

Lesão do CF'TC

O complexo fibrocartilaginoso triangular (TFCC), localizado no lado do dedo mindinho 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 dor fica no lado do dedo mínimo do seu punho, o lado ulnar. Ela costuma piorar quando você coloca carga nesse lado: ao se apoiar para levantar de uma cadeira, ao segurar um pote com força ou ao girar uma maçaneta enquanto segura algo pesado. Movimentos de torção, como torcer um pano ou usar uma chave de fenda, também podem desencadeá-la.

Algumas pessoas percebem que o punho parece instável, como se fosse ceder, ou que dá um estalo quando o antebraço gira. Outras têm uma dor que persiste sem nenhuma causa clara nos exames de imagem, o que é comum nessa parte do punho. A dor pode ser pior depois da atividade e pode incomodar à noite ou logo ao acordar.

No dia a dia, as tarefas que exigem segurar com firmeza e girar ficam difíceis: abrir uma tampa emperrada, carregar uma sacola de compras pesada desse lado ou se apoiar na mão para levantar de um assento baixo. Trabalhos que envolvem ferramentas ou esforço repetido do punho podem manter a dor.

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

Dentro do seu punho, no lado do dedo mínimo, há uma estrutura chamada complexo fibrocartilaginoso triangular, ou TFCC. Imagine-a como um amortecedor com cordas presas a ele. O amortecedor é um disco de cartilagem resistente e lisa que fica entre a extremidade da ulna, o osso do antebraço desse lado, e os pequenos

ossos do punho. As cordas são ligamentos que prendem esse disco à ulna e estabilizam a articulação onde os dois ossos do antebraço se encontram no punho.

O TFCC faz duas funções ao mesmo tempo. Ele amortece a carga que passa pelo lado ulnar do punho e mantém essa articulação do antebraço unida enquanto você vira a palma da mão para cima e para baixo. Essa dupla função explica os dois padrões descritos acima. Quando a parte do amortecedor se rompe, colocar carga nesse lado dói: ao se apoiar para levantar de uma cadeira, ao segurar com força, ao torcer. Quando as cordas se soltam do seu ponto de fixação na ulna, a própria articulação perde a sua sustentação, por isso o punho parece que vai ceder ou dá um estalo quando o antebraço gira. O segundo padrão é mais importante, porque é a parte ligamentar que mantém a articulação unida.

Há mais uma coisa que vale a pena saber sobre esse local. Apenas a borda externa do TFCC tem suprimento sanguíneo, aproximadamente os 10% a 40% mais externos dele. A parte interna quase não recebe sangue. É o sangue que traz a cicatrização, por isso as rupturas perto da borda têm uma chance real de se reparar, enquanto as rupturas no meio tendem a não cicatrizar sozinhas. É também por isso que uma ruptura nesse local pode continuar doendo: o tecido lesionado fica em um lugar onde o corpo tem dificuldade para repará-lo, e cada vez que você segura ou torce algo, ele continua recebendo carga.

Portanto, a dor, os estalos e a sensação de que o punho vai ceder não são problemas separados. Eles são o que acontece quando uma estrutura de amortecimento e sustentação, que recebe carga a cada movimento da mão, deixa de cumprir as suas duas funções.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procurasse, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Nessa primeira consulta, colhemos a sua história clínica, examinamos o seu punho e solicitamos exames de imagem, quando necessário, para descobrir o que está roto.

Algumas rupturas do TFCC melhoram sem cirurgia. Uma tala pode manter o punho imóvel e tirar a carga do ponto dolorido, enquanto a borda externa, a parte que tem suprimento sanguíneo, tem a chance de se reparar. A terapia da mão busca aliviar a dor e recuperar a força e a preensão, para que o punho volte a suportar as cargas do dia a dia. Geralmente damos a essas medidas um bom período de semanas antes de avaliar se estão funcionando.

Analgésicos e anti-inflamatórios podem ajudar você a continuar se movimentando enquanto a ruptura melhora. Eles não reparam o tecido; eles tornam os dias mais confortáveis.

Se, depois disso, a dor ou os estalos ainda limitarem você, conversamos sobre cirurgia. O primeiro passo padrão é uma cirurgia minimamente invasiva, chamada artroscopia de punho. O cirurgião examina o interior da articulação por pequenos cortes usando uma câmera minúscula, que é a forma mais precisa de confirmar uma ruptura do TFCC e, ao mesmo tempo, avaliar os ligamentos e as superfícies articulares. Algumas rupturas podem ser regularizadas ou reparadas por esses mesmos pequenos cortes. Quando o amortecedor está

desgastado e o lado do dedo mínimo do punho está sobrecarregado, um procedimento pode desgastar uma pequena quantidade da extremidade da ulna para aliviar a pressão desse lado. A escolha entre regularizar a ruptura, repará-la ou reconstruí-la com um enxerto de tendão depende de onde a ruptura está e de há quanto tempo ela existe.

Esta é uma decisão compartilhada. Explicamos o que cada opção envolve e o que ela pode e não pode mudar, e você decide o que se adequa ao seu punho e à sua vida.

O que esperar

Para muitas pessoas, uma ruptura do TFCC melhora com o tempo e com o cuidado adequado. As rupturas perto da borda externa, onde está o suprimento sanguíneo, têm uma chance real de se reparar sozinhas ou com uma tala. As rupturas mais profundas no amortecedor tendem a não cicatrizar sozinhas, mas a dor ainda pode diminuir quando o punho é poupado e recebe menos carga.

A recuperação é gradual, e não repentina. A maioria das pessoas percebe a dor diminuindo ao longo de semanas, e não de dias, e a força para segurar e girar volta à medida que o punho melhora. Se você fizer uma cirurgia minimamente invasiva para uma ruptura isolada nesse lado do dedo mínimo, o tempo médio de volta ao trabalho é de 5,5 semanas. Atletas podem levar mais tempo para voltar ao seu esporte, principalmente se houver outras lesões no mesmo lado do punho. Um padrão que vale a pena conhecer: se a extremidade da ulna estava pressionando o punho e causando dor, essa dor tende a voltar quando você retoma o esporte.

Se a ruptura não for tratada, o prognóstico depende de qual parte está lesionada. Uma ruptura na borda pode se acalmar. Uma ruptura no meio, ou uma em que as cordas ligamentares se soltaram, muitas vezes continua doendo a cada vez que você segura ou torce algo, porque esse tecido fica onde o corpo tem dificuldade para repará-lo. A sensação de que o punho vai ceder também pode permanecer.

A cirurgia não garante um punho sem dor. Pessoas que fizeram cirurgia minimamente invasiva para dor no punho de longa data melhoraram, em média, cerca de 50% em um ano, e a maioria ainda tinha alguma dor e rigidez nesse momento. O que a cirurgia faz bem é confirmar exatamente o que está rompido e reparar o que pode ser reparado, o que geralmente significa menos dor e um punho que volta a suportar as cargas do dia a dia.

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 ajuda médica

A maioria das rupturas do TFCC não é uma emergência. Algumas situações são. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se o seu punho ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, porque isso indica uma infecção que precisa de atendimento 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 após uma lesão. Para todo o resto, o momento certo depende da persistência dos sintomas, e não da

urgência. Consulte o seu médico de família se a dor no lado do dedo mínimo do punho já durar mais de 3 meses e não tiver melhorado com repouso, tala ou terapia da mão. Peça uma avaliação com especialista mais cedo se o punho parecer instável, ceder ou der um estalo quando você vira a palma da mão para cima e para baixo, pois isso sugere que a parte ligamentar do TFCC se soltou. Uma dor que impede você de trabalhar, acorda você à noite ou continua apesar de exames de imagem normais também merece a opinião de um especialista, porque esse local muitas vezes precisa de uma avaliação mais detalhada do que os exames de imagem sozinhos conseguem oferecer.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. As lesões do complexo fibrocartilaginoso triangular merecem uma leitura mais aprofundada, pois os debates técnicos que dominam a discussão ainda não foram resolvidos; além disso, um detalhe do regime pós-operatório – que recebe bem menos atenção – parece ser importante.

QUAL É A FUNÇÃO REAL DESSA ESTRUTURA

O TFCC é um disco de cartilagem cercado por um feixe de ligamentos, localizado entre a extremidade da ulna e os ossos do carpo. Ele desempenha duas funções simultaneamente: amortece a carga transmitida para o lado ulnar do punho e estabiliza a articulação entre os dois ossos do antebraço no nível do punho – a articulação radioulnar distal.

Essa dupla função explica por que as lesões nessa região se manifestam de duas maneiras distintas. Uma ruptura que afeta principalmente o disco provoca dor sob carga, como ao levantar-se de uma cadeira, ao segurar objetos ou ao torcer o punho. Já uma ruptura que separa as fibras profundas de sua inserção na ulna, a inserção **foveolar**, gera instabilidade, fazendo com que o paciente sinta que o punho “cede” ou “estala” durante a rotação do antebraço. Esta segunda situação é mais grave, pois é justamente essa inserção ligamentar que mantém a articulação unida.

A RM É PRECISA, COM UMA RESSALVA IMPORTANTE A SER CONHECIDA

O diagnóstico depende em grande medida da imagiologia. Em **1.298** pacientes, a precisão geral da RM foi aceitável; no caso das **lesões periféricas, a precisão agregada foi relativamente alta**. A RM, quando utilizada com os parâmetros adequados, é considerada o método ideal para diagnosticar os diferentes tipos de lesões [1].

A ressalva refere-se à palavra “periféricas”. A RM apresenta melhor desempenho na região externa do complexo, que é mais vascularizada e onde se encontram as lesões passíveis de reparo. Já as lesões centrais e degenerativas, bem como o estado exato da inserção foveal, são mais difíceis de caracterizar; por isso, os achados do exame clínico e, às vezes, a artroscopia também têm importância no diagnóstico, ao lado da ressonância magnética.

AS COMPARAÇÕES ENTRE TÉCNICAS NÃO SÃO FEITAS DE FORMA SEPARADA

Existem dois debates cirúrgicos recorrentes, e nenhum deles foi resolvido.

No caso da ruptura periférica comum na região ulnar, uma revisão sistemática envolvendo **240** pacientes constatou **ausência de evidências de alta qualidade** para se chegar a conclusões definitivas sobre a reparação artroscópica versus a reparação aberta; além disso, **não há evidências científicas que indiquem superioridade de uma técnica em relação à outra** [2].

Quanto à reparação da fôvea, ao comparar o uso de âncoras de sutura com a sutura transóssea em **904** pacientes, ambos os métodos resultaram em melhora dos desfechos funcionais, da dor e da força de preensão, além de baixa taxa de reoperação – porém a comparação quanto à amplitude de movimento permaneceu **inconclusiva** [3].

A mensagem constante é que a reparação deve restaurar a fixação do tecido; não há comprovação de que o material utilizado para isso influencie o resultado final.

O DETALHE PÓS-OPERATÓRIO QUE, AO QUE PARECE, REALMENTE IMPORTA

Neste caso, as evidências são mais discriminatórias e praticamente úteis. Ao comparar os regimes de imobilização após o reparo do complexo fibrocartilaginoso do punho em **288** pacientes, verificou-se que a imobilização pós-operatória **pode trazer mais benefícios ao restringir a rotação do antebraço do que ao limitar o movimento do cotovelo**; além disso, a restrição adicional da flexão e extensão do cotovelo **não demonstrou vantagem consistente** [4].

Isso decorre diretamente da anatomia: a estrutura reparada é submetida a carga pela rotação do antebraço, não pela flexão do cotovelo; portanto, a tala deve controlar o movimento de rotação da palma da mão para cima e para baixo. Geralmente, utiliza-se um gesso acima do cotovelo para conseguir esse efeito indiretamente, impedindo a rotação no nível do cotovelo; contudo, essas evidências indicam que o componente do cotovelo não é a parte que faz o trabalho. Para o paciente, passar seis semanas com uma órtese que deixa o cotovelo livre é uma experiência bastante diferente daquela vivida ao usar um gesso acima do cotovelo durante o mesmo período.

REFERÊNCIAS

- [1] Wang ZX, Chen SL, Wang QQ, Liu B, Zhu J, Shen J. O desempenho da ressonância magnética na detecção de lesões do complexo fibrocartilaginoso triangular: uma meta-análise. J Hand Surg Eur Vol. 2015;40(5):477-84. <https://doi.org/10.1177/1753193414567425>
- [2] Robba V, Fowler A, Karantana A, Grindlay D, Lindau T. Reparo aberto versus artroscópico de rupturas do complexo fibrocartilaginoso triangular do lado ulnar do tipo 1B: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2019;15(4):456-64. <https://doi.org/10.1177/1558944718815244>
- [3] Ma H, Wang J, Yang C. Eficácia da técnica de âncora de sutura e sutura transóssea no reparo artroscópico da fôvea do complexo fibrocartilaginoso triangular: uma revisão sistemática e meta-análise. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04530-4>
- [4] Lee J, Lee T, Lee S, Lim H, Chang E, Park MO, et al. Imobilização pós-operatória após reparo da fôvea do complexo fibrocartilaginoso triangular: uma revisão sistemática e meta-análise. J Hand Surg Am. 2026;51(5):512.e1-512.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2026.01.029>