

Fratura do escafoide

A fratura do escafoide é uma quebra de um pequeno osso do lado do polegar do punho, geralmente após uma queda sobre a mão estendida.

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 do escafoide geralmente ocorre quando você cai sobre a mão estendida, ou durante a prática de esportes. O escafoide é um osso pequeno localizado no lado do polegar do punho, logo abaixo da base do polegar. A fratura muitas vezes resulta de uma queda baixa, da própria altura, embora, nos homens, ela siga com mais frequência um impacto mais forte, como no esporte ou em um acidente de carro. Algumas pessoas não sentem nada além de uma dor aguda no momento da lesão.

Logo de imediato, o lado do polegar do punho dói. Pode haver inchaço e hematoma nesse lado. O ponto logo abaixo da base do polegar, uma pequena depressão chamada tabaqueira anatômica, costuma ficar sensível ao toque. O punho pode parecer rígido, e pode doer dobrá-lo totalmente, apoiar o peso sobre ele ou forçá-lo em posições extremas. Fazer pinça com o polegar e o indicador, ou empurrar ao longo do comprimento do polegar, também pode doer.

Esses sinais podem ser surpreendentemente discretos. O inchaço nessa depressão pode ser leve, e algumas pessoas ainda conseguem mexer o punho o suficiente para achar que é apenas uma entorse. Isso é parte do motivo pelo qual as fraturas do escafoide passam despercebidas. Até 30% a 40% não aparecem nas primeiras radiografias, e algumas só são confirmadas quando o punho é examinado e submetido a exames de imagem novamente, na maioria das vezes aos 10 a 14 dias após a lesão.

Ao longo dos primeiros dias a semanas, a dor costuma ser pior no início. Mexer o punho, segurar objetos ou levantar-se de uma cadeira apoiando-se nessa mão vai doer. Uma dor contínua à noite é comum nos primeiros dias. A dor geralmente diminui à medida que a cicatrização começa, embora a sensibilidade nessa depressão abaixo do polegar possa persistir até a segunda semana.

Consulte seu médico de família ou peça uma avaliação especializada 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. Se não conseguir falar com a clínica, vá ao pronto-socorro mais próximo.

O que realmente acontece

O escafoide é um osso pequeno e curvo, situado no lado do polegar do punho. Ele fica dentro da própria articulação do punho e une as duas fileiras de ossos pequenos que formam o punho. Pense nele como o engate entre a parte da frente e a de trás de um trem: quando está inteiro, as duas metades dobram e se esticam juntas, de forma harmoniosa. Quando ele se quebra, as duas metades do punho podem começar a se mover fora de sincronia uma com a outra.

A maioria das fraturas ocorre atravessando o meio do osso, na chamada “cintura” do escafoide. É ali que o osso recebe a maior força de flexão quando o punho é forçado para trás em uma queda. Cerca de 70% a 80% das fraturas do escafoide ocorrem na cintura. As demais ocorrem mais perto do antebraço ou mais perto do polegar.

Esse osso tem um suprimento sanguíneo incomum. O sangue entra nele pela extremidade mais distante, perto do polegar, e percorre o osso em sentido contrário. Uma fratura pode interromper esse suprimento para o fragmento de osso mais próximo do antebraço. Sem sangue, esse fragmento tem dificuldade para cicatrizar. É por isso que a localização da fratura importa tanto, e por isso algumas fraturas são tratadas de forma diferente de outras, mesmo quando parecem semelhantes na radiografia.

O osso cicatriza se consolidando, da mesma forma que um braço quebrado. Forma-se osso novo através da fratura até que os dois fragmentos voltem a ser um só. Mas, para isso acontecer, os fragmentos precisam ficar imóveis e bem supridos de sangue. Se a fratura estiver deslocada, ou se os dois fragmentos se moverem um contra o outro enquanto você usa o punho, o osso pode não se consolidar. Se ele não se consolidar, o punho pode se desgastar lentamente ao longo dos anos, porque as duas fileiras de ossos continuam trabalhando fora de sincronia.

Esse é o problema mecânico, em resumo: um engate quebrado em uma articulação que depende dele.

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 do escafoide cicatrizam bem sem cirurgia, e outras precisam de cirurgia logo após a lesão; por isso, uma avaliação rápida é importante. Avaliamos onde a fratura está localizada, se os fragmentos estão deslocados e o que a sua mão precisa fazer no trabalho e no esporte. 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.

Se a sua fratura estiver estável ou quase não tiver se deslocado, um gesso ou uma tala costuma ser a escolha certa. Ele mantém o osso imóvel enquanto se consolida, e acompanhamos a cicatrização com exames de imagem

repetidos ao longo do caminho. Fraturas descobertas dentro de 6 meses após a lesão ainda podem se consolidar apenas com gesso, mesmo quando o diagnóstico foi tardio. Depois que o osso se consolida, um terapeuta da mão orienta o seu retorno aos movimentos, etapa por etapa. Um alerta das evidências: comprimidos anti-inflamatórios para dor tomados no primeiro mês foram associados a uma maior chance de o osso não se consolidar; por isso, conversaremos com você sobre um alívio da dor que não interfira na cicatrização.

A cirurgia é recomendada desde o início para algumas lesões, e não como último recurso. As fraturas perto da extremidade do osso mais próxima do antebraço muitas vezes não se consolidam com gesso; operá-las faz com que cicatrizem de forma muito mais confiável. As fraturas em que os fragmentos se deslocaram, ou em que o osso está instável, também são tratadas com cirurgia, para que os fragmentos fiquem na posição correta enquanto cicatrizam. Um pequeno parafuso mantém o osso imóvel por dentro, o que permite que algumas pessoas deixem de usar o gesso mais cedo e voltem ao trabalho mais rápido, cerca de 7 semanas antes, em média. Para outras, a escolha é realmente compartilhada: uma fratura estável pode cicatrizar com gesso, mas isso significa mais semanas de gesso e um retorno mais lento ao trabalho, e a cirurgia tem os seus próprios pequenos riscos. Avaliamos esses prós e contras juntos.

Seja qual for o caminho escolhido, as primeiras semanas são parecidas. O alívio da dor mantém você confortável enquanto o osso começa a se consolidar. Proteger o punho significa seguir de perto o plano de imobilização, porque o movimento entre os fragmentos quebrados é o que impede a cicatrização. A terapia da mão com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation, começa na etapa certa, quando a cicatrização estiver suficientemente segura. Ela orienta os seus exercícios e confecciona qualquer tala de que você precise. Consulte seu médico de família ou peça uma avaliação especializada 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.

O que esperar

A cicatrização depende de onde a fratura está localizada e de quanto cedo o tratamento começa. As fraturas tratadas dentro de 4 semanas após a lesão se consolidam de forma mais confiável do que as tratadas mais tarde, e as fraturas tratadas mais de 31 dias após a lesão têm maior chance de não se consolidar. Com o gesso, o osso fica imóvel enquanto se forma osso novo através da fratura. Com a cirurgia, um pequeno parafuso mantém os fragmentos unidos por dentro, e algumas pessoas deixam de usar o gesso mais cedo e voltam ao trabalho cerca de 7 semanas antes, em média. Nas fraturas estáveis que quase não se deslocaram, os dois caminhos podem levar a um punho que funciona bem, e não há vantagem comprovada a longo prazo de um sobre o outro.

As primeiras semanas são praticamente iguais em ambos os casos. O seu punho fica protegido, a dor diminui gradualmente e você evita sobrecarregar a mão. À medida que o osso se consolida, um terapeuta da mão orienta o seu retorno aos movimentos e à força de preensão, etapa por etapa. A maioria das pessoas volta às tarefas do dia a dia antes de voltar ao trabalho pesado. O esporte vem por último, depois que a cicatrização é confirmada e a força retorna. Se o osso se consolidar, praticamente todos os punhos terão um bom resultado, mesmo que o osso cicatrize com uma forma ligeiramente alterada.

O principal problema que pode ocorrer é a cicatrização lenta ou a falha da cicatrização, chamada não união. Isso acontece em mais de 10% das fraturas tratadas com cirurgia, e é mais provável quando o tratamento começa tarde ou quando a fratura está perto da extremidade do osso mais próxima do antebraço. Se o osso não se

consolidar, o punho pode desenvolver lentamente artrose por desgaste ao longo dos anos. Entre as pessoas cujas fraturas não consolidadas nunca foram tratadas, 97% das que se lesionaram cinco anos ou mais antes tinham desenvolvido artrose. Uma fratura consolidada também pode voltar a quebrar: em um caso documentado, houve nova fratura dentro de 7 meses após a consolidação. A rigidez é comum enquanto o punho fica imobilizado, e geralmente melhora com a terapia depois que o osso estiver seguro.

Consulte seu médico de família ou peça uma avaliação especializada 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. Se não conseguir falar com a clínica, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Quando procurar ajuda médica

Procure atendimento urgente se o seu punho estiver visivelmente deformado, se houver uma ferida aberta sobre a lesão ou se os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados. Uma perda súbita de sensibilidade ou de movimento na mão após uma lesão também exige ida ao pronto-socorro no mesmo dia.

Na maioria das lesões do escafoide, o quadro é mais discreto, e é exatamente essa a armadilha. O punho ainda pode se mexer, e o inchaço pode ser leve. Consulte seu médico de família ou peça uma avaliação especializada se a sua dor não estiver melhorando, ou se o inchaço, o movimento ou a força de preensão não estiverem melhorando semana após semana à medida que a cicatrização avança. Sintomas que pioram ao longo de semanas, que acordam você à noite ou que impedem você de trabalhar ou de usar a mão também merecem uma avaliação adequada. Se não conseguir falar com a clínica, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Em maior profundidade

Esta seção aborda conteúdos além do que você precisa para tomar decisões sobre seu próprio tratamento. A fratura do escafoide merece uma leitura mais aprofundada, pois a localização da fratura ao longo do osso é um fator mais importante do que quase qualquer outro aspecto; além disso, os argumentos a favor da cirurgia não são os que a maioria das pessoas imagina.

A LOCALIZAÇÃO NA OSSIFICAÇÃO ALTERA O RISCO EM SETE VEZES

O escafoide recebe a maior parte do seu suprimento sanguíneo por meio de vasos que entram próximo à sua extremidade distal; portanto, o sangue flui ao longo do osso em direção ao polo proximal. Uma fratura na região da cintura do escafoide interrompe esse fluxo sanguíneo para todas as áreas situadas além dessa região.

Essa consequência foi quantificada. Ao reunir diversos estudos publicados, verificou-se que **34% das fraturas agudas do polo proximal do escafoide evoluem para não união quando tratadas de forma não cirúrgica, e o risco relativo de não união nesses casos é 7,5 vezes maior** em comparação com fraturas mais distais tratadas da mesma maneira [1].

É por isso que duas fraturas que parecem semelhantes em radiografias podem exigir condutas terapêuticas completamente diferentes. Uma fratura distal, quando imobilizada com gesso, tem grandes chances de

cicatrização. Já uma fratura no polo proximal, tratada da mesma forma, não se une em cerca de um terço dos casos.

A CIRURGIA REDUZ A TAXA DE NÃO UNIÃO, MAS NÃO MELHORA O RESULTADO FINAL

No caso da fratura comum da região lombar, a comparação entre tratamento cirúrgico e tratamento com gesso revela resultados que merecem atenção. A cirurgia resultou em **uma taxa de não união três vezes menor**, em um retorno mais rápido às atividades diárias, além de uma melhora temporária na força de preensão e na amplitude de movimento; porém, esteve associada a **mais complicações**. Não houve **diferenças significativas quanto à dor, à sensibilidade ao toque, ao custo ou ao resultado funcional** [2].

Portanto, a cirurgia garante maior probabilidade de união óssea e recuperação mais rápida, mas traz como contrapartida o risco de complicações cirúrgicas; no fim, ambos os grupos alcançam resultados semelhantes. Isso torna a decisão uma questão de avaliar quanto vale para cada indivíduo optar por um caminho mais rápido e seguro: um trabalhador manual ou um atleta valoriza esses meses de diferença de forma diferente em relação a alguém capaz de conviver com o tratamento por gesso.

O DIAGNÓSTICO É O PONTO EM QUE SE EVITA A MAIOR PARTE DOS DANOS

Como a fratura do escafoide não diagnosticada é a que acaba por não unir-se, o processo diagnóstico é fundamental. **A sensibilidade à palpação na região da bolsa anatômica foi o exame clínico mais sensível, e a combinação de vários testes aumentou a probabilidade de se detectar a fratura**, o que pode ser utilizado para evitar imobilizações desnecessárias, consultas hospitalares e exames de imagem [3].

Essa última parte é a mais útil. A combinação dos achados do exame clínico não serve apenas para identificar fraturas; também ajuda a determinar quais pacientes podem interromper com segurança o uso do gesso. Por isso, uma reavaliação estruturada vale a pena, mesmo quando o pulso já parece melhor.

EM CASOS DE NÃO UNIÃO ÓSSEA JÁ ESTABELECIDADA, O ENXERTO MAIS “SOFISTICADO” NÃO É NECESSARIAMENTE O MELHOR

Quando uma fratura não se une, o tratamento padrão é o enxerto ósseo; intuitivamente, um enxerto vascularizado — aquele que mantém seu próprio suprimento sanguíneo — seria superior.

Contudo, as evidências não corroboram isso. Os dados atuais sugerem que **o enxerto ósseo vascularizado não produz resultados significativamente melhores em relação ao enxerto não vascularizado** no tratamento da não união do escafoide. Os autores apontam, porém, que um viés de seleção pode diminuir a confiabilidade desses resultados [4]. As taxas de união são bastante semelhantes: **84% nos casos com enxerto vascularizado e 80% nos casos com enxerto não vascularizado**, havendo grande variação entre os estudos devido a fatores como características do paciente, tipo da fratura, tratamento aplicado e metodologia de pesquisa [5].

Considerando que o procedimento com enxerto vascularizado é mais longo e exige maior habilidade técnica, essa quase equivalência entre os resultados é importante de se conhecer. O viés de seleção, nesse caso, tende a favorecer o uso do enxerto vascularizado nos casos mais complexos; portanto, a comparação pode estar subestimando seus benefícios. Mesmo assim, isso não justifica considerá-lo rotineiramente como a melhor opção.

REFERÊNCIAS

- [1] Eastley N, Singh H, Dias JJ, Taub N. Taxas de consolidação após fraturas proximais do escafoide; meta-análises e revisão das evidências disponíveis. J Hand Surg Eur Vol. 2012;38(8):888-97. <https://doi.org/10.1177/1753193412451424>
- [2] Symes TH, Stothard J. Uma revisão sistemática do tratamento de fraturas agudas do escafoide. J Hand Surg Eur Vol. 2011;36(9):802-10. <https://doi.org/10.1177/1753193411412151>
- [3] Mallee WH, Henny EP, van Dijk CN, Kamminga SP, van Enst WA, Kloen P. Avaliação diagnóstica clínica de fraturas do escafoide: uma revisão sistemática e meta-análise. J Hand Surg Am. 2014;39(9):1683-1691.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.06.004>
- [4] Duncumb JW, Robinson PG, Williamson TR, Murray IR, Campbell D, Molyneux SG, et al. Enxerto ósseo na cirurgia de não consolidação do escafoide: uma revisão sistemática e meta-análise. Bone Joint J. 2022;104-B(5):549-58. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.104B5.BJJ-2021-1114.R1>
- [5] Ferguson DO, Shanbhag V, Hedley H, Reichert I, Lipscombe S, Davis TRC. Não consolidação de fraturas do escafoide: uma revisão sistemática do tratamento cirúrgico com enxerto ósseo. J Hand Surg Eur Vol. 2015;41(5):492-500. <https://doi.org/10.1177/1753193415604778>