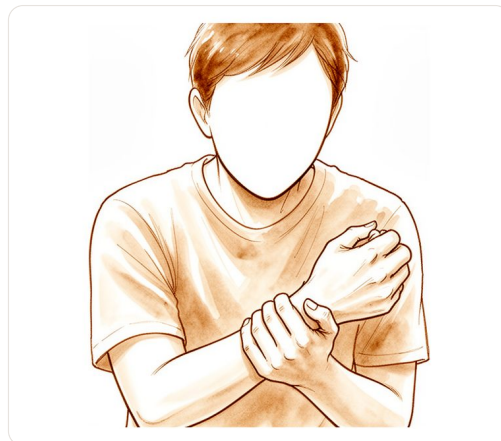


Lesões dos ligamentos do punho

O ligamento escafo-lunar mantém os ossos escafoide e semilunar unidos. Quando ele se rompe, esses dois ossos se afastam, e o punho começa a sofrer um desgaste irregular.

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

Uma lesão nos ligamentos do punho geralmente acontece após uma queda sobre a mão estendida, uma torção ou uma carga pesada sobre o punho. A dor pode ficar no lado do polegar do punho ou no lado do dedo mindinho, dependendo de qual ligamento foi lesionado. Algumas pessoas sentem um clique ou um estalo ao mover o punho para os lados. O punho pode parecer fraco, e a força para segurar pode diminuir. O inchaço muitas vezes aparece sobre a área lesionada e pode ser maior se já tiver passado algum tempo desde a lesão.

Certos movimentos costumam provocar a dor. Dobrar o punho em direção ao dedo mindinho, girar o antebraço ou apoiar o peso do corpo sobre o punho podem piorá-la. O repouso e manter o punho parado muitas vezes a aliviam. Nos primeiros dias após uma lesão, o movimento do punho geralmente é limitado pela dor. Depois de mais tempo, o punho pode continuar se movendo normalmente, mas doer no final do movimento ou ranger levemente.

As tarefas diárias que exigem uma pegada firme ou o punho dobrado e com carga tornam-se as mais difíceis. Levantar-se de uma cadeira com o apoio das mãos, carregar sacolas de compras, girar uma maçaneta que oferece resistência ou se segurar quando escorrega podem provocar dor no punho. Algumas pessoas notam que o punho fica rígido ao acordar ou dolorido depois de usá-lo. Uma dor que acorda você à noite, ou que não melhora ao longo de semanas, merece ser avaliada.

Fique atento a alguns sinais de alerta. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a sua mão ou os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, se você perder de repente a sensibilidade ou o movimento da mão após uma lesão, se a pele estiver rompida sobre a lesão com osso exposto ou uma deformidade evidente, ou se a mão ficar quente, vermelha, inchada e dolorida, principalmente com febre. Você não precisa de encaminhamento do médico de família para isso. 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 por um especialista. Se não conseguir contato com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

O que realmente está acontecendo

O seu punho é uma articulação pequena e muito ativa. Oito pequenos ossos ficam entre o antebraço e a mão, dispostos em duas fileiras. Os ligamentos, que são faixas resistentes de tecido, mantêm esses ossos unidos e fazem com que se movam como uma única unidade. Quando você cai sobre a mão ou torce o punho com força, um desses ligamentos pode se esticar ou se romper.

Dois ligamentos fazem a maior parte do trabalho de manter as duas fileiras unidas. Um une os ossos escafoide e semilunar, no lado do polegar. O outro une os ossos semilunar e piramidal, no lado do dedo mindinho. Se um deles se rompe, os ossos que ele mantinha unidos começam a se mover separadamente, em vez de juntos. É por isso que o seu punho pode fazer cliques ou estalos, e por isso parece fraco ou falha quando recebe carga.

Há também uma almofada de tecido resistente e elástico no lado do dedo mindinho do punho, chamada complexo da fibrocartilagem triangular. Pense nela como uma vedação entre os dois ossos do antebraço e os pequenos ossos do punho. Ela amortece a articulação e mantém tudo estável quando você gira o antebraço. Uma ruptura nesse local causa dor nesse lado, muitas vezes com uma sensação de travamento.

Alguns ligamentos ficam fora da articulação e outros dentro dela. Os que ficam fora funcionam como cordas de sustentação, que mantêm os ossos no lugar à distância. Os que ficam dentro ligam diretamente uns aos outros os ossos de cada fileira. Uma ruptura em qualquer um dos dois tipos deixa os ossos saírem do alinhamento. Com o tempo, ossos que se movem da maneira errada podem se desgastar uns contra os outros, e a articulação pode ficar rígida e dolorida.

O punho também tem um suprimento de sangue limitado para alguns desses pequenos ossos, o que é um dos motivos pelos quais algumas lesões dos ligamentos demoram a melhorar e merecem ser avaliadas cedo.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, adapta o tratamento à sua lesão específica. Algumas lesões dos ligamentos do punho cicatrizam sem operação, e outras precisam de cirurgia logo após a lesão, por isso a avaliação rápida é importante. 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. Na clínica, colhemos o histórico clínico, examinamos o seu punho e solicitamos exames de imagem quando necessário, para descobrir qual ligamento está lesionado e até que ponto ele se rompeu.

Algumas lesões melhoram sem cirurgia. Um estiramento leve de um ligamento pode ser tratado com um gesso que mantém o punho imobilizado enquanto ele cicatriza. Uma ruptura recente da almofada de tecido no lado do dedo mindinho também pode ser tratada inicialmente com uma tala e medicamentos anti-inflamatórios, que

aliviam a dor e o inchaço. A terapia da mão tem como objetivo recuperar a força e o movimento, e o uso suave da mão em tarefas diárias leves ajuda quando a cicatrização permitir.

A cirurgia é considerada quando o ligamento se rompeu por completo, quando os pequenos ossos do punho saíram do alinhamento, ou quando uma lesão é identificada logo depois de acontecer e precisa ser reparada antes que o punho enrijeça. Muitas dessas operações são realizadas por videocirurgia, na qual uma pequena câmera é inserida no punho para ver a lesão diretamente e repará-la. Algumas rupturas precisam, em vez disso, de uma pequena incisão aberta, e as rupturas antigas podem precisar de um enxerto de tendão para reconstruir o ligamento. Conversaremos sobre qual opção é adequada para a sua lesão e decidiremos juntos o plano.

Após qualquer operação, a sua reabilitação é feita com terapia da mão, e não com fisioterapia. A terapia da mão após a cirurgia é feita com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Ruby orienta os seus exercícios e confecciona qualquer tala de que você precise durante a recuperação.

O que esperar

A perspectiva depende da gravidade da ruptura do ligamento e da rapidez com que ela é tratada. Algumas lesões leves melhoram com repouso e uma tala ou gesso ao longo de semanas. Outras continuam causando dor e fraqueza até serem devidamente avaliadas e reparadas. Um punho que fica com ligamentos rompidos pode permanecer instável, e os ossos podem sair do alinhamento e se desgastar uns contra os outros ao longo dos anos.

A recuperação é gradual, e não repentina. Nas primeiras semanas, o punho muitas vezes fica rígido e fraco, e tarefas do dia a dia, como carregar compras ou levantar-se de uma cadeira com o apoio das mãos, ainda podem provocar a dor. Nos meses seguintes, o movimento e a força para segurar geralmente voltam aos poucos. Após a cirurgia para reconstruir um ligamento rompido no lado do polegar do punho, as pessoas costumam recuperar cerca de 44 graus ao dobrar para a frente e 58 graus ao dobrar para trás, e uma força de preensão de cerca de 88% da outra mão. Algumas pessoas percebem que a extensão dos dedos continua fraca por mais de 3 meses após uma lesão perto da base da mão, mesmo quando o próprio punho se recupera rapidamente.

Vale a pena ser honesto sobre o que o tratamento pode e não pode fazer. Após uma reconstrução para uma ruptura antiga, o punho fica mais estável e mais confortável, mas não volta a ser um punho normal. A maioria das pessoas fica com um punho que funciona para a vida diária, com menos dor e mais força. Se a cirurgia for adiada por anos e a artrose já tiver se instalado, os resultados da reconstrução geralmente são piores do que quando ela é feita mais cedo, por isso vale a pena não esperar demais.

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 por um especialista. Se não conseguir contato com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Quando procurar ajuda médica

Algumas lesões dos ligamentos do punho são emergências, e outras são problemas que evoluem lentamente, mas que ainda merecem uma consulta precoce. Vá a um pronto-socorro no mesmo dia se a sua mão ou os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, se você perder de repente a sensibilidade ou o movimento da mão após uma lesão, se a pele estiver rompida sobre a lesão com osso exposto ou uma deformidade evidente, ou se a mão ficar quente, vermelha, inchada e dolorida, principalmente com febre. Você não precisa de encaminhamento do médico de família para isso. Um punho muito inchado e dolorido após uma queda precisa ser avaliado rapidamente, mesmo que você ainda consiga movê-lo, porque algumas lesões graves não aparecem nas radiografias comuns. Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação por um especialista se a dor não estiver melhorando ao longo de semanas, estiver piorando, acordar você à noite ou impedir você de trabalhar ou de usar a mão. O mesmo vale se o punho continuar fazendo cliques ou estalos, parecer fraco quando recebe carga ou falhar quando você carrega coisas. Se não conseguir contato 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 próprio tratamento. As lesões dos ligamentos do carpo merecem uma leitura mais aprofundada, pois incluem a lesão de punho mais frequentemente negligenciada no pronto-socorro: aquela em que os ossos se deslocam visivelmente, mas o raio-X ainda assim parece normal.

A LUXAÇÃO PERILUNAR E POR QUE ELA PASSA DESPERCEBIDA

O carpo é formado por um anel de ligamentos ao redor do semilunar. Uma queda com alta energia pode romper esse anel progressivamente, fazendo com que o restante do carpo se desloque ao redor do semilunar, que permanece em seu lugar; ou, em casos mais extremos, o próprio semilunar é deslocado para a frente.

Ela passa despercebida devido à sua aparência em radiografias padrão. Na incidência anteroposterior, os ossos mantêm aproximadamente seu contorno normal, perdendo apenas sua disposição ordenada; a luxação só fica evidente na incidência lateral, na qual o semilunar se desvia em relação ao rádio e ao capitato. Em um punho inchado e doloroso após uma queda, com ênfase na exclusão de fratura distal do rádio, essa incidência lateral pode acabar sendo pouco analisada.

O conseqüente não diagnóstico é grave e depende do tempo: o carpo permanece deslocado, os ligamentos cicatrizam em posição incorreta e o suprimento sanguíneo do semilunar fica comprometido.

TRATAMENTO CIRÚRGICO E A QUESTÃO DO NERVO

No tratamento cirúrgico de lesões agudas do pericárpio, uma comparação de técnicas envolvendo **880** pacientes revelou que as técnicas fechadas podem resultar em menor distância escafolunar pós-operatória, além de melhores índices de flexão-extensão do punho e de desempenho funcional em comparação com a cirurgia aberta. Contudo, os autores ressaltam que esses resultados podem refletir **diferenças entre os grupos de pacientes quanto à gravidade da lesão**, o que torna incerta a relação de causalidade [1].

Essa ressalva é fundamental: lesões menos graves respondem melhor ao tratamento fechado; portanto, esse tipo de comparação mede, em parte, quais lesões foram selecionadas para cada abordagem, e não qual técnica é superior.

Outra questão importante diz respeito ao nervo mediano, que passa imediatamente à frente do semilunar deslocado e frequentemente sofre compressão aguda. Não há **consenso científico** sobre o assunto, devido à escassez de estudos com amostras pequenas. Os autores sugerem realizar liberação do túnel carpal **apenas nos casos em que os sintomas do nervo mediano estejam presentes no momento da cirurgia** [2], e não de forma rotineira.

A INSTABILIDADE QUE NÃO TEM ORIGEM EM NENHUM TRAUMA

Nem todo punho instável sofreu algum dano. A instabilidade midcarpal palmar ocorre em pessoas com ligamentos geralmente frouxos; nesses casos, o carpo “cliqueia” quando o punho se move da posição neutra para a desviação ulnar, muitas vezes sem que haja qualquer lesão prévia.

As evidências em favor do tratamento não cirúrgico limitam-se a relatos de casos e opiniões de especialistas; contudo, **a consciência proprioceptiva e a reabilitação neuromuscular parecem promissoras**, com base em evidências semelhantes em outras articulações, sendo recomendadas como primeira abordagem [3].

Essa linha de raciocínio por analogia deve ser entendida exatamente como tal. Ainda assim, é mecanicamente coerente: quando os ligamentos são constitucionalmente frouxos, os músculos que cruzam a articulação tornam-se o único meio de controle; treinar a sincronização desses músculos constitui, portanto, a intervenção disponível. Isso também explica por que a cirurgia é abordada com cautela nesses casos: apertar os ligamentos em alguém cujos tecidos são frouxos em toda parte tende a não surtir efeito.

O RESTANTE DO QUADRO CLÍNICO

A lesão do ligamento escafo-lunar, a mais comum e grave entre os problemas dos ligamentos do carpo, é abordada em uma página própria, assim como o padrão artrítico que se desenvolve quando essa lesão não é tratada. A lesão do ligamento lunato-triquetral, que corresponde à mesma lesão no lado do dedo mindinho, provoca dor no lado ulnar e um ruído característico; essa lesão é discutida juntamente com as demais causas de dor nessa região.

REFERÊNCIAS

- [1] Lee C, Lee BG, Kim J, Yoon HS, Han K, Choi W. Complicações e resultados do tratamento cirúrgico de lesões perilunares agudas: uma revisão sistemática. J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(7):625-9. <https://doi.org/10.1177/17531934221150331>
- [2] Dvorsky JL, Green A, Fowler J. Uma revisão sobre luxações perilunares e a síndrome do túnel do carpo aguda associada. J Hand Surg Glob Online. 2025;7(5):100797. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2025.100797>
- [3] Harwood C, Turner L. Tratamento conservador da instabilidade mediocarpal. J Hand Surg Eur Vol. 2015;41(1):102-9. <https://doi.org/10.1177/1753193415613050>