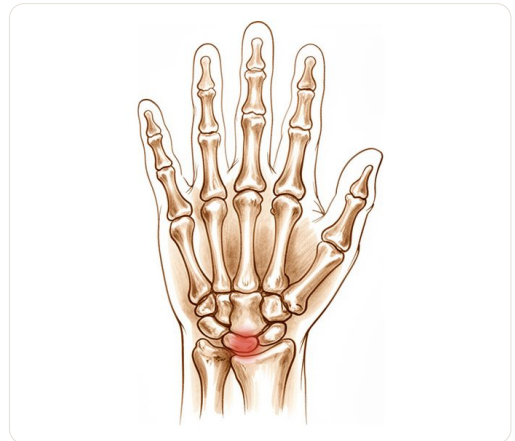


Doença de Kienböck

Doença de Kienböck avançada (Estágio IIIB): o osso semilunar, localizado no centro do punho, perdeu seu suprimento sanguíneo e entrou em colapso, alterando a mecânica do punho como um todo.

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 dor da doença de Kienböck localiza-se no meio da parte posterior do seu punho, sobre um pequeno osso chamado semilunar. Muitas vezes, ela surge sem nenhuma lesão, embora algumas pessoas se lembrem de uma pancada ou de um esforço repetitivo anteriormente. A parte de trás do punho também pode parecer inchada. O punho pode ficar rígido, e a sua força de preensão pode ser menor do que o normal.

A dor tende a piorar ao segurar, torcer e colocar carga sobre o punho, como ao carregar as compras, girar a tampa de um pote ou empurrar o corpo para se levantar de uma cadeira. Descansar a mão geralmente alivia a dor. Tarefas do dia a dia que exigem uma preensão firme ou o punho dobrado para trás, como usar um martelo, torcer um pano ou segurar o volante por longos períodos, podem se tornar difíceis ou desconfortáveis.

A doença de Kienböck costuma surgir entre os 30 e os 40 anos de idade. É pouco comum em pessoas mais velhas, embora, quando aparece mais tarde na vida, seja mais frequente em mulheres e na mão que elas mais usam para trabalhos pesados. Em pessoas mais velhas, a dor pode ser discreta ou passar facilmente despercebida, o que às vezes atrasa o diagnóstico.

Se não for tratada, a condição geralmente piora lentamente com o tempo, e pode evoluir mais rápido do que os médicos acreditavam. Ao longo dos anos, pode levar à artrose (artrite do desgaste) no punho. Por esse motivo, o seu outro punho também deve ser examinado e radiografado, porque a doença pode afetar os dois lados.

Consulte o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista se a dor não estiver melhorando, estiver piorando ao longo de semanas, acordar você à noite ou impedir você de trabalhar ou de usar a mão. Se não conseguir entrar em contato com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

O que está realmente acontecendo

O seu punho é formado por oito pequenos ossos dispostos em duas fileiras. O semilunar fica no meio da fileira de trás, encaixado entre os ossos vizinhos e a extremidade do osso do antebraço. Nenhum músculo se prende a ele, por isso ele simplesmente se move conforme os ossos ao redor se movem.

O semilunar também tem um suprimento sanguíneo frágil. Pequenos vasos entram no osso por cada extremidade e, em alguns punhos, apenas um caminho leva sangue até ele. Quando esse suprimento é interrompido, o tecido ósseo morre. Os médicos chamam isso de osteonecrose, que significa morte do osso por falta de sangue. Esse é o problema central da doença de Kienböck.

Ainda não está totalmente esclarecido por que o suprimento falha. Uma única lesão geralmente não é a culpada. A doença muitas vezes começa aos poucos, sem nenhuma queda ou acidente, e problemas no fluxo de sangue para dentro e para fora do osso parecem ter mais importância do que o desgaste. Alguns punhos também têm um formato que coloca mais carga sobre o semilunar do que outros, o que pode preparar o terreno para a doença.

Depois que o osso enfraquece, as consequências vêm em seguida. Normalmente, o semilunar funciona como um pequeno amortecedor, dividindo a carga que passa pelo punho toda vez que você segura ou empurra algo. Um osso morto não consegue suportar bem essa carga. Ele endurece, depois racha e colapsa sob pressão. À medida que perde altura, os ossos acima dele afundam, as pequenas articulações do punho saem do alinhamento e os ligamentos que mantêm tudo no lugar ficam frouxos. É esse colapso que produz a dor, a rigidez e a preensão fraca descritas anteriormente.

Os médicos descrevem a condição em estágios, desde o osso endurecido, mas intacto, passando pelo colapso do semilunar, até a artrose em todo o punho. Os estágios iniciais podem melhorar apenas com repouso e uso de tala. Os estágios mais avançados, em que o osso já colapsou ou as superfícies da articulação estão desgastadas, são os que têm maior probabilidade de precisar de cirurgia.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu quadro clínico. 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. Uma avaliação na clínica, que inclui o seu histórico, um exame físico e exames de imagem quando necessários, estabelece o diagnóstico.

Nos estágios iniciais, geralmente começamos pelo tratamento não cirúrgico. Isso significa modificar a forma como você usa o punho, usar uma tala ou gesso para mantê-lo imóvel e fazer terapia da mão. Para crianças e adolescentes com menos de 15 anos, recomendamos manter o punho imóvel por pelo menos 6 semanas e depois acompanhá-lo de perto com novas radiografias, tomografia computadorizada e ressonância magnética. Alguns punhos melhoram apenas com isso, e em algumas pessoas a condição pode ter uma evolução leve.

Quando o tratamento não cirúrgico não traz melhora suficiente, consideramos a cirurgia. O objetivo da maioria das operações é tirar carga do semilunar para que ele fique protegido enquanto cicatriza, ou reconstruir o punho para que as superfícies desgastadas sejam contornadas. Nos estágios mais iniciais, um procedimento minimamente invasivo chamado descompressão do núcleo ósseo alivia a pressão dentro do osso. Outra opção é encurtar o osso do antebraço, a chamada osteotomia de encurtamento radial, que desvia a carga do semilunar. Um enxerto ósseo vascularizado leva um pequeno pedaço de osso vivo, com o seu suprimento sanguíneo preservado, até o semilunar para ajudá-lo a cicatrizar. Nos punhos em que o semilunar sofreu colapso significativo ou em que surgiu artrose (artrite do desgaste), as opções de “salvamento” incluem remover a fileira de ossos danificados, a chamada carpectomia da fileira proximal, unir alguns dos ossos do punho ou fazer a artrodese completa do punho. Vamos conversar sobre qual opção é adequada para o seu punho e para o seu estágio, e decidir juntos.

A terapia da mão depois da cirurgia é feita com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Ruby é terapeuta da mão: ela conduz a sua reabilitação e confecciona qualquer tala de que você precise.

Consulte o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista se a dor não estiver melhorando, estiver piorando ao longo de semanas, acordar você à noite ou impedir você de trabalhar ou de usar a mão. Se não conseguir entrar em contato com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

O que esperar

A doença de Kienböck geralmente evolui devagar, mas tende a evoluir. Se não for tratada, o semilunar pode continuar se desfazendo, e a condição pode terminar em artrose em todo o punho. Ela também pode evoluir mais rápido do que os médicos acreditavam, e a superfície lisa do semilunar pode se desgastar logo no início. Dito isso, nem todo punho segue o mesmo caminho. Algumas pessoas têm a doença sem sentir nenhuma dor, e as alterações na radiografia nem sempre correspondem ao que o punho sente. Um punho pode parecer pior no exame de imagem enquanto se sente melhor, e é por isso que os seus sintomas e o que a sua mão consegue fazer importam mais do que as imagens.

Com tratamento, o prognóstico é mais estável. Os estágios iniciais muitas vezes melhoram com repouso, uma tala ou gesso e mudanças na forma como você usa o punho. Crianças e adolescentes respondem bem ao tratamento não cirúrgico. Quando a cirurgia é necessária, o objetivo é honesto: as operações são oferecidas para reduzir a dor e manter o punho em movimento, e não para prometer que o semilunar será salvo. A osteotomia de encurtamento radial traz melhora ao longo de uma década em 75% dos pacientes, e o seu efeito se mantém por mais de 10 anos. O enxerto ósseo vascularizado e a descompressão do núcleo ósseo também mostram resultados que duram muito tempo. Nos punhos em que o semilunar já colapsou ou em que a artrose se instalou, remover a fileira de ossos danificados ou fazer a artrodese do punho ainda pode resultar em um punho funcional, embora a força de preensão e o conforto variem de pessoa para pessoa.

Se não for tratada, a evolução provável é uma piora gradual: mais rigidez, uma preensão mais fraca e dor que piora quando se coloca carga sobre o punho. Alguns punhos permanecem com sintomas leves por anos. Outros, não. Como a evolução é difícil de prever, vale a pena acompanhar esta condição em vez de ignorá-la, mesmo quando a dor é tolerável.

Não há sinais de emergência específicos da doença de Kienböck em si, mas se a sua mão ficar quente, vermelha, inchada e dolorida, especialmente com febre, vá ao pronto-socorro mais próximo no mesmo dia. Consulte o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista se a dor não estiver melhorando, estiver piorando ao longo de semanas, acordar você à noite ou impedir você de trabalhar ou de usar a mão.

Quando procurar ajuda médica

Consulte o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista se você tiver dor no meio da parte de trás do punho que não esteja melhorando, esteja piorando ao longo de semanas, acorde você à noite ou impeça você de trabalhar ou de usar a mão. O mesmo vale se a parte de trás do punho estiver inchada, se a sua força de preensão parecer menor do que o normal ou se o punho estiver rígido e difícil de mover. Esses sinais são importantes porque a condição tende a progredir, e uma avaliação mais cedo mantém mais opções em aberto. Solicite também uma avaliação por um especialista se você tiver mais de 60 anos e sentir uma dor no punho vaga ou fácil de passar despercebida, já que o diagnóstico muitas vezes não é feito em mulheres mais velhas. Não há sinais de emergência específicos da doença de Kienböck em si, mas se a sua mão ficar quente, vermelha, inchada e dolorida, especialmente com febre, vá ao pronto-socorro mais próximo no mesmo dia. Se não conseguir entrar em contato com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A doença de Kienböck merece essa leitura adicional devido a uma constatação desconfortável presente na literatura sobre o tema: as cirurgias realizadas para tratá-la aliviam os sintomas, mas não alteram claramente o impacto da doença no osso.

A CIRURGIA ALIVIA A DOR; PORÉM, NÃO FOI COMPROVADO QUE ALTERA A EVOLUÇÃO DA DOENÇA

A comparação mais direta disponível analisou pacientes a longo prazo após osteotomia radial, em comparação com aqueles tratados de forma não cirúrgica. A osteotomia radial **não se mostrou superior** ao tratamento não cirúrgico no que diz respeito à progressão da doença, conforme avaliado pelo estágio de Lichtman; contudo, gerou melhores resultados no que tange à **dor** e à **amplitude de movimento do punho** [1].

Essas são duas afirmações distintas, e devem ser interpretadas como tais. A cirurgia melhora a sensação de conforto no punho e a sua mobilidade. Porém, não foi demonstrado que ela impeça o colapso do semilunar. Uma comparação de longo prazo posterior, entre tratamento não cirúrgico e enxerto ósseo vascularizado, chegou a uma conclusão semelhante [2].

Esse é o ponto mais importante a ser compreendido antes de concordar com a cirurgia. Se a operação for oferecida como forma de *salvar o semilunar*, essa abordagem vai além das evidências científicas. Se, por outro lado, for oferecida para reduzir a dor e preservar a mobilidade de um punho que já está dolorido, então há respaldo científico para tal.

POR QUE AS RADIOGRAFIAS E OS SINTOMAS NÃO COINCIDEM

A doença de Kienböck é definida radiologicamente; os estágios de Lichtman descrevem a esclerose, seguida do colapso e da desintegração do carpo. É natural supor que as imagens radiográficas reflitam a intensidade da dor. Contudo, isso muitas vezes não acontece. Em alguns casos, o carpo apresenta piora nos exames radiográficos enquanto o paciente sente melhora; em outros, a dor persiste mesmo nos estágios iniciais da doença.

Essa discrepância explica por que o fato de “a radiografia parecer pior” não constitui, por si só, motivo para cirurgia, e por que o acompanhamento radiográfico contínuo é um critério pouco confiável para a tomada de decisão. A decisão deve basear-se nos sintomas e na função do membro superior.

EXISTEM INÚMERAS OPERAÇÕES, O QUE EM SI JÁ É INFORMATIVO

Encurtamento do rádio, encurtamento do capitato, enxerto ósseo vascularizado, descompressão do núcleo ósseo, fusões parciais, carpectomia da fileira proximal – o número de procedimentos descritos é grande. Uma revisão sistemática sobre a osteotomia de encurtamento do capitato é uma das adições mais recentes [3].

Em cirurgia, uma longa lista de procedimentos concorrentes para uma mesma condição geralmente indica que nenhum deles é decisivamente superior. Essa é a interpretação correta aqui, e explica por que dois cirurgiões qualificados podem propor procedimentos diferentes para o mesmo punho, sem que nenhum esteja errado.

A lógica unificadora por trás da maioria desses procedimentos é mecânica: reduzir a carga que incide sobre o semilunar, seja encurtando o rádio para que a ulna suporte mais carga, seja encurtando o capitato para que menos força seja transmitida ao semilunar. São tentativas de aliviar a carga sobre um osso cujo suprimento sanguíneo está falhando; não visam restaurar esse suprimento sanguíneo, com exceção parcial do enxerto vascularizado, que procura atingir ambos os objetivos.

O QUE ISSO SIGNIFICA PARA VOCÊ

Três consequências práticas. A conduta de observação vigilante é uma opção válida, e não um fracasso em agir, especialmente quando a dor é tolerável. O objetivo de qualquer cirurgia deve ser definido em termos de sintomas, e não de estágio da doença. E, como nenhum procedimento se destacou dos demais, saber por que *esta* cirurgia é adequada para *seu* punho, para sua variação ulnar, para o seu estágio clínico e para suas necessidades – isso é ainda mais importante aqui do que na maioria das cirurgias da mão.

REFERÊNCIAS

- [1] Shin YH, Kim JK, Han M, Lee TK, Yoon JO. Comparação dos resultados a longo prazo da osteotomia radial e do tratamento não cirúrgico na doença de Kienböck: uma revisão sistemática. J Bone Joint Surg Am. 2018;100(14):1231-40. <https://doi.org/10.2106/JBJS.17.00764>
- [2] Park JY, Kim JK, Shin YH. Comparação dos resultados a longo prazo entre o tratamento não cirúrgico e o enxerto ósseo vascularizado na doença de Kienböck. Clin Orthop Surg. 2023;15(4):643. <https://doi.org/10.4055/cios22307>
- [3] Simske N, Pourghaed M, Johnson C, Clark DM. Osteotomia de encurtamento do capitato para a doença de Kienböck: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2026. <https://doi.org/10.1177/15589447261441826>