nada para sentir ou remover. O parafuso comprime a fratura, o que ajuda na cicatrização e permite que o pulso comece a se mover mais cedo do que em uma fratura tratada apenas com gesso. Se a fratura era antiga ou não havia se unido, pode ser adicionado um pequeno fragmento de **enxerto ósseo** (geralmente retirado do osso do antebraço próximo) para estimular a cicatrização; isso pode tornar o plano inicial um pouco mais cauteloso.

A ideia central desta recuperação é que o parafuso faz a fixação enquanto o osso lentamente se une. Como o escafóide cicatriza lentamente, **as etapas deste plano são reguladas pela forma como o osso está cicatrizando, e não apenas pelo calendário**. Seu cirurgião geralmente confirma que a fratura se uniu (“união”)

por meio de radiografia e, frequentemente, de tomografia computadorizada, antes de liberar você para cargas mais pesadas e esportes. A rapidez com que você progride depende do tipo e da posição da fratura (uma fratura próxima ao polo superior, que cicatriza lentamente, e uma não união prévia exigem mais cautela) e da estabilidade da fixação.

A mobilidade é liberada em etapas cuidadosas: movimento dos dedos e do polegar imediatamente; movimento suave do pulso quando seu terapeuta da mão permitir; então força de preensão e fortalecimento apenas **após a união óssea**; e retorno a esportes com carga ou de contato por último. Como a reparação continua a amadurecer por meses, a carga mais pesada e a prática de esportes são reintroduzidas gradualmente, e não de uma só vez.

Precauções e limitações

- Use a **tala ou gesso** conforme indicado e mantenha-o seco. O Dr. Hirpara e o seu terapeuta da mão indicarão quando deve retirá-lo para os exercícios e quando pode deixá-lo fora.
- **NÃO** agarre objetos com força, levante, transporte ou empurre através do pulso até que lhe seja dito que a fratura consolidou; a compressão e a carga sobrecarregam o escafoide e o parafuso enquanto o osso ainda está a sarar.
- Evite **forçar o pulso para trás até à extensão completa** e evite os extremos de movimento nas fases iniciais; avance gradualmente na amplitude de movimento, sem forçar o final do mesmo.
- **NÃO** retome a prática de desportos de contacto, colisão ou de suporte de carga (nem a ginásio/pesos, flexões de braços, desportos de raquete ou de bastão) até que o seu cirurgião confirme que o osso consolidou e o autorize; isto geralmente demora meses, não semanas.
- Mantenha os dedos, o polegar, o cotovelo e o ombro em movimento desde o início para evitar rigidez, e utilize a mão para tarefas diárias leves dentro dos limites do conforto, desde que não envolvam agarre, levantamento ou forçar o pulso.
- Se a sua fixação também utilizou enxerto ósseo para uma pseudartrose, espere um cronograma mais cauteloso; siga o plano específico que o seu cirurgião e terapeuta da mão lhe indicarem.

Para a gestão da ferida, do edema e da cicatriz, consulte as orientações da clínica sobre [cuidados com a ferida](#).

Os seus exercícios

Estes são os exercícios do seu folheto informativo. Inicie-os apenas conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, respeitando sempre a amplitude e os limites que lhe foram indicados. Os exercícios iniciais mantêm os **dedos, o polegar e o antebraço em movimento**, sem perturbar a cicatrização do escafoide, e o movimento suave do pulso é adicionado **apenas quando o seu terapeuta o autorizar**. O fortalecimento da preensão pertence a uma **fase posterior** e não deve ser iniciado até que lhe seja comunicado que o osso se consolidou. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda no pulso e informe o seu terapeuta.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico em fases para a reabilitação após a fixação da escápula com um parafuso de compressão sem cabeça. Esta seção deve ser fornecida ao terapeuta da mão do paciente, e cada fase começa com uma explicação em linguagem simples do que está acontecendo. A escápula cicatriza lentamente devido ao seu frágil suprimento sanguíneo retrógrado, portanto, a progressão é **dependente da consolidação e dependente da fixação e da fratura**: a fixação rígida com parafuso de uma fratura aguda estável na cintura permite movimento protegido mais precoce do punho, enquanto fraturas do polo proximal, pseudoartroses e casos enxertados justificam um curso mais conservador.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico e o histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente em relação ao padrão da fratura (cintura vs. polo proximal), se a fratura foi aguda ou uma pseudoartrose, se foi utilizado enxerto ósseo, a estabilidade da fixação e o marco de imagem planejado para confirmar a consolidação. O terapeuta da mão segue o plano para a fratura e a fixação individuais. Os tempos abaixo são orientações típicas para uma fratura aguda estável na cintura fixada com parafuso; uma progressão mais cautelosa se aplica a fixações do polo proximal, pseudoartroses e enxertos ósseos.

FASE I - MOVIMENTO PRECOCE PROTEGIDO (SEMANAS 0 A 2)

As primeiras semanas têm como objetivo proteger a ferida e a fixação, mantendo a mão móvel. O pulso permanece imobilizado em uma tala ou gesso curto; os dedos, o polegar e o antebraço movem-se livremente desde o primeiro dia. A revisão da ferida é geralmente realizada por volta das duas semanas, momento em que a terapia formal começa.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Imobilizar com uma tala de pulso ou gesso curto, conforme orientação do cirurgião; manter seco; remover apenas com autorização - Movimento ativo completo e imediato dos **dedos, polegar, cotovelo e ombro** para prevenir rigidez - **Sem prensão, levantamento, apoio de peso ou empurrão** através do pulso - Evitar extensão forçada do pulso ou movimento até o final da amplitude

Conduta - Ferida: curativos cirúrgicos conforme orientação; monitorar sinais de infecção; revisão da ferida ~2 semanas - Edema: elevação, bombeamento suave da mão, gelo conforme necessário - Exercícios: flexão-extensão composta ativa dos dedos e do polegar; oposição do polegar; pronação-supinação suave do antebraço; movimento ativo dos ombros e cotovelos

Crterios para progressão - Ferida cicatrizada/em cicatrização; dor em resolução; autorização do cirurgião para iniciar o movimento do pulso

FASE II - MOBILIZAÇÃO PROTEGIDA DO PUNHO (SEMANAS 2 A 8, CONDICIONADA À CONSOLIDAÇÃO)

A partir de aproximadamente duas semanas (para uma fratura aguda do colo com estabilidade fixada por parafuso), é introduzido o movimento ativo suave do punho dentro de uma amplitude confortável e sem dor, sob a proteção do parafuso. A amplitude é progressivamente aumentada; a extensão no final do arco de movimento e qualquer carga continuam a ser evitadas. As fixações do pólo proximal, pseudartrose e enxerto

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ósseos são mantidas em imobilização protetora por mais tempo e mobilizadas posteriormente, conforme orientação do cirurgião.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Amplitude de movimento (ADM) ativa do punho, dor, edema; revisão da ferida/cicatriz; comunicação com o cirurgião sobre imagens e estado de consolidação

Educação e precauções - Iniciar **flexão-extensão ativa suave do punho e desvio radial-ulnar** dentro de uma amplitude sem dor; aumentar a amplitude progressivamente - Evitar **extensão do punho no final do arco/forçada** e evitar carga - **Sem fortalecimento da preensão, sem apoio de peso, sem trabalho resistido** até que a consolidação seja confirmada - Manter ADM completa dos dedos e do antebraço; iniciar manejo da cicatriz após a cicatrização

Conduta - Exercícios: ADM ativa e ativa-assistida do punho dentro do conforto; manter ADM dos dedos/polegar/antebraço; manejo do edema e da cicatriz - Tala entre os exercícios no início desta fase, se indicado; a desmame da imobilização é dirigida pelo cirurgião

Crítérios para progressão - Consolidação radiográfica (frequentemente confirmada por TC) confirmada pelo cirurgião; ADM confortável e controlada do punho; dor mínima. Todos os critérios são necessários antes de iniciar qualquer fortalecimento.

FASE III - FORTALECIMENTO E RETORNO (APÓS CONSOLIDAÇÃO CONFIRMADA)

Uma vez que o cirurgião confirma que a fratura consolidou (comumente entre 8 e 12 semanas para uma fratura aguda da cintura, e **mais tarde para fraturas do pólo proximal e não uniões**), o fortalecimento começa e é progressivo: primeiro exercícios de preensão e massa de modelar, em seguida fortalecimento progressivo resistido do punho e antebraço, depois trabalho com carga e específico para o esporte. O retorno a esportes de contato, colisão e carga é baseado em critérios e condicionado à consolidação, tipicamente não antes de cerca de três a quatro meses e frequentemente mais tarde para fraturas de maior risco.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Força de preensão e pinça em comparação com o lado contralateral; amplitude de movimento (ADM) do punho; resposta à dor/inchaço sob carga; testes funcionais e específicos para o esporte/trabalho, conforme apropriado

Educação e precauções - Iniciar **fortalecimento de preensão e massa de modelar** apenas após consolidação confirmada pelo cirurgião; progredir a carga gradualmente - Adicionar **fortalecimento progressivo resistido do punho e antebraço**; em seguida, trabalho com carga graduada e em cadeia fechada - O retorno a **esportes de contato/colisão/carga** é condicionado à consolidação e baseado em critérios, tipicamente **não antes de ~3-4 meses** e mais tarde para pólo proximal/não união; uma tala protetora ou gesso pode ser usado para retorno precoce supervisionado em atletas, sob orientação do cirurgião

Conduta - Exercícios: preensão/massa de modelar graduada → fortalecimento resistido do punho e antebraço (banda → pesos leves) → exercícios com carga e específicos para o esporte; continuar qualquer trabalho de mobilidade residual - Considerar alta quando a força estiver quase simétrica e um retorno adequado da função

for alcançado - Encaminhar de volta ao cirurgião tratante se a recuperação estagnar, a dor persistir ou houver dúvida quanto à consolidação (considerar consolidação tardia/não união ou necrose avascular)

Critérios para retorno ao esporte - Consolidação confirmada pelo cirurgião; ADM completa e indolor; força de preensão quase simétrica; carga e controle específicos para o esporte sem dor

Retorno ao trabalho e às atividades

O uso leve das mãos nas atividades diárias (comer, escrever, vestir-se e cuidados pessoais leves) é incentivado desde o início, dentro dos limites do conforto, desde que não envolva preensão, levantamento ou forçar o pulso. O trabalho de escritório e outros trabalhos leves, não manuais, muitas vezes são possíveis precocemente, às vezes já na primeira ou segunda semana, com tarefas modificadas; o trabalho manual mais pesado, que sobrecarrega o pulso, deve ser adiado até que a fratura se una e, então, reintroduzido gradualmente.

Como é necessário ter controle seguro do veículo, **não** dirija enquanto estiver usando gesso ou tala que impeça o controle seguro do volante, ou enquanto o pulso não puder direcionar e fazer preensão de forma segura. A condução é retomada após a remoção do gesso restritivo e quando o paciente puder controlar o veículo com confiança e segurança, conforme confirmado na consulta de acompanhamento. Planeje assistência para o transporte nas primeiras semanas.

A sobrecarga através do pulso (preensão forte, levantamento, empurrar, pressionar e puxar) deve ser adiada até que o cirurgião confirme a união óssea, sendo então reintroduzida gradualmente. **O retorno a esportes de contato, colisão e que exigem suporte de carga é condicionado à união óssea**, geralmente não antes de três a quatro meses, e frequentemente mais tarde para fraturas do pólo proximal e não uniões. Isso baseia-se na confirmação da cicatrização, além da recuperação do movimento completo, sem dor, e da força de preensão adequada e simétrica, avaliados pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, e não apenas pelo calendário.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica: consulte [o controle da dor pós-operatória](#), [os cuidados com a ferida](#) e [a gestão da cicatriz](#). O plano por fases acima apresentado reflete as orientações de reabilitação publicadas após a fixação do escafoide, e a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a sua fratura, a sua fixação e a forma como o seu pulso cicatriza.