

Lesão do ligamento escafo-lunar

A lesão do ligamento escafo-lunar geralmente ocorre após uma queda sobre a mão estendida, provocando dor na parte dorsal do punho.

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 maioria das pessoas percebe isso pela primeira vez após uma queda com a mão estendida – a típica queda em que a pessoa tenta se amparar e acaba fraturando o punho. Há dor na parte de trás do punho, geralmente um pouco na direção do polegar; essa dor costuma piorar ao empurrar, segurar objetos ou aplicar peso através da mão: ao fazer flexões, ao se levantar de uma cadeira, ao abrir uma porta pesada ou ao levantar uma chaleira.

O punho frequentemente parece fraco e instável. Algumas pessoas relatam uma sensação de “clique”, “estalo” ou travamento ao mover o punho de determinada maneira, como se algo dentro dele estivesse se deslocando. Pode haver um pouco de inchaço, e o ponto exato na parte de trás do punho, entre dois dos pequenos ossos do punho, costuma ser sensível à pressão. No início, é fácil atribuir isso a uma entorse que “simplesmente não melhora”; esse é exatamente o problema: o ligamento envolvido não cicatriza sozinho.

O que está realmente acontecendo

O seu punho é formado por oito pequenos ossos mantidos em alinhamento preciso por ligamentos curtos e resistentes. Um dos mais importantes é o **ligamento escafo-lunar**, que une dois desses ossos (o escafoide e o semilunar) no meio do punho. Ele funciona como a pedra angular que mantém todo o carpo em movimento como uma unidade coordenada.

Quando esse ligamento se rompe, os dois ossos perdem sua conexão. O escafoide se inclina para a frente e os ossos começam a sair do seu alinhamento normal. Inicialmente, isso pode ser perceptível apenas quando o punho é submetido a determinada posição de estresse (um problema “dinâmico”); com o tempo, essa separação pode se tornar permanente (um problema “estático”). O motivo pelo qual levamos isso a sério, mesmo quando a

dor é leve, é o cenário a longo prazo: um punho cujos ossos não estão mais alinhados sofre um desgaste irregular; ao longo dos anos, essa carga anormal pode desgastar a cartilagem e levar a um padrão específico de artrite no punho. Tratar o ligamento precocemente serve justamente para prevenir isso.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara é cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton e orienta o manejo dessa condição em nossa clínica. 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. Isso nos permite iniciar com uma avaliação completa do seu histórico clínico, exame físico e exames de imagem. Como uma ruptura recente muitas vezes pode ser reparada diretamente, procuramos avaliar uma lesão nova com rapidez; as lesões mais antigas são tratadas de forma diferente, conforme descrito abaixo.

O tratamento adequado depende muito **de há quanto tempo ocorreu a lesão e se os ossos ainda estão alinhados**, razão pela qual um diagnóstico preciso é fundamental. Normalmente combinamos o exame físico com radiografias (às vezes, imagens especiais “de estresse” obtidas enquanto o paciente fecha o punho) e, frequentemente, ressonância magnética. A forma mais confiável de visualizar o ligamento diretamente é por meio da **artroscopia do punho** (cirurgia com câmera endoscópica), que serve tanto para o diagnóstico definitivo quanto, em muitos casos, para o tratamento.

- **Lesões recentes** nas quais o ligamento ainda pode ser reparado são o cenário ideal. O ligamento rompido é suturado novamente (cada vez mais por técnicas minimamente invasivas), às vezes reforçado com tecido próximo, e os ossos são mantidos na posição correta por fios temporários enquanto cicatrizam.
- **Lesões mais antigas** nas quais o ligamento já não pode ser simplesmente reparado, mas os ossos ainda podem ser realinhados, são geralmente tratadas por meio da **reconstrução** do ligamento. Os cirurgiões utilizam uma faixa de um dos seus próprios tendões ou tecido próximo, tecendo-o no local para restaurar a conexão e recolocar o escafoide na posição correta.
- **Lesões de longa data** nas quais os ossos permanecem rígidos numa posição inadequada ou já se desenvolveu artrite, já ultrapassaram o estágio de reparo ou reconstrução. Nesses casos, recorremos a **procedimentos de salvamento** cujo objetivo é proporcionar um punho mais forte e muito menos doloroso, mediante fusão ou remoção de pequenos ossos selecionados, aceitando-se alguma perda de mobilidade em troca de maior conforto duradouro.

Casos leves e incidentais que não causam problemas podem, às vezes, ser simplesmente monitorados, associados à fisioterapia para fortalecer os músculos que ajudam a estabilizar o punho.

O que esperar

Trata-se de uma lesão no pulso que se beneficia de um tratamento precoce. Quando uma ruptura recente é reparada ou uma lesão redutível é reconstruída, o objetivo é obter um pulso estável e confortável, permitindo que o paciente volte à maioria das atividades. No entanto, é normal perder um pouco da amplitude extrema de

movimento, e a recuperação leva meses, não semanas. Após a cirurgia, espera-se um período de imobilização com gesso ou talas enquanto o reparo cicatriza; depois disso, inicia-se um programa estruturado de terapia ocupacional para recuperar o movimento e a força. Os fios metálicos, caso utilizados, são geralmente removidos no consultório após algumas semanas.

A verdade nua e crua: nenhuma cirurgia consegue deixar o pulso exatamente como era antes, e os resultados costumam ser melhores quanto mais cedo a lesão for tratada. Se você já chegou ao estágio em que só resta tentar salvar o pulso, o trade-off é real, porém válido: muito menos dor e um pulso no qual se pode confiar, ainda que com alguma rigidez. O mais importante é escolher a cirurgia adequada para a sua lesão específica – isso é algo que merece ser discutido detalhadamente.

Quando procurar um especialista

- Um pulso que **permanece dolorido, fraco ou faz “cliques” por mais de algumas semanas** após uma queda; especialmente dor na parte dorsal do pulso ao empurrar ou segurar objetos. Não presuma que um “entorse” teimoso seja inofensivo.
- Você **fraturou o pulso (fratura do rádio distal)** e o pulso ainda está dolorido ou instável após a consolidação do osso. Essas lesões ligamentares geralmente ocorrem juntas e podem passar despercebidas.
- Um **clique contínuo, travamento ou sensação de que o pulso “cede”**.
- Histórico de lesão do escafoide e do semilunar, com **dor nova ou crescente, ou inchaço que não melhora**: vale a pena reavaliar antes que a situação piore.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A lesão do ligamento escafo-lunar merece uma leitura mais aprofundada, pois é a lesão do punho em que a diferença entre a gravidade do problema e a eficácia das soluções terapêuticas é maior; a literatura médica afirma isso claramente.

POR QUE UM PEQUENO LIGAMENTO É TÃO IMPORTANTE?

O escafoide e o semilunar ficam lado a lado na primeira fileira dos ossos do carpo, unidos por um pequeno ligamento interósseo. Sua forma faz com que tendam a girar em direções opostas sob carga: o escafoide para flexão e o semilunar para extensão; o ligamento é o que os mantém unidos, contrariando essa tendência.

Quando esse ligamento se rompe, os dois ossos se separam e giram um para longe do outro. Como todo o carpo funciona como um sistema interligado, isso altera a forma como a carga é transmitida ao punho; essa mudança no contato entre os ossos leva, progressivamente, ao desgaste articular numa sequência bem definida: o padrão de colapso avançado do escafoide e semilunar.

Este é o ponto crucial para o paciente: um rompimento completo não tratado não é uma situação estável que pode ou não se resolver sozinha. É o primeiro estágio de um processo artrítico previsível; isso justifica a necessidade de atenção a uma lesão que, inicialmente, pode nem ser muito dolorosa.

AS RECONSTRUÇÕES NÃO FORAM SEPARADAS

No caso de lesões crônicas, existem diversas técnicas cirúrgicas, o que por si só já é informativo. Ao comparar métodos para correção da ruptura crônica do ligamento interósseo escafo-lunar em **978** pacientes, observou-se que a tenodese resultou em melhoria significativa no espaço e no ângulo escafo-lunares, em comparação com a capsulodese, conforme avaliações radiográficas; os dados disponíveis também indicam certos benefícios da tenodese [1].

Contudo, a melhora radiográfica não equivale à superioridade clínica, e a revisão geral dos estudos é pouco conclusiva. Em relação à dissociação crônica do ligamento escafo-lunar em pacientes sem artrite, envolvendo **342** indivíduos, a heterogeneidade na coleta de dados, a escassez de estudos comparativos e o seguimento clínico curto impediram **qualquer conclusão sobre a superioridade de uma técnica específica**; os autores defendem a realização de estudos comparativos de longo prazo **e estudos sobre a evolução natural da doença** [2].

A FALTA DE ESTUDOS SOBRE A HISTÓRIA NATURAL É A VERDADEIRA LACUNA

Esse último pedido é incomum e merece ser analisado com atenção. Solicitar estudos sobre a história natural significa que a área médica ainda não sabe ao certo o que acontece com uma lesão escafo-lunar não tratada: quantos pacientes evoluem para artrite, em que período de tempo isso ocorre e quais são esses pacientes.

Sem essas informações, não é possível quantificar os benefícios do tratamento. Sabemos que a sequência artrítica ocorre; porém, desconhecemos a proporção de pacientes afetados e a velocidade com que isso acontece. Portanto, qualquer afirmação de que a reconstrução “previne a artrite” é uma extrapolação baseada em mecanismos fisiológicos, e não um resultado comprovado.

Duas conclusões se seguem. Primeiro, o momento do tratamento é crucial: reparar o ligamento precozmente, enquanto o tecido ainda é reparável e os ossos ainda se encontram na posição correta, é uma situação diferente da reconstrução realizada anos depois. Segundo, as recomendações terapêuticas devem basear-se mais nos achados individuais do paciente do que em evidências provenientes de ensaios clínicos, pois tais evidências ainda não existem.

ONDE O PROCESSO JÁ AVANÇOU

Uma vez instalada a artrite, a questão da reconstrução deixa de ser relevante, dando lugar à decisão de tratamento paliativo, geralmente entre a remoção da fileira proximal dos ossos do carpo e a artrodese de quatro desses ossos. Essas opções, bem como as evidências que as comparam, são abordadas na página sobre o punho SLAC/SNAC, e não aqui.

REFERÊNCIAS

- [1] Daly LT, Daly MC, Mohamadi A, Chen N. Ruptura crônica do ligamento interósseo escafo-lunar: revisão sistemática e meta-análise dos tratamentos cirúrgicos. Hand (N Y). 2018;15(1):27-34. <https://doi.org/10.1177/1558944718787289>
- [2] Naqui Z, Khor WS, Mishra A, Lees V, Muir L. Tratamento da dissociação crônica não artrítica do escafo-lunar: revisão sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2017;43(4):394-401. <https://doi.org/10.1177/1753193417734990>