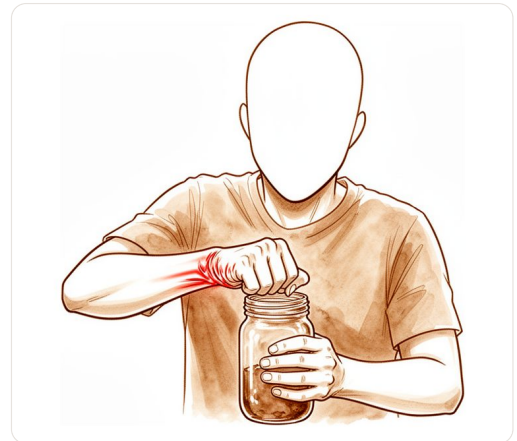


SLAC e SNAC no punho

Os estágios da artrose de punho SLAC e SNAC.

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 fica do lado do polegar do punho, no meio da articulação, e não nas bordas. Ela tende a aumentar ao longo dos anos, em vez de surgir de uma vez. Muitas pessoas com dor no punho passam muito tempo sem uma causa clara, porque esse tipo de artrose nem sempre aparece nas radiografias comuns no início.

Certos movimentos desencadeiam a dor. Colocar carga no punho com a mão dobrada para trás, como ao se apoiar para levantar de uma cadeira ou para sair de uma piscina, pressiona as superfícies desgastadas uma contra a outra. Segurar com força e girar ao mesmo tempo é outro gatilho comum: girar uma maçaneta, torcer um pano ou usar uma chave de fenda. O repouso geralmente alivia a dor, embora ela possa acordar você à noite ou incomodar ao acordar, antes de o punho se soltar.

À medida que o desgaste se espalha, as tarefas do dia a dia ficam mais difíceis. Você pode notar uma preensão mais fraca ao carregar as compras, ao despejar água de uma chaleira ou ao abrir um pote. Dobrar o punho para trás para se apoiar na mão, ou colocar todo o seu peso sobre ele, torna-se desconfortável. Algumas pessoas perdem a fluidez do movimento do punho e passam a evitar qualquer coisa que coloque carga na mão em ângulo.

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, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista.

O que está realmente acontecendo

O seu punho é formado por oito pequenos ossos dispostos em duas fileiras. A fileira mais próxima do antebraço funciona como um amortecedor entre o antebraço e a mão, distribuindo a carga e suavizando o movimento. Uma faixa forte de ligamento, o ligamento do punho lesionado com mais frequência, mantém dois desses ossos unidos para que a fileira possa funcionar como uma única unidade.

O punho SLAC começa quando essa faixa é danificada, geralmente por uma lesão antiga. Os dois ossos que ela mantinha unidos se afastam. Um deles, o escafoide, altera a forma como toda a fileira se move, e a carga que antes se distribuía de maneira uniforme passa a se concentrar em uma pequena parte da articulação. O punho SNAC segue o mesmo caminho, mas começa com uma fratura do escafoide que nunca consolidou, o que desacopla as fileiras de maneira semelhante.

Essa carga concentrada desgasta a cartilagem lisa que recobre as extremidades dos ossos, o mesmo tipo de artrose por desgaste que pode ocorrer no joelho. As superfícies desgastadas raspam uma na outra quando você coloca carga no punho, e essa é a dor que você sente ao se apoiar para levantar de uma cadeira ou ao girar uma chave de fenda. À medida que o desgaste se espalha do lado do polegar em direção ao meio do punho, a preensão enfraquece e o movimento fica mais rígido.

A condição é descrita em estágios, e o estágio depende de quais superfícies articulares o desgaste já atingiu. No início, ele fica restrito à borda externa do punho. Mais tarde, atinge a articulação no meio da mão. Isso é importante porque a cirurgia é escolhida de acordo com o estágio: quando uma articulação-chave ainda está saudável, a remoção da fileira de ossos desgastada pode funcionar; quando o desgaste se espalhou mais, utiliza-se a fusão de alguns dos ossos restantes num único bloco.

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 ter direito ao reembolso do Medicare. Avaliamos o seu histórico, examinamos o seu punho e solicitamos exames de imagem, quando necessário, para definir o estágio do desgaste. Para um problema de longa data como este, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico e consideramos a cirurgia quando ele não trouxer melhora suficiente.

O primeiro passo é mudar a forma como você coloca carga no punho. Apoiar-se para levantar de uma cadeira, torcer um pano e usar uma chave de fenda pressionam as superfícies desgastadas uma contra a outra, por isso adaptar essas tarefas alivia a pressão. Uma tala pode manter o punho imóvel enquanto você trabalha ou dorme. A terapia da mão busca manter o punho em movimento e fortalecer a musculatura ao redor dele. Geralmente damos a essas medidas uma tentativa justa ao longo de semanas a meses antes de pensar em cirurgia.

Os analgésicos podem ajudar junto com essas medidas. Anti-inflamatórios simples aliviam a dor quando você usa o punho mais do que o habitual. Conversaremos sobre o que é adequado para você e para os seus outros medicamentos.

Quando essas medidas deixam de trazer alívio suficiente, a cirurgia é considerada. O objetivo é remover as superfícies articulares desgastadas que causam a dor, preservando o máximo possível de movimento útil do punho. Quando uma articulação-chave ainda está saudável, a remoção da fileira de ossos desgastada permite que o punho funcione com um novo contato, mais liso. Quando o desgaste se espalhou mais, a fusão de alguns dos ossos restantes num único bloco proporciona um punho estável e capaz de suportar carga. Ambas são opções que preservam o movimento, e o equilíbrio entre movimento e força é uma decisão que tomamos em conjunto com você. Se o desgaste estiver disseminado demais para qualquer uma delas, a fusão total do punho é reservada para circunstâncias excepcionais, e a substituição da articulação por uma prótese pode ser uma alternativa quando for adequada ao paciente.

O que esperar

Esta é uma forma de artrose por desgaste de longa data, por isso ela não melhora rapidamente por conta própria. Sem tratamento, a dor tende a aumentar ao longo dos anos, à medida que o desgaste se espalha da borda externa do punho em direção ao meio. Com isso, a preensão enfraquece e o movimento fica mais rígido. O tratamento não cirúrgico pode aliviar a dor ao longo de semanas a meses, mas ele controla os sintomas em vez de interromper o desgaste.

Com tratamento, o prognóstico depende de quanto o desgaste se espalhou e de qual cirurgia é adequada ao seu estágio. Quando uma articulação-chave ainda está saudável, a remoção da fileira de ossos desgastada pode dar resultados duradouros. Quando alguns ossos são fundidos num único bloco, a maioria dos punhos consolida de forma sólida e suporta carga sem a dor de raspagem. A terapia da mão começa cedo após a cirurgia, às vezes já na primeira semana, para reduzir a rigidez, e o punho fica imobilizado por cerca de dois meses enquanto os ossos se unem. A melhora continua chegando depois disso: algumas pessoas continuam ganhando função do punho por mais de 3 anos após o tratamento.

É honesto dizer que nem todo punho melhora completamente. Alguns ossos não se unem após uma fusão, o que pode exigir uma nova cirurgia. O material metálico usado para fixar uma fusão também pode causar dor na parte de trás do punho e, ocasionalmente, precisa ser removido. Um pequeno número de pessoas que fizeram uma das cirurgias que preservam o movimento ainda precisa de uma fusão total do punho mais tarde, se a dor persistir. E, em alguns punhos, a dor permanece mesmo quando os ossos se uniram bem.

Sinais de alerta após qualquer cirurgia no punho exigem ação rápida. Se um dedo, a mão ou o braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia; não é necessário encaminhamento do médico de família. 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.

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, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista.

Quando procurar um especialista

Essa condição se desenvolve lentamente, por isso a maioria dos sinais de alerta diz respeito a mudanças, e não a um perigo súbito. Consulte o seu médico de família se a dor no punho não estiver melhorando com repouso e com a adaptação da forma como você coloca carga nele, ou se estiver piorando ao longo de semanas. Peça uma avaliação com especialista se a dor acordar você à noite, impedir você de trabalhar, ou se a sua preensão continuar enfraquecendo e as tarefas do dia a dia continuarem ficando mais difíceis.

Após qualquer cirurgia no punho, alguns sinais exigem atendimento no mesmo dia. Vá ao pronto-socorro se um dedo, a mão ou o braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre. 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. Se não conseguir contato com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

A artrose em si não tem nenhum sinal de emergência. O motivo para ser avaliado é que o desgaste se espalha com o tempo, e as opções que preservam mais movimento funcionam melhor antes que ele atinja o meio do punho.

Em maior profundidade

Esta seção aborda tópicos além do necessário para as suas próprias decisões de tratamento. O punho SLAC e SNAC merece uma leitura mais aprofundada, pois a escolha entre essas duas operações padrão de resgate representa um verdadeiro trade-off: uma oferece maior mobilidade, a outra maior força. As evidências mais recentes, analisadas de forma agregada, começam a favorecer uma delas de modo geral.

DUAS CIRURGIAS, DOIS COMPROMISSOS DISTINTOS

Uma vez que o carpo entra em um padrão artrítico, as superfícies articulares não podem ser restauradas; portanto, ambas as cirurgias visam remover o contato artrítico em vez de repará-lo. A **carpectomia da fileira proximal** remove toda a primeira fileira de ossos do carpo, permitindo que a cabeça do osso capitato ocupe o espaço deixado pelo escafoide e pelo semilunar. Já a **fusão dos quatro cantos** remove o escafoide e funde os quatro ossos restantes num único bloco.

Ao comparar diretamente esses procedimentos em **240** pacientes, os compromissos envolvidos ficam evidentes. A artrodese dos quatro cantos proporcionou **desvio radial e força de preensão significativamente maiores**, em percentual em relação ao lado oposto; já a carpectomia da fileira proximal resultou em **melhor flexão, extensão e amplitude total de flexão-extensão, além de uma taxa geral de complicações menor** [1].

Isso se alinha com a própria estrutura de cada procedimento: a fusão de quatro ossos num bloco preserva as inserções responsáveis pela força de preensão, porém elimina o movimento entre eles. A remoção de uma fileira de ossos encurta o carpo e cria uma nova articulação mais móvel, mas ao custo da força proporcionada pelas estruturas removidas.

A ANÁLISE AGRUPADA MAIS ABRANGENTE FAVORECE A CARPECTOMIA

Evidências mais recentes e muito mais numerosas mudaram o equilíbrio. Em **3.174** pacientes com lesões SLAC e SNAC no punho, **a carpectomia da fileira proximal gerou resultados melhores e uma taxa de complicações menor do que a fusão dos quatro cantos** [2].

A diferença nas complicações é o aspecto mais confiável dessa comparação, e possui uma explicação mecânica: a fusão dos quatro cantos precisa obter união óssea em quatro superfícies, e a não união, problemas com os implantes e a necessidade de sua remoção são complicações que, simplesmente, não ocorrem na carpectomia.

A análise das próprias variantes de fusão não altera essa diferença. Ao comparar a artrodese de dois cantos com a de quatro cantos, ambas as técnicas apresentaram **resultados e taxas de complicações semelhantes**, apesar da vantagem teórica da fusão mais restrita; portanto, ambas continuam sendo opções viáveis [3].

QUANDO A DECISÃO AINDA APONTA PARA OUTRO CAMINHO

O resultado agregado não torna a carpectomia uma opção universalmente correta. Ela depende do fato de a cabeça do osso capitato e a superfície correspondente do rádio estarem intactas, pois essas duas superfícies passam a formar a nova articulação. Quando a artrose já atingiu o capitato – ou seja, quando o processo patológico já está em estágio mais avançado – a carpectomia não tem nenhuma estrutura sólida para se articular, e a fusão torna-se a opção.

A idade do paciente e as exigências impostas ao punho também são fatores relevantes. Para um paciente mais jovem que utiliza bastante o punho, a força preservada pela fusão pode ser preferível, aceitando-se a taxa maior de complicações.

QUANDO AMBAS AS OPÇÕES JÁ FORAM ESGOTADAS

Caso as medidas de resgate falhem, ou se a artrite estiver muito disseminada para que qualquer uma das opções seja viável, as alternativas restantes são a fusão total do punho e a artroplastia total do punho. Ambas são eficazes para aliviar a dor e melhorar a força de preensão; as taxas de complicações são **comparáveis: 17% e 19%**, respectivamente. Observa-se melhora funcional após a artroplastia, porém ainda faltam dados robustos a longo prazo sobre a prótese [4].

Essa equivalência é importante de se saber, pois a fusão e a artroplastia são frequentemente apresentadas como opções radicalmente distintas. A diferença entre elas reside naquilo que deixam a você, e não na frequência com que ocorrem complicações: um punho forte, indolor e imóvel, versus um punho móvel com uma prótese à qual você pode muito bem sobreviver, o que significa nova cirurgia mais tarde.

REFERÊNCIAS

[1] Saltzman BM, Frank JM, Slikker W, Fernandez JJ, Cohen MS, Wysocki RW. Resultados clínicos da carpectomia da fileira proximal versus artrodese dos quatro cantos no tratamento da artropatia pós-traumática do punho: uma revisão sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(5):450-7. <https://doi.org/10.1177/1753193414554359>

[2] Hones KM, Hao KA, Rakauskas TR, Densley S, Hampton H, Kim J, et al. Fusão dos quatro cantos versus carpectomia da fileira proximal no tratamento do colapso avançado escafossemilunar e do colapso avançado por

pseudartrose do escafoide: uma revisão sistemática e meta-análise. J Hand Surg Am. 2024;49(7):633-8. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.01.011>

[3] Hundepool CA, Duraku LS, Quanjel TJ, van Minnen LP, Jansen MC, Zuidam JM. Artrodese de dois, três ou quatro cantos no tratamento da osteoartrite mediocarpal: uma revisão sistemática e meta-análise. J Hand Surg Am. 2025;50(1):93.e1-93.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2023.04.018>

[4] Zhu XM, Perera E, Gohal C, Dennis B, Khan M, Alolabi B. Revisão sistemática dos resultados da artrodese e artroplastia do punho em pacientes com artrite do punho. J Hand Surg Eur Vol. 2020;46(3):297-303. <https://doi.org/10.1177/1753193420953683>