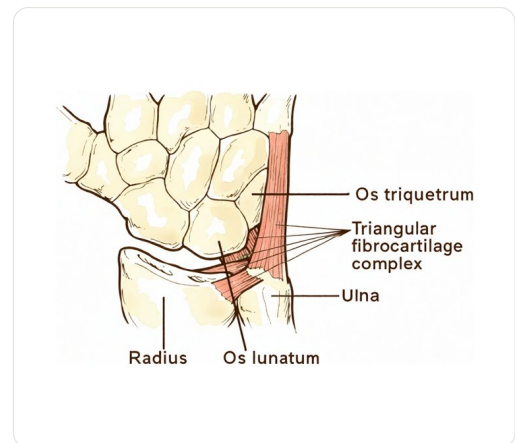


Dor no punho no lado ulnar e impactação ulnar

O TFCC e o lado ulnar (do dedo mínimo) do punho — uma causa comum de dor no lado ulnar do punho.

Elatmani s / Wikimedia Commons, CC BY-SA 3.0



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 no **lado do dedo mínimo do punho** (lado ulnar) é muito comum e pode ter várias causas possíveis. Esta página aborda a principal causa mecânica: uma condição chamada **impactação ulnar** (também conhecida como abutment ulnocarpal).

A dor costuma estar localizada profundamente na borda externa do punho, mais para o dorso da mão. Geralmente piora quando se faz uma pegada firme, gira o antebraço ou flexiona o punho em direção ao dedo mínimo; por isso, atividades cotidianas como abrir um pote, girar uma chave, usar um parafusador, torcer um pano ou apoiar a mão para se levantar de uma cadeira podem desencadear a dor. Muitas pessoas também percebem um **clique ou estalido** no punho ao realizar certos movimentos; além disso, o punho pode doer após um dia de uso intenso. Apoiar peso no punho (em exercícios como prancha ou flexão, ou ao empurrar uma porta pesada) é um fator que agrava os sintomas.

Normalmente, os sintomas surgem de forma gradual, em vez de resultarem de uma única lesão; porém, podem aparecer após uma fratura no punho.

O que realmente está acontecendo

Dois ossos do antebraço se estendem até o punho: o **rádio** (lado do polegar) e a **ulna** (lado do dedo mindinho). Para que o punho funcione sem problemas, as extremidades desses dois ossos devem estar aproximadamente no mesmo nível. Na impactação ulnar, a ulna é relativamente mais longa em comparação com o rádio; essa condição é chamada pelos médicos de **variância ulnar positiva**.

Algumas pessoas simplesmente nascem com uma ulna ligeiramente mais longa. Em outras, isso se desenvolve posteriormente: geralmente quando um punho fraturado cicatriza um pouco mais curto, deixando o rádio ligeiramente menor do que era anteriormente, enquanto a ulna acaba sobressaindo.

Seja qual for a causa, esse pequeno excesso de comprimento faz com que a extremidade da ulna fricção contra os pequenos ossos do punho ao lado dela (o semilunar e o piramidal) toda vez que o punho é carregado. Entre esses ossos há uma camada de cartilagem chamada **TFCC** (complexo fibrocartilaginoso triangular), que funciona como amortecedor. O contato repetido desgasta gradualmente essa camada, pode romper o TFCC e, com o tempo, causa contusões e até a formação de pequenos cistos no osso subjacente. Esse processo de desgaste é o que gera a dor, o estalido e a perda de conforto ao segurar objetos ou girar o punho. (Temos uma página separada sobre [lesões do TFCC](#), que frequentemente ocorrem em conjunto com essa condição.)

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara lidera nosso serviço de cirurgia de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton; lá, tratamos a dor no lado ulnar do punho seguindo um protocolo bem definido. 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. Começamos com uma avaliação minuciosa para confirmar o diagnóstico; nos casos crônicos, sempre tentamos o tratamento não cirúrgico antes de considerar a cirurgia.

A boa notícia é que a maioria das pessoas responde bem ao tratamento não cirúrgico, e é sempre por esse caminho que começamos.

Acalmando a situação. Os primeiros passos são simples: modifique temporariamente as atividades que sobrecarregam o lado ulnar do punho (especialmente o aperto forte, torções e suporte de peso), use uma **tala para punho** para repousar a articulação e utilize medicamentos anti-inflamatórios para aliviar a dor e o inchaço. Às vezes, uma **injeção de esteroides** na articulação ajuda a interromper o ciclo de inflamação.

Confirmando o diagnóstico. Paralelamente ao tratamento, geralmente realizamos **raios-X** para medir com precisão o alinhamento dos dois ossos (às vezes com uma projeção especial de “preensão” que acentua a colisão entre eles); também solicitamos frequentemente uma **ressonância magnética** para avaliar a cartilagem, o TFCC e o osso subjacente. Ocasionalmente, uma avaliação por **artroscopia** é utilizada para confirmar o diagnóstico e tratar a condição ao mesmo tempo.

Caso persista. Quando o tratamento não cirúrgico adequado não traz melhora, o objetivo da cirurgia é aliviar a pressão no lado ulnar do punho. A opção mais consolidada é a **osteotomia de encurtamento da ulna**, na qual o cirurgião remove uma pequena porção da ulna para ajustar seu comprimento, fixando-a com uma placa até a cicatrização. Em casos selecionados, uma alternativa menos invasiva é o procedimento artroscópico conhecido como **“wafer”**, que consiste em desbastar uma pequena porção da extremidade da ulna por meio de cirurgia minimamente invasiva. Ambos os métodos visam impedir que o osso fricção contra a articulação do punho.

O que esperar

Para a maioria das pessoas, a impactação ulnar é um problema que conseguimos resolver. Medidas não cirúrgicas resolvem uma grande proporção dos casos, e os sintomas diminuem assim que a articulação deixa de ser submetida a sobrecargas repetidas.

Quando a cirurgia é necessária, **o encurtamento da ulna é um procedimento confiável**; estudos que acompanharam pacientes por muitos anos relatam bom alívio da dor de longa duração e alto grau de satisfação. O osso precisa de tempo para cicatrizar; portanto, há um período de recuperação de algumas semanas com uso de talas ou gesso até que a osteotomia se una, seguido por um retorno gradual à capacidade de agarrar e carregar peso. Os principais pontos a se ter em mente são que, ocasionalmente, o osso demora mais do que o esperado para se unir, e que a pequena placa metálica às vezes pode ser sentida sob a pele, sendo, em alguns casos, removida após a completa cicatrização. No geral, a grande maioria das pessoas volta às suas atividades diárias com a dor resolvida.

Quando procurar ajuda médica

- **Dor no lado ulnar do punho que não melhora** após algumas semanas, ou que reaparece sempre que se faz força de preensão ou torção.
- Dor que surge após uma fratura prévia do punho, especialmente se o punho nunca mais voltou ao normal desde então.
- Um clique, estalido ou travamento contínuo no lado do dedo mindinho do punho, sobretudo ao suportar peso.
- Dor que impede você de exercer sua profissão ou realizar suas atividades diárias. É nesse ponto que vale a pena investigar a causa da dor e quais tratamentos são possíveis.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A dor no lado ulnar do punho merece uma leitura mais aprofundada, pois não se trata de um diagnóstico, mas sim de uma localização; diversos problemas distintos afetam essa mesma área pequena. Além disso, no caso do problema mais comum, o procedimento cirúrgico mais recente e menos invasivo apresenta índices de complicações melhores do que o método tradicionalmente utilizado.

POR QUE ESSA REGIÃO DO PUNHO É DIFÍCIL DE AVALIAR

Em um raio de poucos centímetros encontram-se o TFCC, a articulação radioulnar distal, o tendão do extensor carpi ulnaris e sua bainha, a articulação pisotriquetral, o ligamento lunotriquetral, além do ponto onde a ulna se une aos ossos do carpo. Cada um desses elementos pode causar dor no mesmo local; muitos deles apresentam alterações visíveis em exames de imagem em pessoas assintomáticas, e mais de um pode estar envolvido simultaneamente.

Por isso, a avaliação nessa região depende mais da localização precisa dos sintomas e de testes de provocação do que em outras partes do punho. Também é por isso que um exame de imagem que indique a presença de várias estruturas anormais é um resultado comum, porém pouco útil. É igualmente por esse motivo que causas menos comuns, como a impatcação midcarpal, são ocasionalmente descritas como fatores subestimados [1].

IMPACTAÇÃO ULNAR: O PROBLEMA MECÂNICO E SUA SOLUÇÃO MECÂNICA

A causa estrutural mais comum é a impatcação ulnar, na qual a ulna fica ligeiramente mais longa em relação ao rádio; por isso, os ossos do carpo são pressionados contra sua extremidade durante a ação de agarrar ou quando o antebraço é rotacionado com a palma voltada para baixo. Com o tempo, isso causa desgaste do complexo fibrocartilaginoso triangular do punho (TFCC) e da cartilagem dos ossos adjacentes.

O tratamento consiste em encurtar a ulna, seja através do corte e encurtamento do seu eixo, seja pela remoção de uma pequena porção óssea de sua extremidade, procedimento este que pode ser realizado por artroscopia. Reunindo dados de **956** pacientes, as técnicas artroscópica e aberta de remoção da porção óssea **podem ser alternativas viáveis à osteotomia de encurtamento ulnar, mais utilizada atualmente**, embora, na época, não tivesse sido comprovada sua superioridade clínica [2].

Dados mais recentes foram além. Ao comparar o procedimento artroscópico de remoção da porção óssea com a osteotomia de encurtamento ulnar em **311** pacientes, ambos se mostraram eficazes; contudo, o **grupo submetido ao procedimento wafer apresentou menos complicações e menor taxa de reoperação**, levando os autores a considerá-lo uma alternativa potencialmente superior [3].

POR QUE A OSTEOTOMIA ACUMULA COMPLICAÇÕES

O motivo não é que a cirurgia seja mal executada. O encurtamento do eixo ósseo exige o corte do osso, a fixação com uma placa durante a cicatrização e a aceitação do risco de que o osso não consolide. Uma revisão sistemática envolvendo **1.423** pacientes analisou especificamente os casos de não união óssea; não foi encontrada **nenhuma diferença entre osteotomias transversais e oblíquas**, levando à conclusão de que a escolha entre elas não deve ser baseada no risco de não união [4].

O procedimento “wafer” evita completamente esse tipo de problema, pois remove osso da extremidade do osso em vez de dividir o eixo ósseo. Não há fratura a ser unida, e geralmente não é necessário remover nenhuma placa posteriormente; é aí que reside a diferença nas taxas de reoperação.

A contrapartida é que o procedimento “wafer” remove apenas uma quantidade limitada de osso e exige que a articulação radioulnar distal esteja íntegra; portanto, o encurtamento do eixo ósseo continua sendo necessário nos casos em que é preciso maior correção ou quando essa articulação também está comprometida.

A CONSEQUÊNCIA PRÁTICA PARA O PACIENTE

Como várias estruturas podem ser a causa do problema, um tratamento direcionado à estrutura errada não surtirá efeito, independentemente da qualidade com que for executado. É justamente nessa situação que a injeção diagnóstica, os exames de imagem direcionados e, ocasionalmente, a artroscopia têm seu papel, antes da tomada de decisão. É também nesse contexto que se deve chegar a um diagnóstico específico – e não apenas a uma descrição genérica como “dor no lado ulnar do punho” – antes de planejar qualquer cirurgia.

REFERÊNCIAS

- [1] Kyriacou S, Tahmassebi R. Síndromes de impacto midcarpal como causa rara de dor no punho no lado ulnar: uma revisão. J Hand Surg Am. 2024;49(10):1027-31. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.07.016>
- [2] Stockton DJ, Pelletier M, Pike JM. Tratamento cirúrgico da síndrome de impacto ulnar: uma revisão sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(5):470-6. <https://doi.org/10.1177/1753193414541749>
- [3] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. Procedimento artroscópico de remoção de fragmentos ósseos versus osteotomia de encurtamento ulnar no tratamento da síndrome de impacto ulnar: uma revisão sistemática e meta-análise. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-04611-4>
- [4] Owens J, Compton J, Day M, Glass N, Lawler E. Taxas de não união após osteotomia de encurtamento ulnar no tratamento da síndrome de impacto ulnar: uma revisão sistemática. J Hand Surg Am. 2019;44(7):612.e1-612.e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2018.08.018>