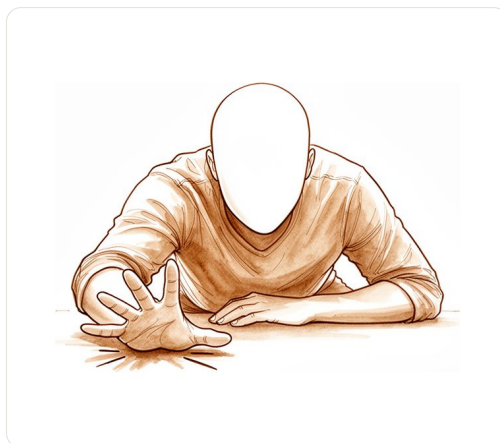


Fratura da extremidade distal do rádio

A fratura do rádio distal é uma quebra na extremidade do osso do antebraço, logo acima do punho, geralmente após uma queda sobre a mão estendida. É a fratura mais comum em adultos.

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 do rádio distal é uma quebra na extremidade do rádio, o maior dos dois ossos do antebraço, logo acima do punho. Geralmente acontece quando você cai sobre a mão estendida. Algumas fraturas resultam de um impacto mais forte, mas a simples queda é a história mais comum. É uma das fraturas mais frequentes atendidas nos prontos-socorros e é especialmente comum em mulheres mais velhas, porque os ossos podem ficar mais finos após a menopausa.

Geralmente você sente dor imediatamente, e o punho incha. Muitas vezes há manchas roxas. Se o osso se deslocou, você pode ver uma mudança na forma do punho. O padrão clássico é uma saliência na parte de trás do punho e uma depressão na frente, que os médicos chamam de deformidade em dorso de garfo, porque o punho lembra um garfo virado para baixo. Às vezes não há nenhuma mudança evidente na forma, apenas sensibilidade em um ponto e dor quando você tenta movimentar o punho.

Nos primeiros dias, a dor muitas vezes está presente mesmo com a mão parada, e pode piorar à noite. Mexer os dedos ou girar o punho vai doer. Manter a mão elevada ajuda a limitar o inchaço, e movimentar os dedos desde cedo ajuda a evitar a rigidez. A maior parte da dor inicial diminui ao longo das primeiras semanas, à medida que o osso começa a consolidar.

Algumas situações precisam de atenção urgente. Se aparecer uma ferida na pele sobre a fratura, se o osso estiver exposto ou se a deformidade for evidente, vá ao pronto-socorro no mesmo dia. O mesmo vale se os seus dedos ou a sua mão ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento da mão. A irritação de um nervo perto do punho pode causar dormência ou formigamento nos dedos, e isso precisa ser avaliado sem demora.

Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas ou acordarem você à noite, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista. Se não conseguir falar com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

O que realmente acontece

O rádio é o maior dos dois ossos do antebraço, e o rádio distal é a sua extremidade larga, a parte que forma metade da articulação do punho. Quando você cai sobre a mão estendida, a força dobra essa extremidade do osso até que ela se quebre. A fratura pode formar uma única linha bem definida ou estilhaçar-se em vários fragmentos. Ela também pode sair do lugar, o que os médicos chamam de desvio. Se os fragmentos quebrados continuam alinhados, diz-se que a fratura é sem desvio.

Pense na extremidade do rádio junto ao punho como o topo de uma perna de mesa que se quebrou e ficou inclinada. O tampo da mesa, a sua mão, já não fica nivelado sobre ela. Se os fragmentos puderem ser recolocados no alinhamento e mantidos ali enquanto consolidam, a superfície volta a ficar nivelada. Se não puderem ser mantidos, a mão continua apoiada em um declive, e o punho pode permanecer rígido, fraco ou dolorido por muito tempo depois que a própria fratura já consolidou.

O osso se recupera por consolidação: forma-se osso novo através da fratura, unindo lentamente os fragmentos. Essa consolidação exige que os fragmentos fiquem imóveis, e é isso que o gesso ou a cirurgia proporcionam. O problema é que essa extremidade do rádio tem naturalmente uma camada externa fina, por isso ela se dobra e se esfarela em vez de se partir de forma limpa, e algumas fraturas são difíceis de manter alinhadas. A fratura que estava muito fora de posição desde o início é a que tem maior probabilidade de voltar a se deslocar, e é por isso que o punho tratado com gesso é novamente avaliado com radiografias nas primeiras duas semanas.

A força da lesão também pode distender as partes moles ao redor do osso. Os ligamentos que mantêm unidos os pequenos ossos do punho, e o disco de cartilagem que fica no fundo da articulação do punho, podem sofrer entorse ou ruptura ao mesmo tempo. Isso acontece em cerca de metade dessas fraturas. É um dos motivos pelos quais o punho pode continuar incomodando mesmo depois que o próprio osso consolidou, e por que o seu cirurgião olha além do osso ao planejar o seu tratamento.

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. A escolha certa depende de como o osso quebrou, se os fragmentos se deslocaram e se é provável que permaneçam no lugar. Depende também de você: da sua idade, da sua saúde e do que você precisa que o seu punho faça. Algumas fraturas consolidam bem sem operação, e outras precisam de cirurgia logo após a lesão, por isso uma avaliação rápida é importante. Geralmente, 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.

Muitas fraturas são estáveis ou estão apenas um pouco fora do lugar, e geralmente evoluem bem sem cirurgia. Mantemos o punho imóvel em uma tala ou gesso enquanto o osso consolida. Se os fragmentos se deslocaram, muitas vezes podem primeiro ser recolocados no alinhamento, com anestésico aplicado ao redor da fratura, e depois mantidos em um gesso. O punho tratado dessa forma é novamente avaliado com radiografias aos 7 dias e outra vez aos 14 dias, porque uma fratura que foi reduzida pode se deslocar dentro do gesso. O osso geralmente consolida em cerca de 5 semanas, e o gesso é retirado para que o movimento possa começar. A partir daí, o seu terapeuta orienta você a voltar a usar a mão em etapas.

A cirurgia é recomendada desde o início quando a fratura é instável ou está muito fora de posição, quando os fragmentos quebrados formam um degrau na superfície articular, quando a pele está rompida ou quando a lesão também danificou nervos ou ligamentos. O objetivo é manter os fragmentos na posição correta enquanto consolidam, para que a superfície do punho permaneça nivelada. Em algumas situações, a escolha é realmente compartilhada: o gesso pode ser possível, mas o punho pode acabar apoiado em um declive, e essa forma final pode não ser aceitável para você. Conversaremos com você sobre os dois caminhos antes de qualquer decisão.

Seja qual for o caminho, as primeiras semanas têm os mesmos princípios básicos. Mantenha a mão elevada para limitar o inchaço e movimente os dedos desde cedo para que não fiquem rígidos. Os analgésicos nos primeiros dias fazem parte do plano, e a maioria das pessoas tratadas sem cirurgia não precisa de analgésicos fortes além dos primeiros dias. Proteja o punho enquanto ele consolida e comece a terapia no momento certo, nem antes de o osso estar pronto, nem muito depois.

O que esperar

A maioria das pessoas percebe que o pior da dor passa nos primeiros dois meses. Aos seis meses, a maioria tem pouca dor e pouca dificuldade para usar o punho. A recuperação, porém, não para por aí. Ela continua melhorando durante anos, e a função do punho ainda pode ser medida como restabelecida uma década depois.

A recuperação segue um de três caminhos. Cerca de 69% das pessoas se recuperam rapidamente, cerca de 23% se recuperam lentamente e cerca de 8% não se recuperam totalmente. A idade avançada e ossos mais finos retardam a recuperação no primeiro ano. Uma lesão mais violenta, como uma queda de altura ou um acidente de trânsito, também retarda a recuperação nos primeiros seis meses. Fazer a cirurgia dentro de duas semanas após a lesão está associado a uma melhor função a longo prazo do que esperar mais tempo.

Se o seu punho for mantido em gesso, o osso geralmente consolida em cerca de 5 semanas, como explicado anteriormente. Se você fizer cirurgia, os fragmentos são mantidos com uma pequena placa de metal e parafusos enquanto consolidam. Os dois caminhos buscam o mesmo resultado: um punho que se move, segura objetos e suporta as cargas do dia a dia sem dor. Os resultados a longo prazo dos dois são, em linhas gerais, semelhantes, embora as pessoas que fazem cirurgia possam ficar mais tempo afastadas do trabalho do que as tratadas com gesso.

Alguns fatores podem atrasar a recuperação ou complicar o quadro. A fratura pode consolidar em uma posição ruim, o que os médicos chamam de consolidação viciosa. Isso é mais comum em pessoas mais velhas e pode deixar o punho rígido, fraco ou dolorido, além de alterar a sua forma. Uma extremidade óssea muito inclinada também sobrecarrega a articulação do punho de forma desigual, o que pode desgastá-la ao longo dos anos. A

rigidez nos dedos e no antebraço é comum se a mão não for movimentada desde cedo. Raramente, o osso não consolida. A irritação de um nervo perto do punho pode causar dormência ou formigamento, e um tendão pode ocasionalmente se desgastar onde roça em uma placa ou parafuso.

Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas ou acordarem você à noite, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista. Se não conseguir falar com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Quando procurar ajuda médica

Procure atendimento urgente se houver uma ferida na pele sobre a fratura, osso exposto ou uma mudança evidente na forma do punho. O mesmo vale se os seus dedos ou a sua mão ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento da mão. Dormência ou formigamento nos dedos também precisa ser avaliado sem demora, porque pode significar que um nervo está comprimido perto do punho.

Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista se a dor não estiver melhorando, ou se o inchaço, o movimento ou a força de preensão não estiverem melhorando semana a semana à medida que o osso consolida. A recuperação de um punho fraturado é um processo longo, por isso o que você deve observar são pequenos ganhos semana após semana. Se não conseguir falar com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Em maior profundidade

Esta seção aborda conteúdos além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. A fratura de punho merece essa leitura adicional, pois é a fratura na qual a discrepância entre o que parece normal num raio-X e o que o paciente realmente percebe é maior; além disso, a cirurgia mais comum para esse tipo de fratura apresenta uma taxa de complicações superior àquela divulgada para a maioria das pessoas.

A CIRURGIA MELHORA A FUNÇÃO, MAS O GRAU DESSA MELHORA É IMPORTANTE

A análise conjunta de dados de **2.254** adultos revelou que o tratamento cirúrgico de fraturas do rádio distal melhorou, a médio prazo, a pontuação no questionário DASH e a força de preensão em comparação com o tratamento não cirúrgico; **não houve diferença na taxa geral de complicações** [1].

Trata-se, portanto, de um resultado real a favor da cirurgia, que deve ser interpretado levando-se em conta sua magnitude. A pontuação no DASH varia de 0 a 100, e as diferenças observadas na literatura são geralmente modestas – reais, mensuráveis, porém menores do que os pacientes imaginam ao ouvir que “a cirurgia traz um resultado melhor”. Trata-se, na verdade, de uma diferença na qualidade da recuperação, e não da distinção entre um punho funcional e um inútil.

A PLACA POSSUI SEU PRÓPRIO PERFIL DE COMPLICAÇÕES

A placa bloqueada volar é o método padrão de fixação, e é muito eficaz. Porém, não é isenta de riscos.

Uma meta-análise restrita a estudos de alta qualidade constatou uma taxa geral de complicações de **30,8%** após a fixação com placa bloqueada volar; além disso, observou-se que essa técnica pode estar associada a mais complicações relacionadas ao material de fixação do que se relatava anteriormente [2].

Esse valor precisa ser interpretado com cautela, e não como motivo de alarme: ele inclui todos os problemas, inclusive os leves e que se resolvem sozinhos; portanto, não significa que 30,8% dos casos resultem em complicações graves. Ainda assim, trata-se de um dado real e superior à impressão transmitida por frases como “basta colocar a placa e os parafusos para que a mão volte a se mover normalmente”.

A remoção da placa é outra questão com resposta clara. Em um total de **3.690** pacientes, houve forte correlação positiva entre a frequência com que os cirurgiões removem o material de fixação e a frequência de complicações relatadas; os autores concluíram que **a remoção rotineira não se justifica** na ausência de problemas relacionados à placa [3]. Em geral, uma placa que não está causando problemas deve permanecer no local.

A FRATURA DO ESTILOIDE ULNAR DE QUE LHE FALARAM PROVAVELMENTE NÃO É RELEVANTE

A maioria das pessoas com fratura do rádio distal também sofre fratura na ponta da ulna; isso é frequentemente mencionado como se fosse uma segunda lesão preocupante.

Ao analisar **1.403** pacientes, constatou-se que a presença concomitante de fratura do estiloide ulnar **não** influenciou os resultados do tratamento da fratura do rádio distal. Os autores recomendam cautela antes de optar pela fixação dessa fratura [4].

Portanto, se esse fragmento ósseo foi identificado em seu raio-X, sua presença por si só não é motivo para cirurgia adicional, nem indica que o resultado do tratamento será pior.

O QUE, NA VERDADE, PREDIZ UM MAU PROGNÓSTICO

Não é o estiloide ulnar, nem tanto a escolha do implante pelo cirurgião, mas sim o próprio comportamento da fratura. Nos casos em que a fratura é tratada com gesso, os fatores de risco para que ela volte a deslocar-se após a redução incluem **deslocamento completo inicial** e outros sinais de um padrão instável – a fratura que já estava muito deslocada desde o início é a que tem maior probabilidade de voltar a se deslocar.

É por isso que o punho tratado com gesso é submetido a novos exames de raio-X na primeira e na segunda semana. Essa avaliação não é uma mera exigência burocrática; ela representa o período em que uma fratura que está se deslocando ainda pode ser corrigida com facilidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Ochen Y, Peek J, van der Velde D, Beeres FJP, van Heijl M, Groenwold RHH, et al. Tratamento cirúrgico versus não cirúrgico de fraturas da extremidade distal do rádio em adultos: uma revisão sistemática e meta-análise. JAMA Netw Open. 2020;3(4):e203497. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3497>
- [2] Nwosu C, Rodriguez K, Zeng S, Klifto KM, Klifto CS, Ruch DS. Complicações após fixação com placa bloqueada volar em fraturas da extremidade distal do rádio: uma revisão sistemática e meta-análise. J Hand Surg Am. 2023;48(9):861-74. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.04.022>

- [3] Yamamoto M, Fujihara Y, Fujihara N, Hirata H. Uma revisão sistemática sobre a remoção da placa bloqueada volar após fratura da extremidade distal do rádio. Injury. 2017;48(12):2650-6. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.10.010>
- [4] Yuan C, Zhang H, Liu H, Gu J. A presença concomitante de fratura do estiloide ulnar e fratura da extremidade distal do rádio está associada a piores resultados? Uma meta-análise. Injury. 2017;48(11):2575-81. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.08.061>