

FRATURAS DO ESCAFÓIDE

I – GENERALIDADES :

- É a segunda fratura mais comum do punho e a mais comum dos osso do carpo
- O escafoide flexiona-se durante a flexão do punho e no desvio radial ; estende-se na extensão do punho e no desvio ulnar
- É o principal pilar de suporte ósseo do carpo pois liga a fileira proximal á distal
- O escafoide repousa á 45° c/ o eixo longitudinal do punho
- Segundo Gelberman a vascularização do escafoide consiste de um feixe volar que penetra no tubérculo (irrigando 30% da parte distal) e um feixe dorsal que penetra no colo (irriga 80% da porção proximal). O restante da vascularização é feita por um único vaso intra-ósseo.

II – MECANISMO DE TRAUMA :

O escafoide fratura-se ao sofrer compressão contra o rádio estando a parte proximal estabilizada entre o rádio e o capitato e a parte distal desvia-se (flexiona-se) pois não tem suporte. Ocorrem mais em pacientes jovens vítimas de queda, lesão no esporte ou acidente automobilístico. São incomuns em crianças pois a fise do radio distal falha primeiro(mais fraca) assim como no idoso a metáfise radial que encontra-se osteopênica

III – QUADRO CLÍNICO :

- Dor á palpação na tabaqueira anatômica, na tuberosidade do escafoide(face palmar) ou no pólo proximal(distal ao tubérculo de lister)
- Dor nos extremos de movimentação
- Tumefação e equimose só está presente nos casos de fratura – luxação

IV – RADIOLOGIA :

- Rx em AP, Perfil (avaliar o alinhamento dos osso do carpo), Oblíquo e Incidência do Escafoide(AP + supinação de 30° + desvio ulnar / coloca o escafoide em perfil verdadeiro) .
- Em caso de fraturas instáveis as incidências em movimentação do punho evidenciam melhor o desvio da fratura .
- Havendo dúvidas em relação ao diagnóstico a cintilografia c/ Tc, TC(melhor método p/ detectar desvio) e RNM são recomendados, nesta ordem de preferência.
- A pseudoartrose do escafoide diferencia-se radiograficamente da fratura aguda pela reabsorção no foco de fratura, espaço entre os fragmentos, esclerose subcondral .

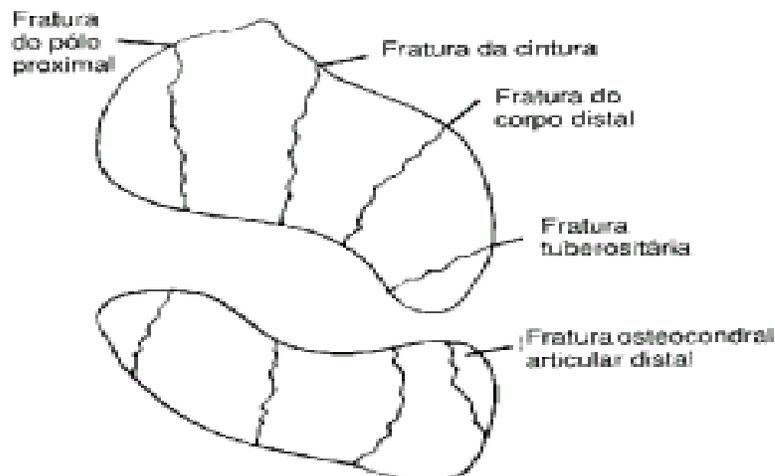
VI – CLASSIFICAÇÃO :

As fraturas de escafoide são classificadas de acordo com a localização e estabilidade . De acordo c/ a localização elas podem ser :

- cintura (80%) : o tempo de consolidação vai de 10 á 12 semanas
- pólo proximal(15%) : o tempo de consolidação vai de 10 á 20 semanas
- tuberosidade(4%) : o tempo varia de 04 á 06 semanas

- pólo distal(1%) : o tempo varia de 10 á 12 semanas

Em relação á estabilidade as fraturas instáveis são aquelas que apresentam desnível de 01 mm ou mais além de uma angulação dorsal.



Em 1990, Herbert apresentou uma classificação que combina localização, instabilidade e prognóstico, inclusive retardo de consolidação e pseudoartrose :

Tipo A : A1 – fratura da tuberosidade / A2 - fratura incompleta do colo

Tipo B: B1 – fratura oblíqua distal / B2 – fratura completa do colo
B3 – fratura do pólo proximal / B4 – fratura luxação transescapoforissemilunar

Tipo C: C1 – retardo de consolidação

Tipo D: D1: pseudo - artrose fibrosa / D2 – pseudo – artrose

VII – TRATAMENTO :

O tratamento das fraturas do escáfóide varia com a localização e o traço da fratura

A – Sem desvio :

As fraturas da tuberosidade e do pólo distal do escáfóide são melhor tratadas com imobilização em luva gessada(englobando o polegar) por 04 á 06 semanas .

As fraturas do terço médio ou colo do escáfóide s/ desvio consolidam com aparelho gessado áxilo palmar(devido ao lig radioescapocapitato que passa á nível do colo e c/ a pronossupinação pode deslocar a fratura) por 06 semanas sendo substituído em seguida por um gesso curto por mais 03 semanas. Em ambas imobilizações o gesso deve pegar o polegar p/ evitar a que a abdução deste mobilize o foco. Se após as 09 semanas ainda não houver consolidação utiliza o gesso por mais 03 semanas e se mesmo assim não consolidar opta-se pelo procedimento cirúrgico .

As fraturas do 1/3 proximal do escáfóide devido a precária vascularização da área apresenta dificuldade em consolidar e quanto mais proximal for a fratura mais difícil será a consolidação. Quando o fragmento proximal for menor ou igual á 1/5 do tamanho do osso a taxa de necrose avascular chegará á quase 100% . Portanto o tratamento p/ esses casos é semelhante ao do 1/3 médio porém c/ um tempo de imobilização maior. Se no decorrer do tratamento observar falta de consolidação opta-se pelo tratamento cirúrgico .

B – Com desvio:

As fraturas com desvio são por definição aquelas com degrau de 01 mm ou mais de 60° de angulação escafossemilunar ou 15° de angulação semilunocapitata. O tratamento preconizado é a redução anatômica e fixação (com fios de kirschner), pois o desvio é sinal de instabilidade cárpica (seja por luxação ou lesão ligamentar) que é uma das causas de pseudoartrose. Após a fixação é utilizado um aparelho gessado axilo-palmar por 08 semanas, quando se retira o fio e coloca um gesso curto de braço até que a consolidação se torne evidente radiograficamente. Uma outra forma de osteossíntese do escafoide é o uso de parafuso de compressão(parafuso de Herbert), porém o Rockwood só recomenda p/ as fraturas do pólo proximal com desvio e fraturas-luxação.

VIII – COMPLICAÇÕES :

As principais complicações de fraturas do escafoide são , pseudo artrose(mais comum), necrose avascular e artrose pós-traumática . Tais complicações decorrem da característica vascular do próprio osso, da falta de diagnóstico ou tratamento inadequado(tipo de imobilização ou imobilização por curto período de tempo).

O quadro clínico da pseudo artrose consiste em dor, fraqueza e diminuição da amplitude de movimentação do punho estando presente desde do início ou manifestando-se com o início das alterações artrósicas ou depois de um novo trauma do punho. Portanto esta patologia também pode ser um achado casual(assintomáticas). Classificação de Lichtman:

Tipo I: pseudo artrose simples(s/ desvio, estável, s/ artrose)

Tipo II: pseudo artrose instável c/ desvio(vide critérios acima)

Tipo III: pseudo artrose com artrose recente (radioescafoidea)

Tipo IV: pseudo artrose com artrose antiga(capitato-semilunar ou generalizada)

O tratamento independente da sintomatologia é cirúrgico e p/ os casos em que não há artrose radiocárpica utiliza-se a enxertia óssea, onde existem muitas técnicas e a mais utilizada é a técnica de Matti-Russe(colocação de enxerto ósseo esponjoso em uma janela retangular feita no foco da pseudoartrose estendendo-se de um fragmento ao outro).O escafoide é fixado com fios de kirschner e o punho imobilizado em gesso longo por 06 semanas seguido de gesso curto por mais 06 semanas.

Existem outras técnicas de enxertia óssea como o enxerto ósseo vascularizado (do rádio dorsal, volar, 1° ou 2° mtc), enxerto em cunha de Diego Fernandez. Porém independente da técnica utilizada é necessário a redução correta do escafoide evitando a artrose decorrente da incongruência articular do carpo.

Nos casos de pseudoartrose c/ artrose radiocárpica existem outras técnicas que dependerá da extensão do acometimento, como : estilóidectomia, carpectomia proximal, ressecção do escafoide + artrodese semiluno-capitato-hamato-piramidal, artroplastia total do escafoide, e até mesmo a neurectomia do carpo (Europa) .