CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Reparo do TFCC

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa sempre pelas opções menos invasivas adequadas ao seu quadro clínico. O TFCC é uma estrutura de cartilagem e ligamentos no lado do dedo mínimo do punho. O reparo significa costurá-lo de volta no ponto onde se rompeu. Normalmente tentamos primeiro a terapia da mão, o uso de tala e mudanças nas atividades, e consideramos a cirurgia quando a dor ou a instabilidade continuam depois disso. Geralmente, 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, com o seu histórico, o exame físico e exames de imagem quando necessário, estabelece o diagnóstico.

Esta cirurgia é oferecida para rupturas que podem ser reparadas, quando não há alterações de artrose na articulação. Ela busca aliviar a dor, devolver a estabilidade à articulação entre os dois ossos do antebraço e manter o seu punho e o seu antebraço em movimento. O reparo é feito por cirurgia minimamente invasiva (por pequenos cortes), geralmente como cirurgia ambulatorial (sem pernoite) sob anestesia geral. Cerca de três em cada quatro pessoas voltam à atividade plena; algumas não voltam. Vamos conversar sobre se esta cirurgia é adequada para você e decidir juntos.

Antes da operação

Depois que a cirurgia for marcada, o nosso consultório vai confirmar os detalhes da sua internação e as instruções de jejum. Você precisará parar de comer e beber sete horas antes da sua operação, para que a sua cirurgia possa ser antecipada caso a agenda do centro cirúrgico ande mais rápido. Informe-nos sobre quaisquer anticoagulantes ou medicamentos de uso regular que você toma, pois alguns precisam ser suspensos antes. Leve uma lista escrita dos seus medicamentos atuais e use roupas largas e confortáveis, com uma manga que passe por cima de um punho enfaixado. Você vai precisar de alguém para levar você para casa, pois a anestesia geral torna perigoso dirigir pelo resto do dia. Exames de imagem, como radiografia ou ressonância magnética, podem já ter

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

sido feitos, ou podemos pedi-los para planejar a cirurgia. Se você tiver outros problemas de saúde, pode precisar de exames de sangue ou de uma avaliação com o anestesista.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde a equipe faz o seu registro e prepara você para a sala de operações. Você vai conhecer o anestesista, o médico que faz você dormir e cuida de você durante a cirurgia. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Você estará totalmente adormecido durante a cirurgia. Alguns pacientes também podem receber um bloqueio nervoso regional para alívio da dor no pós-operatório; o anestesista decide no próprio dia, com base nas suas circunstâncias individuais. Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Quando ela termina, você acorda na sala de recuperação. Os enfermeiros cuidam de você enquanto a anestesia vai passando. Assim que sua condição se estabilizar, você será encaminhado para o quarto ou poderá ir para casa, dependendo do procedimento e da evolução da sua recuperação.

O que envolve a operação

O seu cirurgião começa com uma cirurgia por pequenos cortes. Uma câmera minúscula é colocada no seu punho por pequenos cortes nas costas do punho, para que a ruptura possa ser vista com clareza. O reparo exato depende do que a câmera mostra, por isso o método não pode ser prometido antes.

Se a ruptura estiver na borda externa do TFCC, ela é costurada de volta à cápsula, o revestimento da articulação. Se a ruptura estiver no ponto onde o ligamento se soltou da ulna, o osso pequeno do lado do dedo mínimo do antebraço, ele é reinserido no osso. Isso pode ser feito com uma pequena âncora colocada no osso, ou por um pequeno túnel perfurado no osso, às vezes por um corte aberto curto. Uma ruptura que não pode ser reparada é limpa em vez disso, ou seja, as bordas irregulares são aparadas. O seu cirurgião vai explicar o que foi feito quando você acordar.

Os cortes são fechados com pontos e cobertos com um curativo.

Após a operação

Você acorda na sala de recuperação, com enfermeiros por perto enquanto a anestesia vai passando. Geralmente é uma cirurgia ambulatorial, por isso você pode esperar ir para casa no mesmo dia, embora ocasionalmente alguns pacientes passem a noite. O seu punho vai estar num gesso abaixo do cotovelo ou numa tala firme, com o antebraço parcialmente virado com a palma para cima e o cotovelo livre para se mexer. A dor é controlada com medicamentos que você pode tomar em casa; algum desconforto é normal. Mantenha a mão elevada sobre travesseiros quando estiver descansando, para ajudar a diminuir o inchaço. Mexa os dedos sempre que puder. Se você recebeu um bloqueio nervoso, dormência e fraqueza nas primeiras 24 horas são esperadas; depois que o efeito passar, ligue para a clínica se tiver dormência ou não conseguir mexer a mão ou os dedos. Alguém deve

ficar com você nas primeiras 24 horas. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que nós orientemos. Trocamos ou retiramos o curativo quando atendermos você.

Recuperação

O seu punho vai ficar num gesso abaixo do cotovelo ou numa tala firme por seis semanas, com o antebraço parcialmente virado com a palma para cima e o cotovelo livre. Isso protege o reparo enquanto ele cicatriza. Você não pode dirigir enquanto estiver com o gesso ou a tala. Depois que forem retirados e o seu cirurgião liberar você, você pode voltar a dirigir; a tala removível mais leve que você usa depois disso, por si só, não impede você de dirigir. Para mais detalhes, veja Dirigir após cirurgia no membro superior.

Depois das seis semanas, você passa a usar uma tala removível enquanto o punho recupera o movimento e a força. A sua reabilitação é terapia da mão, não fisioterapia. Ela é orientada por Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Ruby é terapeuta da mão: ela orienta os seus exercícios e confecciona qualquer tala de que você precise.

O trabalho de escritório e as tarefas leves do dia a dia geralmente são retomados entre seis e oito semanas. O trabalho braçal, o esporte e a academia levam mais tempo, de quatro a seis meses. O resultado final, quando a dor e a força param de melhorar, chega por volta dos 12 meses.

A dor geralmente melhora antes da força e da função. O seu punho pode parecer mais fácil de usar bem antes de parecer forte, por isso vale ter paciência com as tarefas mais pesadas.

Quase metade das pessoas tem uma piora temporária depois de atingir o seu pico de atividade. Isso passa com o tempo e não muda o resultado final. Saber que isso pode acontecer torna a situação menos preocupante se acontecer com você.

O que pode dar errado

Nenhuma cirurgia é livre de riscos, e é justo que você saiba o que pode acontecer.

O reparo pode se romper de novo, ou a articulação entre os dois ossos do antebraço pode continuar instável ou voltar a ficar instável. Qualquer uma dessas situações pode significar uma nova cirurgia. Algumas pessoas ficam com rigidez ou fraqueza no punho, mesmo quando o reparo em si cicatrizou.

O pequeno nervo nas costas da mão, no lado do dedo mínimo, pode ser irritado pela cirurgia. Isso causa formigamento ou dormência nessa área da pele. Geralmente melhora em alguns meses.

Se o seu reparo usou um túnel pelo osso, o nó do ponto às vezes pode ficar sob a pele e causar irritação. Isso pode exigir uma pequena cirurgia para retirá-lo. Os tendões do lado do dedo mínimo do punho também podem ficar irritados.

A infecção é rara. Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, vermelhidão que se espalha ao redor da ferida, ou saída de líquido ou pus por ela, ou se a dor continuar piorando apesar dos analgésicos.

Quando nos contatar

A maioria dos problemas após esta cirurgia é fácil de tratar quando detectada cedo. Ligue para nós se estiver preocupado com qualquer coisa.

Vá ao pronto-socorro se tiver inchaço ou dor na panturrilha, ou falta de ar ou dor no peito. Esses podem ser sinais de um coágulo sanguíneo. Vá ao pronto-socorro se os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos, azulados ou escuros, pois isso pode ser um problema de circulação.

Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, vermelhidão que se espalha ao redor da ferida, ou saída de líquido ou pus por ela. Ligue no mesmo dia também se a dor continuar piorando apesar dos analgésicos.

Dormência e fraqueza nas primeiras 24 horas após um bloqueio nervoso são esperadas. Depois que o efeito do bloqueio tiver passado, ligue para a clínica se tiver dormência ou não conseguir mexer a mão ou os dedos.

Se não conseguir falar 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 seu próprio tratamento. O reparo do TFCC merece uma leitura mais aprofundada porque as escolhas que geram mais debate não se diferenciaram nos estudos comparativos, enquanto a recuperação é mais lenta e mais irregular do que o alívio precoce da dor sugere.

ARTROSCÓPICO OU ABERTO, ÂNCORA OU TÚNEL

Para as rupturas foveais, uma meta-análise de 2026 com **3** estudos e **157** pacientes não encontrou diferença estatisticamente significativa entre o reparo artroscópico e o aberto quanto à função, à dor, à força de preensão ou às complicações [1]. O pequeno número de pacientes é o principal limite dessa conclusão.

As âncoras de sutura e os túneis ósseos foram comparados em **904** pacientes numa revisão sistemática. Ambos melhoraram a função, a dor e a força de preensão, e a reoperação foi incomum nos dois [2]. O que difere é o tipo de problema que vem depois. Com as âncoras, a complicação mais comum foi a irritação do pequeno nervo sensitivo nas costas da mão, que geralmente melhorou em 2 a 4 meses. Com os túneis, foi um nó de sutura incômodo [2]. Num ensaio randomizado com **60** pacientes, **5 de 30 (16,7%)** no grupo do túnel precisaram de uma segunda cirurgia para retirar o nó [3].

Um ensaio randomizado com **40** pacientes acrescentou um reparo capsular a um reparo por túnel. A força de preensão se recuperou para **94,2%** da outra mão, em comparação com **84,2%** com o reparo por túnel sozinho. A dor, o DASH e as pontuações do punho não foram significativamente diferentes [4]. Trata-se de um único ensaio pequeno, e a preensão foi a única medida que se diferenciou.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

ESPERAR NÃO PARECE FECHAR A PORTA

Parece natural esperar que um reparo tardio tenha resultados piores, mas as evidências são mais fracas do que isso. Em **80** pacientes com rupturas foveais, os resultados foram semelhantes quer a cirurgia tenha ocorrido dentro de 6 meses, entre 6 e 12 meses ou depois de 12 meses, e **78 (97%)** tinham uma articulação estável aos 2 anos [5]. Os autores observam que o estudo não tinha poder estatístico para provar equivalência. Em **210** reparos foveais, o tempo entre a lesão e a cirurgia não previu o movimento, a preensão nem a dor [6].

Um grupo muito maior aponta na direção oposta, mas só um pouco. Em **274** reparos abertos, cada mês a mais de sintomas acrescentou **0,14** ponto a uma pontuação do punho de 100 pontos aos 12 meses [7]. Isso é estatisticamente real, e pequeno: um atraso de um ano acrescentaria menos de dois pontos.

O PUNHO COM ULNA MAIS LONGA (ULNA PLUS)

Uma ulna mais longa sobrecarrega o lado do dedo mínimo do punho, por isso seria de esperar que prejudicasse um reparo. Em **50** reparos artroscópicos de rupturas periféricas, a variância ulnar positiva não afetou significativamente o resultado. Uma segunda ruptura do disco central afetou: foi o único fator de risco significativo para falha, embora com um intervalo de confiança muito amplo, já que houve apenas 4 falhas [8]. Em **36** reparos foveais, os punhos com variância ulnar positiva também tiveram resultados tão bons quanto os demais, e os autores concluíram que a variância sozinha pode não justificar acrescentar uma cirurgia de encurtamento da ulna [9].

O quadro muda se a ruptura for apenas limpa. Em **163** desbridamentos, **40%** das pessoas com variância ulnar positiva acabaram fazendo um encurtamento da ulna, com o risco aumentando **1,8 vez por milímetro** [10]. A taxa geral de reoperação foi de **19%**, por isso vale discutir a cirurgia adicional quando a ulna é longa e a cartilagem já está desgastada.

A RECUPERAÇÃO É MAIS LENTA DO QUE A DOR SUGERE

Numa série de 2026 com **46** reparos foveais por um túnel ósseo, a dor tinha melhorado significativamente em 12 semanas, mas a função do braço e a função física não. Essas levaram mais tempo, e todas tinham melhorado numa mediana de 32 meses [11]. Nesse momento, **77%** tinham voltado ao esporte e à atividade plenos, o que deixa cerca de uma em cada quatro pessoas que não tinham voltado.

A mesma série registrou algo raramente relatado: **45%** das pessoas tiveram uma piora temporária depois de atingir o seu pico de atividade. Os autores agora dizem aos pacientes que esperem por isso, pois essas pioras foram limitadas no tempo e não afetaram o resultado final [11].

POR QUANTO TEMPO PROTEGER O REPARO É UMA QUESTÃO EM ABERTO

Os cuidados pós-operatórios publicados variam de 2 a 9 semanas, muitas vezes sem um motivo declarado [12]. Uma meta-análise com **288** pacientes não encontrou diferença significativa na dor, no DASH ou na preensão entre uma imobilização que também restringia o cotovelo e uma que o deixava livre. Limitar a rotação do antebraço por cerca de 4 a 6 semanas deu melhores resultados do que girá-lo imediatamente [13]. Um gesso curto (abaixo do cotovelo) em semissupinação restringiu a pronação tão bem quanto um gesso longo (acima do cotovelo) em **40** pacientes, com menos restrição das atividades diárias [14]. Essa é a abordagem usada nesta clínica, por seis semanas.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

O equilíbrio não é simples. Nos **210** reparos citados acima, uma imobilização mais longa do antebraço previu pior movimento, enquanto um período mais curto de imobilização do punho previu um risco maior de o reparo se romper, o que aconteceu em **22 (10%)** [6]. Os autores sugeriram que a rotação do antebraço talvez possa começar antes do movimento do punho. Um ensaio randomizado comparando 3 com 6 semanas após reparos periféricos foi registrado [12], por isso esta orientação pode mudar.

A frouxidão das articulações também importa. Entre **120** reparos foveais, a instabilidade voltou em **17,7%** das pessoas com articulações frouxas de modo geral e em **5,8%** das demais [15].

REFERÊNCIAS

[1] Pan B, Chen W, Luo H. Arthroscopic versus open repair for triangular fibrocartilage complex foveal tears: a systematic review and meta-analysis. EFORT Open Rev. 2026;11(10):1151-8. https://doi.org/10.1530/EOR-2026-0088

[2] Ma H, Wang J, Yang C. Effectiveness of suture anchor and transosseous suture technique in arthroscopic foveal repair of the triangular fibrocartilage complex: a systematic review. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). https://doi.org/10.1186/s13018-024-04530-4

[3] Afifi A, Abdel-Ati EA, Abdel-Wahed M, et al. Arthroscopic-assisted foveal reattachment of triangular fibrocartilage complex tears with distal radioulnar joint instability: a comparison of suture anchors and transosseous sutures. J Hand Surg Am. 2022;47(6):507-16. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2022.01.021

[4] Liao L, Xiong F, Gu F, et al. Combined transosseous and capsular repair improves grip strength in triangular fibrocartilage complex tears: a randomized controlled trial. Arthroscopy. 2025;41(11):4505-14. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2025.05.005

[5] Park JH, Lim JW, Kwon YW, et al. Functional outcomes are similar after early and late arthroscopic one-tunnel transosseous repair of triangular fibrocartilage complex foveal tears. Arthroscopy. 2020;36(7):1845-52. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.03.026

[6] McCarron L, Coombes BK, Bindra R, et al. Predictive factors for patient recovery following triangular fibrocartilage foveal repair surgery: a retrospective case-series. Hand (N Y). 2025;21(4):645-56. https://doi.org/10.1177/15589447251325821

[7] Feitz R, Stip D, van der Oest M, et al. Prognostic factors in open triangular fibrocartilage complex (TFCC) repair. J Hand Surg Glob Online. 2021;3(4):176-81. https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2021.05.005

[8] Kwon BC, Lee JH, Lee SY. What is the effect of the ulnar-plus variance on the outcomes of arthroscopic repair of the peripheral ulnar-side triangular fibrocartilage complex tear? Arthroscopy. 2020;36(9):2415-22. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.05.012

[9] Won JH, Shin JW, Kwon J, et al. Effect of ulnar positive variance on outcomes after arthroscopic transosseous repair of palmer 1B TFCC foveal tears. J Orthop Surg Res. 2026;21(1). https://doi.org/10.1186/s13018-026-07010-z

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[10] Verhiel SHWL, Ritt MJPF, Chen NC. Predictors of secondary ulnar shortening and reoperation after arthroscopic TFCC debridement. Hand (N Y). 2021;17(6):1147-53. https://doi.org/10.1177/1558944720977534

[11] Hong DY, Bailey KN, Goldfarb CA. Intermediate-term patient-reported outcomes after foveal TFCC repair: timing of recovery and successful return to sports or work. J Hand Surg Am. 2026. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2026.06.007

[12] Paraj D, Bhat AK, Acharya A, Kunder MA. Comparison of the clinical and functional outcomes of two immobilisation protocols after arthroscopic peripheral triangular fibrocartilage complex (TFCC) repair in adults: a single-centre, double-blinded randomised controlled trial protocol. BMJ Open. 2025;15(5):e095855. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-095855

[13] Lee JK, Lee TC, Lee S, et al. Postoperative immobilization after foveal triangular fibrocartilage complex repair: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. J Hand Surg Am. 2026;51(5):512.e1-512.e11. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2026.01.029

[14] Jung H, Park J, Park H, et al. Postoperative immobilization using a short-arm cast in the semisupination position is appropriate after arthroscopic triangular fibrocartilage complex foveal repair. Bone Joint J. 2022;104-B(2):249-56. https://doi.org/10.1302/0301-620x.104b2.bjj-2021-0592.r2

[15] Kim J, Kim K, Lee S, et al. Generalized joint laxity increases the risk of recurrence of distal radioulnar joint instability after arthroscopic foveal repair of the triangular fibrocartilage complex. Arthroscopy. 2024;41(7):2309-16. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2024.10.040

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au