

FRACTURA DO UNCIFORME com Luxação Carpometacarpica

L. VALENTE, A. SOUSA, A. MOURA GONÇALVES, M. LOUREIRO, L. ALMEIDA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia. Hospital de S. João. Porto

RESUMO

As fracturas do unciforme são lesões raras, frequentemente associadas a luxação do 4º e 5º metacarpianos. Passam muitas vezes despercebidas na primeira avaliação, levando a atrasos de diagnóstico variáveis. Uma forte suspeita clínica aliada a exames imagiológicos apropriados são essenciais. Os autores apresentam uma série de três casos clínicos de fractura do unciforme com luxação dorsal carpometacarpica dos 4º e 5º metacarpianos, discutem o seu diagnóstico, estudo imagiológico, tratamento e prognóstico.

SUMMARY

FRACTURE OF THE HAMATE With Carpometacarpal Dislocation

Hamate fractures are rare injuries, frequently associated to dislocation of the ring and little fingers at the hamate-metacarpal joint. Its diagnosis is difficult, leading to delays in diagnosis. A strong clinical suspicion and appropriated radiographic exams are essential. The authors present a series of three clinical cases of fracture of the unciforme with carpometacarpal dorsal dislocation of the 4º and 5º fingers. For each case, they discuss the diagnosis, radiographic study, treatment and prognostic.

INTRODUÇÃO

As fracturas do unciforme são lesões raras, representando cerca de 2% das fracturas do carpo¹. São geralmente resultado de um traumatismo directo com a mão fechada e estão frequentemente associadas a luxação carpometacarpica do 5º e/ou 4º raios. Podem surgir num contexto de politrauma e passar despercebidas²⁻⁵, com atrasos de diagnóstico variáveis^{3,6}.

O seu diagnóstico baseia-se numa suspeita clínica forte e exames radiológicos adequados. Assim, num doente com mecanismo de acção favorável, com dor, edema e deformidade local, sem fractura da base do 5º metacarpiano, deve-se suspeitar de fractura do unciforme. A radiografia da mão em 30 graus de pronação é a incidência que melhor define a fractura, desvio e luxação articular^{4,7}. Em caso de dúvida, a Tomografia Axial Computarizada (TAC) é o exame auxiliar de diagnóstico de eleição.

O seu tratamento é habitualmente eficaz e o prognóstico favorável, mesmo quando o diagnosticada tardiamente. Os autores apresentam três casos de fractura do unciforme associadas a luxação dos 4º e 5º metacarpianos, discutem o seu tratamento e resultados.

CASOS CLINICOS

CASO 1

A.C.P.M., sexo masculino, 36 anos, sofreu queda em Fevereiro de 2000 com traumatismo do punho direito em hiperextensão, surgindo dor e edema acentuados. Recorreu ao serviço de urgência onde foi medicado com AINE tendo alta com o diagnóstico de contusão. Dois dias após, regressa ao hospital por permanência da dor e edema no dorso da mão. Após Rx (figura.1) é feito o diagnóstico de fractura do unciforme associada a subluxação dos 4º e 5º metacarpianos.

Foi submetido a osteossíntese do unciforme com parafuso, redução dos metacarpianos e imobilização com luva de gesso durante seis semanas (figura.2).

Após fisioterapia e extracção do parafuso, apresenta-se livre de dor e com mobilidade completa aos nove meses de follow-up. O Rx não mostra alterações significativas (figura.3).

CASO 2

J.P.O.D., 34 anos, sexo masculino, politraumatizado vítima de acidente de viação em Junho de 2005. Recorreu ao serviço de urgência passados 20 dias, com dor e defor-



Fig. 1 - Rx : fractura do unciforme com subluxação dos 4º e 5º metacarpianos (seta).



Fig. 2 a - Per-operatório: fractura do unciforme e osteossíntese (M4-4º metacarpiano; M5- 5º metacarpiano; U- unciforme).



Fig. 2 b - Rx pós-op: osteossíntese do unciforme com parafuso.



Fig. 3 – Rx aos nove meses sem alterações significativas, após extração de material de síntese

dade do bordo cubital da mão esquerda. É feito o diagnóstico de luxação dos 4º e 5º metacarpianos, com fractura cominutiva do unciforme após a realização de Rx e TAC (Figura.4).

A tentativa de redução por manipulação fechada foi infrutífera. Foi realizada abordagem dorsal do plano ósseo para redução da luxação articular: havia interposição de fragmentos osteocondrais do unciforme e cabeça dos metacarpianos. Optou-se pela artrodese carpo metacarpica dos 4º e 5º raios com três fios de Kirschner (Figura.5).

Manteve imobilização gessada e fios de Kirschner por quatro semanas. Submeteu-se a tratamento fisioterápico durante três meses. Apresenta-se ao fim de 10 meses de *follow-up* com completa mobilidade do punho, indolor, apto para o trabalho. As articulações metacarpofalângicas do 4º e 5º raios apresentam limitação de aproximadamente 15º de flexão e 20º de extensão (Figura.6). O Rx mostra consolidação da artrodese (Figura.7).

CASO 3

P.A.M.M., 29 anos, sexo masculino, sofreu queda em Agosto de 2005 com traumatismo da mão. No serviço de urgência foi-lhe diagnosticado luxação dorsal das 4ª e 5ª articulações carpometacarpicas, com fractura do unciforme (Figura.8).

Oito meses após redução e fixação da luxação (Figura.9), o doente encontra-se assintomático, sem limitação funcional. O Rx não apresenta alterações significativas.

Os dados dos doentes encontram-se resumidos no Quadro I.



Fig. 4 - TAC de fractura luxação carpometacarpica osteo-ossíntese (M4- 4ºmetacarpiano ; M5- base do 5º metacarpiano ; U- unciforme ; F- fragmento dorsal do unciforme)



Fig. 5 – Rx do pós-op imediato : artrodese carpometacarpica.

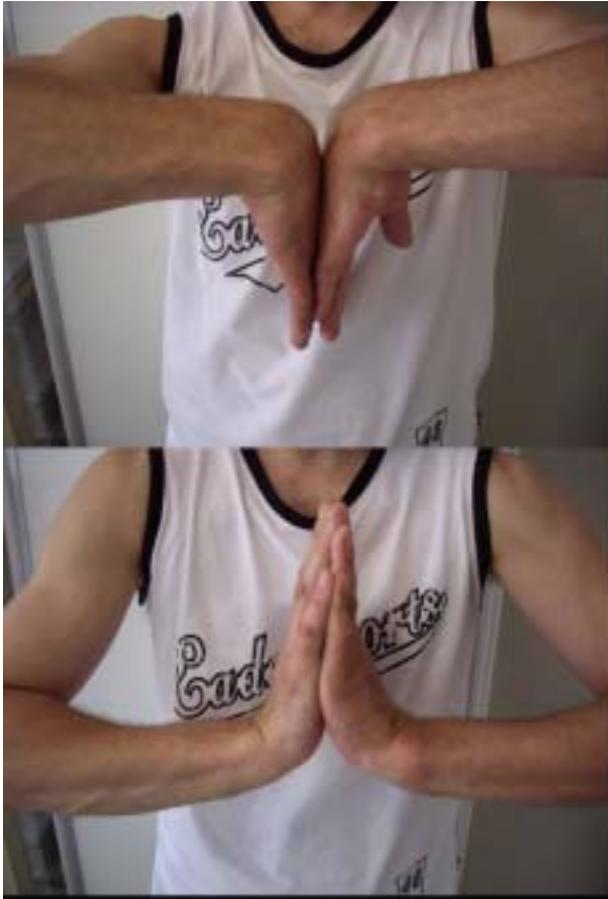


Fig. 6 – Mobilidade em flexão palmar e dorsiflexão da mão.



Fig. 8 – Rx inicial do punho mostra luxação das articulações carpometacarpicas dos 4° e 5° raios.



Fig. 7 – Rx 10 meses após cirurgia : consolidação da artrodese.



Fig. 9 – Imagem per-operatória da fixação da articulação carpometacarpica com fios

Quadro I - Dados mais relevantes dos doentes.

	IDADE	SEXO	ATRASO DIAGNÓSTICO	TÉCNICA CIRÚRGICA	EXTRACÇÃO MATERIAL	MOBILIDADE
Caso 1	36	Masc.	2 dias	Redução e osteossíntese com parafuso	6 meses	Normal
Caso 2	34	Masc.	20 dias	Artrodese fixada com fios de Kirschner	4 semanas	Flexão: -14° Extensão: -20°
Caso 3	29	Masc.	0 dias	Redução e fixação com fios de Kirschner	4 semanas	Normal

DISCUSSÃO

As luxações carpo metacarpicas dos 5° e 4° raios estão muitas vezes associadas a fractura do unciforme. A raridade destas lesões faz com que as referências bibliográficas sejam escassas. Contudo, em todas elas, é destacada a dificuldade no diagnóstico, mesmo na presença de clínicos experientes, com atrasos de diagnóstico que vão de dias a semanas e até mesmo meses^{3,8,9}.

A presença de dor à palpação do punho, sobre o bordo cubital da região carpometacarpica, após qualquer dos mecanismos de lesão descritos anteriormente, com presença de edema generalizado da mão e com radiografias AP e Perfil do punho sem lesão aparente, devem fazer o observador pensar numa lesão deste tipo⁶. A incidência oblíqua com 30 graus de pronação e a lateral estrita são recomendadas^{4,7}. A realização de uma TAC é importante para a avaliação da extensão da lesão e planeamento terapêutico. Nas raras fracturas isoladas do unciforme, é importante fazer o diagnóstico diferencial com *unciforme bipartido*, sendo por isso fundamental a realização de uma radiografia do punho contralateral.

Vários padrões de fractura luxação carpo metacarpica dos 4° e 5° raios estão descritos: tipo Ia é caracterizado por luxação ou subluxação da articulação carpometacarpica mas sem fractura do unciforme; tipo Ib é semelhante à Ia mas com aparecimento de uma pequena fractura avulsão do rebordo dorsal do unciforme; o tipo II caracteriza-se por luxação da articulação carpometacarpica com fractura cominutiva do rebordo dorsal do unciforme; no tipo III o unciforme apresenta fractura coronal¹⁰.

Estão descritas várias modalidades de tratamento, desde o conservador até ao cirúrgico, com osteossíntese do unciforme com parafusos ou fixação com fios de Kirschner. O tratamento conservador obriga a reavaliações frequentes, apresenta dificuldades na visualização da fractura devido ao gesso e têm maior risco de evolução para pseu-

dartrose e em instabilidade da articulação carpometacarpica. Por outro lado, o hematoma e edema locais, associadas a fortes contusões, podem resultar em lesões isquémicas e paralisias do ramo motor do nervo cubital¹¹, obrigando à evacuação do hematoma e/ou fasciectomia¹².

Considerando os resultados obtidos e o atrás exposto, somos da opinião de que estes doentes devem ser operados, mesmo quando a lesão é diagnosticada tardiamente. As lesões tipo I podem ser tratadas conservadoramente se demonstrarem ser estáveis, contudo, a fixação percutânea é recomendada. Nas lesões tipo II e III deve-se tentar a osteossíntese do unciforme e/ou artrodese da articulação carpometacarpica. Esta artrodese não provoca limitação funcional importante sendo por isso uma alternativa válida no tratamento destas lesões, particularmente quando há uma destruição articular significativa.

CONCLUSÃO

A dificuldade no diagnóstico nos casos apresentados, confirmam a tendência encontrada na literatura para o atraso no diagnóstico desta patologia. Apesar disso, o tratamento cirúrgico (nas suas várias modalidades) apresenta bons resultados do ponto de vista clínico e funcional.

BIBLIOGRAFIA

1. NISENFIELD FG, NEVIASER RJ: Fracture of the hook of the hamate: a diagnosis easily missed. J Trauma 1974; 14: 612-616
2. KIMURA H, KAMURA S, AKAI M, OHNO T: Na unusual coronal fracture of the body of the hamate bone. J Hand Surg 1988; 13-A: 743
3. MARCK K, KLASSEN H: Fracture-dislocation of the hamatometacarpal joint: a case report. J Hand Surg (Am) 1986; 11-A: 128-130
4. TERRONO A, FERENZ C: Displaced intra-articular coronal fracture of the body of the hamate treated with a Herbert screw. J Hand Surg 1988; 13-A: 619

5. THOMAS A, BIRCH R: An unusual hamate fracture. *The Hand* 1983; 15: 281
6. EBRAHEIM NA, SKIE MC, SAVOLAINE ER, JACKSON WT: Coronal fracture of the body of the hamate. *J Trauma* 1995; 38(2): 169-174
7. BORA W, DIDIZIAN N: The treatment of injuries to the carpometacarpal joint of the little finger. *J Bone Joint Surg* 1974; 56-A: 1459
8. GARCIA ELIAS, ABANCOM, SALVADOR J, SANCHES E: Crush injury of the carpus. *J Bone Joint Surg (Br)* 1985; 67-B: 286-289
9. HENDERSON J, ARAFA M: Carpometacarpal dislocation: an easily missed diagnosis. *J Bone Joint Surg (Br)* 1987; 69-B: 212-214
10. CAIN JE, SHEPLER TR, WILSON MR: Hamatometacarpal fracture-dislocation: classification and treatment. *J Hand Surg (Am)* 1987; 12: 762-767
11. WAUGH RL, YANCEY AG: Carpometacarpal dislocations. *J Bone Joint Surg* 1948 ; 30-A: 397-403
12. HOWARD FM: Ulnar nerve palsy in wrist fractures. *J Bone Joint Surg* 1961 ; 43-A: 1197-1201