

Fratura do úmero proximal

A fratura do úmero proximal é uma quebra na parte superior do osso do braço, logo abaixo do ombro, muitas vezes após uma queda.

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 proximal do úmero é uma quebra na parte superior do osso do braço, logo abaixo do ombro. Ela geralmente acontece durante uma queda, muitas vezes sobre o ombro ou sobre o braço estendido. A fratura surge de repente, e não lentamente ao longo do tempo.

A primeira coisa que você sente é dor na parte superior do braço e no ombro. Ela muitas vezes começa no momento da queda. O ombro pode inchar e ficar com hematoma ao longo dos dois dias seguintes, e o hematoma pode se espalhar para abaixo. O braço pode parecer deformado se os fragmentos quebrados se deslocaram. Você provavelmente não vai querer mexer o braço, e coisas simples se tornam difíceis: vestir-se, alcançar algo em um armário, carregar uma sacola de compras ou virar-se para esse lado na cama.

A dor costuma ser pior à noite nos primeiros dias, e pode ser difícil encontrar uma posição confortável. Mexer o braço dói no início. Ao longo das primeiras semanas, à medida que o osso começa a cicatrizar, a dor geralmente diminui aos poucos. O ombro muitas vezes já está rígido quando a dor alivia, porque ficou parado.

A maioria dessas fraturas acontece em mulheres com mais de 70 anos, e elas são comuns em ossos que ficaram finos e frágeis com a idade (isso se chama osteoporose). Se você já quebrou um osso antes, ou se quebrar este, isso pode indicar uma chance maior de outra fratura no futuro. Vale a pena falar sobre isso com o seu médico de família, que pode avaliar a saúde dos seus ossos.

Algumas fraturas têm vários fragmentos, e algumas se deslocam da posição. O seu cirurgião identifica o padrão por meio do exame físico e de radiografias, às vezes com uma tomografia computadorizada, que é um exame detalhado que mostra o osso com mais clareza. A maioria dessas fraturas cicatriza sem operação, e o osso consolida em mais de 90% dos casos tratados dessa forma.

Fique atento a alguns sinais que exigem atendimento no mesmo dia. Vá ao pronto-socorro se a sua mão ou os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento do braço após a lesão. O mesmo vale se a pele sobre a fratura estiver rompida ou se houver osso exposto.

O que está realmente acontecendo

A parte superior do osso do braço tem a forma de uma esfera que se encaixa em uma cavidade rasa na escápula. A cavidade é pequena, com cerca de um terço do tamanho da esfera; por isso, a articulação se move livremente, mas depende dos tecidos moles para se manter estável. Quatro tendões envolvem a esfera e a pressionam para baixo enquanto músculos maiores levantam o braço. Quando o osso quebra, esse trabalho em equipe é perturbado.

A fratura geralmente acontece porque a força de uma queda empurra o osso do braço contra a cavidade, que é mais dura do que o osso ao redor. O osso funciona como um martelo batendo em uma bigorna, e ele se parte onde o osso é mais fraco. Os fragmentos quebrados são então puxados pelos tendões presos a eles. Cada tendão puxa o seu próprio fragmento na sua própria direção, e é por isso que algumas fraturas acabam com vários fragmentos deslocados.

Mesmo quando os fragmentos ficam perto de onde deveriam estar, o ombro deixa de funcionar normalmente por algum tempo. Os tendões ao redor da articulação precisam de superfícies de deslizamento lisas para funcionar, e o inchaço e o osso quebrado atrapalham isso. As bolsas de revestimento que permitem que o tendão deslize sobre o osso podem engrossar e formar cicatrizes, e esse é um dos motivos pelos quais o ombro fica rígido. Mexer o braço cedo, quando o seu cirurgião disser que é seguro, ajuda a limitar essa formação de cicatrizes.

O osso cicatriza se consolidando, da mesma forma que um osso quebrado em qualquer parte do corpo. Forma-se osso novo através da fratura, que se firma ao longo de semanas a meses. Se um tendão se soltou levando junto um fragmento de osso, o tendão cicatriza à medida que esse fragmento se consolida de volta no lugar. O ombro tolera bem uma cicatrização um pouco torta, porque não é uma articulação que suporta peso e os músculos ao redor fazem grande parte do trabalho.

Alguns padrões mudam o quadro. Uma fratura bem na base da esfera pode interromper o seu suprimento sanguíneo, o que afeta a cicatrização. As fraturas mais abaixo geralmente preservam o suprimento sanguíneo. Se os fragmentos estiverem muito deslocados ou instáveis, ou se a própria esfera estiver partida, é mais provável que uma operação seja considerada.

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. Algumas fraturas cicatrizam sem operação, e outras precisam de cirurgia logo após a lesão, por isso uma avaliação rápida é importante. Avaliamos em quantos fragmentos o osso está, quanto

eles se deslocaram, se a fratura é estável e o que o seu braço precisa fazer. A sua própria saúde e quanta dor você está disposto a tolerar também fazem parte dessa decisão.

Muitas dessas fraturas são tratadas sem cirurgia, incluindo algumas em que os fragmentos se deslocaram. O tratamento não cirúrgico significa uma tipoia para manter o braço imóvel enquanto o osso se consolida, e não uma tala ou um gesso. Não se trata de deixar você por conta própria: vemos você regularmente e verificamos a fratura com radiografias repetidas para garantir que ela esteja cicatrizando em uma posição aceitável. Quando o seu cirurgião disser que o osso está pronto, um fisioterapeuta orienta o seu retorno aos movimentos por etapas: primeiro, movimentos suaves assistidos e, depois, movimentos ativos à medida que o osso se firma. O osso consolida em mais de nove em cada dez casos tratados dessa forma, e o tempo médio até a consolidação firme é de 14 semanas. Há uma chance de 7% de o osso demorar a consolidar ou não consolidar, e cerca de 5,6% das pessoas tratadas dessa forma acabam precisando de uma operação.

A cirurgia é recomendada desde o início para algumas lesões: fraturas muito deslocadas e instáveis, fraturas em que a esfera da articulação está partida, fraturas-luxações em que a articulação também saiu do lugar e lesões em pessoas mais jovens ou mais ativas, cujo braço precisa fazer mais. Uma operação tem como objetivo manter os fragmentos em uma posição melhor enquanto cicatrizam ou, em alguns padrões graves em pacientes mais velhos, substituir a articulação. Em algumas situações, a escolha é realmente compartilhada: o tratamento não cirúrgico pode ser possível, mas a dor ao longo do caminho ou a posição final do ombro podem não ser aceitáveis para você. Vamos conversar com você sobre os dois caminhos antes de qualquer decisão.

Seja qual for o caminho escolhido, as primeiras semanas são parecidas. O controle da dor é importante no início, e vamos ajudar você a encontrar posições e medidas simples que permitam dormir e dar conta das tarefas diárias. Você protege o braço enquanto o osso cicatriza, evitando levantar peso e fazer movimentos bruscos. A fisioterapia começa na etapa certa para a sua lesão, orientada pelo seu fisioterapeuta, e é a parte do tratamento sobre a qual você tem mais controle.

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 ter direito ao reembolso do Medicare.

O que esperar

O osso se consolida lentamente. Para a maioria das pessoas tratadas sem cirurgia, o tempo médio até a consolidação firme é de 14 semanas, e o osso consolida em mais de nove em cada dez casos. Nas primeiras semanas, a dor diminui aos poucos, embora o ombro muitas vezes já esteja rígido quando isso acontece. Ao longo dos meses seguintes, um fisioterapeuta orienta o seu retorno aos movimentos por etapas, e tarefas do dia a dia, como vestir-se e carregar objetos leves, voltam à medida que o osso se firma.

Se você fizer uma operação, as primeiras semanas são parecidas: proteger o braço enquanto ele cicatriza e, depois, movimentos por etapas com o seu fisioterapeuta. O ombro pode levar meses para voltar a parecer firme, e a rigidez é comum ao longo do caminho. A cirurgia mantém os fragmentos em uma posição melhor enquanto cicatrizam, mas tem os seus próprios riscos, incluindo uma chance maior de precisar de outra operação mais

tarde. Em alguns padrões graves em pacientes mais velhos, uma prótese da articulação busca um resultado melhor a longo prazo, embora a recuperação de uma prótese seja um processo à parte.

Vale a pena saber algumas coisas com honestidade. Há uma chance de o osso demorar a consolidar ou não consolidar, e algumas pessoas tratadas sem cirurgia acabam precisando de uma operação. Um ombro que cicatriza em uma posição um pouco torta muitas vezes ainda funciona bem, porque a articulação não suporta peso e os músculos ao redor fazem grande parte do trabalho. A rigidez é a queixa mais comum em qualquer um dos caminhos, e é por isso que os exercícios de movimento são importantes.

A recuperação dessa lesão geralmente é medida em meses, e não em semanas. A maioria das pessoas volta a usar o braço com conforto no dia a dia, embora algumas fiquem com rigidez ou dor que persiste. Consulte seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista se os sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas ou impedirem você de usar o braço.

Quando procurar ajuda médica

Procure atendimento urgente se o seu braço parecer claramente deformado após a lesão, se a pele sobre a fratura estiver rompida, se houver osso exposto ou se a sua mão ou os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados. Uma perda súbita de sensibilidade ou de movimento no braço após uma lesão também exige ida ao pronto-socorro no mesmo dia. Se não conseguir falar com a clínica, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Consulte seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista se a dor não estiver melhorando, ou se o inchaço, o movimento ou o uso do braço não estiverem melhorando semana após semana à medida que o osso cicatriza. Sintomas que pioram ao longo de semanas, que acordam você à noite ou que impedem você de trabalhar ou de usar o braço também merecem avaliação.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre seu próprio tratamento. Uma fratura no ombro na idade avançada merece essa leitura adicional, pois é um dos casos mais claros na ortopedia em que as evidências científicas e a prática clínica diária não coincidem; além disso, o tratamento que parece mais grave não é necessariamente o que gera melhores resultados para o braço.

PARA A MAIORIA DOS PACIENTES IDOSOS, A CIRURGIA NÃO MELHORA O RESULTADO

Essa comparação já foi feita diversas vezes. Ao analisar **1.743** pacientes, uma revisão sistemática recomendou **o tratamento não cirúrgico para pacientes com mais de 65 anos que apresentam fratura proximal do úmero deslocada**, observando que os resultados dos estudos observacionais coincidiam com os dos ensaios randomizados [1]. Uma revisão anterior envolvendo **486** pacientes também não encontrou diferença significativa nos resultados entre tratamentos cirúrgicos e conservadores [2].

Isso parece contra-intuitivo, pois a radiografia de uma fratura proximal do úmero deslocada parece preocupante: o osso está fragmentado em várias partes e claramente fora de posição. O instinto, tanto do paciente quanto, muitas vezes, do médico, é de que algo tão visivelmente errado precisa ser corrigido.

Contudo, os ensaios demonstram que o ombro é excepcionalmente tolerante a posições ósseas imperfeitas. Não se trata de uma articulação de suporte de peso; a função é realizada principalmente pelo manguito rotador e pelo deltoide. Além disso, os fragmentos ósseos são mantidos no lugar por tecidos moles que garantem seu suprimento sanguíneo. Um ombro que cicatriza ligeiramente torto acaba funcionando e sentindo-se muito parecido com um ombro corretamente reparado, e isso acontece sem incisões, implantes ou os riscos associados à cirurgia.

O ESTUDO ALTEROU AS EVIDÊNCIAS, MAS NÃO A PRÁTICA CLÍNICA

Esta é a parte que merece ser refletida. O PROFHER foi o grande estudo randomizado que comparou a cirurgia ao tratamento não cirúrgico para fraturas deslocadas do úmero proximal; o estudo não constatou nenhum benefício na realização da cirurgia [6].

Posteriormente, um estudo com **116.868** pacientes procurou verificar se a prática clínica realmente mudou após a publicação dos resultados. Não houve mudança: **o PROFHER não teve impacto significativo nas taxas de tratamento cirúrgico**, não havendo variação relevante na taxa anual de cirurgias [3].

Esse é um achado sobre a prática médica, e não especificamente sobre o seu ombro; ainda assim, é algo importante que um paciente deve saber. Se lhe for oferecida uma cirurgia para essa fratura, a pergunta correta não é se a cirurgia é, em algum caso, adequada – pois claramente o é – mas sim o que, especificamente, na *sua* fratura e no *seu* braço, o coloca fora do grupo de pacientes para os quais a cirurgia não demonstrou ser benéfica.

QUANDO A CIRURGIA É ESCOLHIDA, A ABORDAGEM OPERATÓRIA MUDOU

Nada do exposto acima significa que a cirurgia nunca é indicada. Fraturas que dividem a cabeça do úmero, fraturas-luxações, lesões abertas e pacientes mais jovens com altas exigências funcionais representam situações distintas.

Nos casos em que a cirurgia é realizada em pacientes idosos, a tendência atual é claramente a prótese total de ombro reversa. Com base em **228.523** pacientes, a artroplastia total de ombro reversa apresentou melhores resultados funcionais e menores taxas de complicações em comparação com a hemiartroplastia; além disso, teve um perfil de revisão cirúrgica mais favorável do que a fixação com placa, em idosos com essas fraturas [4].

A razão para isso é que a prótese reversa não depende da boa consolidação das tuberosidades, fator que, justamente, é incerto no ombro osteoporótico. Essa abordagem elimina a variável que tornava as cirurgias anteriores imprevisíveis.

O QUE, NA VERDADE, PREDIZ A SUA RECUPERAÇÃO

Em geral, não é o padrão da fratura. Uma revisão sistemática envolvendo **4.323** pacientes, que analisou os preditores biopsicossociais da recuperação, constatou que o **estado funcional pré-operatório** – ou seja, o grau de funcionamento do braço e da pessoa antes da lesão – é o fator que prediz a recuperação funcional [5].

Isso merece ser compreendido corretamente. Não significa que a recuperação dependa apenas da atitude do paciente. Significa, sim, que o principal preditor do resultado final é o ponto de partida do paciente; isso reforça a importância de ter expectativas realistas e de levar a reabilitação a sério nos meses em que o ombro parece rígido e os avanços parecem imperceptíveis.

REFERÊNCIAS

- [1] Beks RB, Ochen Y, Frima H, Smeeing DP, van der Meijden O, Timmers TK, et al. Tratamento cirúrgico versus não cirúrgico de fraturas do úmero proximal: revisão sistemática, meta-análise e comparação entre estudos observacionais e ensaios clínicos randomizados. *J Shoulder Elbow Surg.* 2018;27(8):1526-34. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2018.03.009>
- [2] Nanidis TG, Majed A, Liddle AD, Constantinides VA, Sivagnanam P, Tekkis PP, et al. Tratamento conservador versus cirúrgico de fraturas complexas do úmero proximal: uma meta-análise. *Shoulder Elbow.* 2010;2(3):166-74. <https://doi.org/10.1111/j.1758-5740.2010.00075.x>
- [3] Cheesman JS, Englert CH, Yang Q, Yoo JU, Nazir OF, Mirarchi AJ. Impacto do estudo PROFHER nas tendências de tratamento de fraturas do úmero proximal nos Estados Unidos. *Shoulder Elbow.* 2025;18(3):476-84. <https://doi.org/10.1177/17585732251359178>
- [4] Mekhail J, Mullan R, Cross JL, Jahagirdar O, Luo X, Salameh M. Resultados da artroplastia total reversa do ombro em comparação com outros métodos de fixação cirúrgica para fraturas do úmero proximal: revisão sistemática e meta-análise. *JSES Rev Rep Tech.* 2026;6(2):100644. <https://doi.org/10.1016/j.xrtr.2025.100644>
- [5] Varahra A, MacDermid JC, Szekeres M. Revisão sistemática dos fatores biopsicossociais prognósticos da recuperação após fratura do úmero proximal. *J Hand Ther.* 2023;36(4):825-44. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2023.06.005>
- [6] Rangan A, Handoll H, Brealey S, Jefferson L, Keding A, Martin BC, et al. Tratamento cirúrgico versus não cirúrgico de adultos com fraturas deslocadas do úmero proximal: o ensaio clínico randomizado PROFHER. *JAMA.* 2015;313(10):1037-47. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.1629>