

Cirurgia da Articulação Rádio-ulnar Distal

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

Resumo da recuperação. Agregado de 80 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA	PLATÔ DO RESULTADO FINAL
trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	trabalho manual, esporte, academia	dor e força
—	—	—

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa avaliando as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. 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. Na sua consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos seu punho e solicitamos exames de imagem, quando necessário, para identificar a causa da sua dor.

A articulação radioulnar distal é a articulação entre os dois ossos do antebraço, logo acima do punho. A cirurgia nessa região é recomendada quando essa articulação está desgastada, instável ou danificada após uma lesão, causando dor no lado do dedo mindinho do punho, dificuldade para girar o antebraço ou diminuição da força de preensão. Para problemas crônicos, geralmente tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos: modificação de atividades, fisioterapia ou terapia ocupacional, além do uso de talas. A cirurgia é considerada quando essas medidas não proporcionam melhoria suficiente. Algumas lesões nessa articulação são instáveis desde o início; nesses casos, podemos recomendar a cirurgia imediatamente. O objetivo da operação é aliviar sua dor e permitir que você gire o antebraço e use a mão com mais conforto e segurança.

Antes da operação

Após agendar a cirurgia, forneceremos instruções claras para a sua preparação. Você deverá parar de comer e beber sete horas antes da operação. Pedimos esse período de sete horas, em vez de um tempo menor, para que seu lugar na lista de cirurgias possa ser antecipado caso o dia transcorra mais rapidamente. Se você toma medicamentos regularmente, leve uma lista por escrito deles para o hospital; assim, informaremos quais devem ser suspensos e quando. Na maioria dos casos, não são necessários exames adicionais antes da cirurgia. Contudo, se você possui outras condições médicas, pode ser preciso realizar exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista, o médico responsável pela aplicação da anestesia. Por favor, organize para que alguém o leve para casa após a cirurgia, e use roupas largas e confortáveis no dia do procedimento.

No dia da cirurgia

No dia da sua operação, você deve comparecer à unidade de admissão cirúrgica do hospital. Lá, você será registrado e preparado para a sala de operações. Você conhecerá o anestesista, o médico responsável pela sua anestesia. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Às vezes, um bloqueio nervoso regional é adicionado para alívio da dor no pós-operatório; o anestesista conversará sobre isso com você no próprio dia.

Em seguida, você será levado para a sala de operações, onde a cirurgia será realizada. Depois, acordará na área de recuperação, onde enfermeiros cuidarão de você enquanto a anestesia passa. Uma vez estabilizado, você será encaminhado para um quarto ou poderá ir para casa, dependendo do procedimento e do andamento da sua recuperação.

Como é realizada a operação

Existem mais de uma forma de operar essa articulação; a mais adequada para você depende do problema que ela apresenta. Se a articulação saiu do lugar após uma fratura no punho, o cirurgião recolocará os ossos na posição correta e os manterá assim enquanto cicatrizam, às vezes com o uso de uma tala. Se a articulação estiver desgastada e dolorida, o cirurgião pode remover parte do osso na extremidade do osso do antebraço, do lado do dedo mindinho. Isso é feito por meio de uma incisão na parte de trás do punho, do lado do dedo mindinho. A remoção dessa superfície óssea desgastada impede que os dois ossos do antebraço se esfreguem um no outro ao girar o antebraço.

Se a articulação estiver frouxa, em vez de desgastada, o cirurgião pode reconstruir os ligamentos que a mantêm unida. Os ligamentos são as faixas resistentes de tecido que conectam um osso ao outro. Isso é feito utilizando um pedaço de tendão – o tecido que liga o músculo ao osso – passado por pequenos orifícios nos ossos, funcionando como uma nova “correia” que mantém a articulação no lugar. Isso só é possível quando as próprias superfícies articulares ainda estão saudáveis.

Se toda a articulação estiver muito desgastada, o cirurgião pode substituí-la. O osso danificado na extremidade do osso do antebraço é removido e substituído por uma prótese feita de metal; às vezes, também são usadas peças de plástico, para que os dois ossos do antebraço voltem a se mover suavemente um em relação ao outro.

Ao final da operação, o cirurgião fecha a incisão com pontos e cobre o local com um curativo. Você acordará com a mão e o punho enfaixados; esse curativo permanece por cerca de 10 dias.

Após a operação

Ao acordar, você estará na sala de recuperação, onde as enfermeiras irão verificar seu estado à medida que o efeito da anestesia passar. Sua mão e seu pulso estarão enfaixados, e talvez você receba uma tipoia para manter o braço imóvel. Forneceremos analgésicos para mantê-lo confortável; avise as enfermeiras caso a dor não diminua. Você poderá levantar-se e caminhar assim que se sentir capaz, mas alguém deve ficar com você nas primeiras 24 horas. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital. Deixamos a bandagem no local por cerca de 10 dias; por favor, não a retire antes disso, a menos que lhe seja indicado. Trocamos ou retiramos a bandagem quando o examinamos.

Recuperação

Nos primeiros dias, seu pulso ficará dolorido e inchado; o lado do dedo mindinho pode até doer, especialmente à noite. Manter a mão elevada sobre travesseiros, mesmo durante o sono, ajuda a reduzir o inchaço. Os analgésicos que lhe prescrevemos são mais eficazes quando tomados regularmente, em vez de se esperar que a dor piore.

Ao sair do hospital, seu braço estará enfaixado e apoiado numa tipoia. A bandagem permanece por cerca de 10 dias; nós a trocamos ou retiramos na sua próxima consulta. A reabilitação pós-cirurgia será conduzida por Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Ruby é terapeuta de mão: ela orientará seus exercícios e confeccionará as talas necessárias. Inicialmente, os exercícios são suaves e visam manter a movimentação dos dedos, cotovelo e ombro. À medida que a cicatrização avança, os exercícios passam a focar na rotação do antebraço e na recuperação da força de preensão.

No dia a dia, no início você precisará de ajuda para tarefas que exigem o uso de ambas as mãos, como se vestir, cozinhar e carregar objetos. Assim que o inchaço diminuir e a mobilidade retornar, as atividades cotidianas se tornarão mais fáceis. Quando conseguir segurar objetos sem dor e girar o antebraço confortavelmente, perceberá que pode fazer muito mais com a mão. Caso dirigir faça parte da sua recuperação, não deve dirigir enquanto estiver usando tipoia ou talas, enquanto tomar analgésicos fortes, ou a menos que consiga segurar o volante com ambas as mãos e reagir adequadamente numa frenagem de emergência. Consulte nosso guia sobre [dirigir após cirurgia no membro superior](#).

Cada pessoa cicatriza em seu próprio ritmo; seu cronograma pode ser diferente. Seu cirurgião e sua terapeuta de mão o guiarão em cada etapa.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe o monitoram de perto para detectar qualquer problema precocemente.

Se parte da extremidade do osso do antebraço foi removida, o coto remanescente pode, às vezes, se deslocar ou pressionar estruturas próximas. Você pode sentir uma dor aguda ou um ruído de atrito no lado do dedo mínimo do pulso ao girar o antebraço, ou a sensação de que algo está travando. Comente sobre isso na próxima consulta.

Algumas pessoas percebem que o pulso fica menos dolorido, porém mais rígido, com menor capacidade de flexão para a frente. Se o movimento de rotação do antebraço parecer limitado, o ombro geralmente assume essa função sem que você perceba; portanto, a diferença na vida cotidiana pode ser pequena. Mencione quaisquer movimentos que o deixem insatisfeito na consulta.

Se essa articulação também foi lesionada juntamente com uma fratura do pulso, ela pode se deslocar precocemente, às vezes nas primeiras duas semanas. Isso é fácil de passar despercebido. Fique atento a novas dores, inchaço ou alterações na forma do pulso, e informe a clínica caso perceba esses sinais.

Um rompimento da cartilagem que amortece o movimento nesse lado do pulso, se não tratado, pode deixar a articulação instável. Você pode notar estalos, deslocamentos ou um “clique” ao carregar peso no pulso, além de uma força de preensão reduzida. Se a articulação permanecer instável e dolorida apesar de outros tratamentos, às vezes é necessária outra cirurgia; porém, muitas pessoas melhoram com o tempo e não precisam de novo procedimento. Os sintomas no lado ulnar do pulso costumam melhorar progressivamente até um ano após a cirurgia de fratura.

Em casos de deformidade do pulso presente desde a infância, a articulação pode, com o tempo, tornar-se desgastada ou instável. Em casos graves, os tendões responsáveis pela extensão dos dedos podem se desgastar devido ao atrito contra um osso proeminente, resultando na perda súbita da capacidade de estender um ou mais dedos. Se algum dedo não se estender, entre em contato com a clínica imediatamente.

Como em qualquer cirurgia de pulso, os ossos podem demorar a se consolidar ou nem se unir; além disso, a área onde o osso foi removido pode tornar-se instável e dolorida. A persistência de dor na parte posterior do pulso deve ser relatada na próxima consulta.

A tabela de complicações nesta página apresenta as taxas típicas, caso você queira conhecer os detalhes.

Quando nos contactar

Contacte-nos se tiver febre ou se a pele à volta da ferida ficar mais vermelha, inchada ou com secreção. Contacte-nos se a dor piorar subitamente, ou se surgir nova dor ou inchaço no seu pulso nas primeiras duas semanas. Informe-nos se um dedo não se conseguir endireitar, ou se o seu pulso parecer frouxo, fizer “cliques” ou ceder. Dirija-se às urgências se tiver inchaço ou dor na panturrilha, dificuldade em respirar, dor no peito, dormência na mão, ou se não conseguir mover o braço ou os dedos.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre seu próprio tratamento. A articulação radioulnar distal merece essa leitura adicional, pois é a articulação do punho que temos maior dificuldade em

avaliar, a que mais frequentemente é culpada prematuramente por problemas, e aquela em que aguardar geralmente é a melhor opção.

NÃO CONSEGUIMOS MEDIR O PROBLEMA DE FORMA CONFIÁVEL

A instabilidade desta articulação é diagnosticada principalmente por meio da palpação: o examinador move a ulna em relação ao rádio e forma uma impressão inicial. Uma revisão de 2025 sobre estratégias de avaliação concluiu claramente que métodos confiáveis e quantificáveis para analisar a instabilidade da articulação radioulnar distal ainda são uma necessidade não atendida, sendo seu desenvolvimento essencial para melhorar o tratamento [1].

Isso tem uma consequência direta para você. Quando o diagnóstico depende de um exame subjetivo, o limiar para considerar a articulação instável varia entre os examinadores, assim como o limiar para indicar cirurgia. Nesse caso, buscar uma segunda opinião não é sinal de desconfiança; é uma reação razoável diante de um exame com limitações comprovadas.

A MAIORIA DAS DORES NO LADO ULNAR APÓS UMA FRATURA DO PUNHO MELHORA ESPONTANEAMENTE

Esta é a descoberta mais útil para qualquer pessoa que apresente dor no punho após uma fratura do rádio distal. Uma revisão abrangente concluiu que **a maioria** dos problemas no lado ulnar do punho após fraturas do rádio distal pode ser tratada **inicialmente de forma não cirúrgica, geralmente por mais de um ano**, na expectativa de uma melhora significativa ao longo do tempo [2].

Um ano é um período mais longo do que a maioria das pessoas espera ter que aguardar; por isso, a tentação de intervir mais cedo é grande, tanto para os pacientes quanto para os médicos. A exceção mencionada na mesma revisão é importante e específica: a subluxação precoce e acentuada da articulação que impede fisicamente a rotação do antebraço requer intervenção imediata, e não apenas observação [2].

Portanto, o procedimento padrão é a paciência, desde que existam motivos claros para abandonar essa abordagem.

QUANDO O RESGATE CIRÚRGICO É NECESSÁRIO, A ESCOLHA NÃO É TÃO SIMPLES QUANTO PARECE

Quando a articulação está destruída e o tratamento não cirúrgico realmente falhou, as opções clássicas são o procedimento de Darrach – que consiste na remoção da extremidade da ulna – e o procedimento de Sauvé-Kapandji, que realiza a fusão da articulação e cria um espaço mais proximal para permitir a rotação.

Uma revisão sistemática comparando esses dois procedimentos constatou **satisfação comparável** entre os pacientes, independentemente da patologia subjacente, com melhoria semelhante na amplitude de movimento, na força e na função geral [3]. A diferença ficou por conta da **taxa de reoperação, que foi maior no caso do procedimento de Sauvé-Kapandji** [3].

Esse é um critério claro para a escolha. Quando dois procedimentos produzem o mesmo resultado, aquele que exige menos reoperações é a melhor opção. Contudo, o procedimento de Sauvé-Kapandji ainda tem seu lugar quando é importante preservar o suporte ulnar do carpo – justamente o motivo pelo qual foi desenvolvido.

A IMPAÇÃO ULNAR É UM PROBLEMA DISTINTO, COM SEU PRÓPRIO TRATAMENTO

A dor no lado ulnar causada pelo fato de a ulna ser relativamente muito longa – a chamada síndrome de impação ulnar – é tratada encurtando o trajeto de carga, seja através do corte e encurtamento do eixo ulnar, seja mediante a remoção artroscópica da parte superior da cabeça da ulna. Uma meta-análise envolvendo **311** pacientes constatou que ambas as abordagens são eficazes; contudo, **o procedimento artroscópico apresentou menos complicações e menor taxa de reoperação** [4].

A osteotomia do eixo ulnar requer o uso de placa fixadora, e há risco de não união óssea; já o procedimento artroscópico elimina esses três problemas. Quando a anatomia do paciente permite, essa diferença torna-se significativa.

REFERÊNCIAS

- [1] Christy M, Wright DJ, Goldfarb CA. Estratégias de avaliação da instabilidade da articulação radioulnar distal: estado atual e necessidade de ferramentas aprimoradas. J Hand Surg Am. 2025;50(12):1505-14. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2025.06.021>
- [2] Giddins G. A articulação radioulnar distal após fraturas distais do rádio: quando e como devemos tratar a dor, rigidez ou instabilidade? J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(3):230-45. <https://doi.org/10.1177/17531934221140238>
- [3] Lamont S, Debkowska M, Johnsen P, Froehle A, Cotterell IH, Isaacs J. Resultados dos procedimentos de Darrach e Sauvé-Kapandji: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2022;19(1):68-73. <https://doi.org/10.1177/15589447221107697>
- [4] Shi H, Huang Y, Shen Y, Wu K, Zhang Z, Li Q. Procedimento artroscópico tipo “wafer” versus osteotomia de encurtamento ulnar para 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>

Cirurgia da Articulação Rádio-ulnar Distal

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 80 estudos publicados. Estes são índices populacionais, não o seu risco individual — o seu cirurgião discutirá o que se aplica a si.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Reoperação	25.0%	Relatado em uma revisão sistemática sobre artroplastia protética da articulação radioulnar distal (n=1525).
Sintomas mecânicos	12.5%	Relatado em uma revisão sistemática sobre os procedimentos de Darrach e Sauvé-Kapandji.
Não união óssea	2.3%	Relatado em uma revisão sistemática sobre os procedimentos de Darrach e Sauvé-Kapandji.
Instabilidade recorrente	4.4%	Relatado em um estudo de coorte prospectivo com 88 pacientes submetidos à capsulorrafia do retináculo extensor e sutura reparadora.
Ossificação heterotópica	10.0%	Relatado em um estudo de coorte prospectivo com 10 pacientes submetidos a acompanhamento de longo prazo após uso da prótese total da articulação radioulnar distal Aptis.
Fratura periprotética	10.0%	Relatado em um estudo de coorte prospectivo com 10 pacientes submetidos a acompanhamento de longo prazo após uso da prótese total da articulação radioulnar distal Aptis.
Instabilidade recorrente da articulação radioulnar distal após reparação artroscópica	3.7%	Relatado em um estudo retrospectivo com 225 pacientes submetidos à reparação artroscópica do complexo fibrocartilaginoso triangular (TFCC) com imbricação capsular dorsal.
Luxação volar recorrente da cabeça ulnar	1.2%	Relatado em um estudo retrospectivo com 173 pacientes idosos portadores de fraturas do rádio distal e luxação da articulação radioulnar distal.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Instabilidade recorrente da articulação radioulnar distal em pessoas com articulações frouxas	17.7%	Relatado em um estudo retrospectivo com 120 pacientes com laxidade articular generalizada submetidos à reparação artroscópica da fôvea ulnar.
Sinais radiológicos de artrose da articulação radioulnar distal	20.0%	Relatado em um estudo retrospectivo com 66 pacientes submetidos à osteotomia de encurtamento ulnar.
Instabilidade do coto ulnar proximal	13.8%	Relatado em um estudo retrospectivo com 30 pacientes submetidos ao procedimento de Sauvé-Kapandji.
Osteomielite do coto ulnar	3.4%	Relatado em um estudo retrospectivo com 30 pacientes submetidos ao procedimento de Sauvé-Kapandji.
Qualquer complicação pós-operatória	20.7%	Relatado em um estudo retrospectivo com 30 pacientes submetidos ao procedimento de Sauvé-Kapandji.
Reabsorção do osso enxertado	9.1%	Relatado em uma série de casos com 56 pacientes portadores de artrite reumatoide submetidos ao procedimento modificado de Sauvé-Kapandji.
Anquilose óssea entre o osso enxertado e o semilunar	10.6%	Relatado em uma série de casos com 56 pacientes portadores de artrite reumatoide submetidos ao procedimento modificado de Sauvé-Kapandji.
Fratura periprotética da ulna	1.7%	Relatado em uma série de casos com 4 pacientes que apresentaram fraturas periprotéticas da ulna após artroplastia Aptis da articulação radioulnar distal.
Reabsorção e falha do enxerto	—	Relatado como possível complicação em um relato de caso de artroplastia por interposição tendínea para tratamento de luxação volar crônica.
Dor e rigidez residuais	—	Relatado como possível complicação em um relato de caso de artroplastia por interposição tendínea para tratamento de luxação volar crônica.
Progressão da artrose degenerativa	—	Relatado como possível complicação em um relato de caso de artroplastia por interposição tendínea para tratamento de luxação volar crônica.
Síndrome de impacto ulnar	—	Relatado como complicação após ressecção falha da cabeça ulnar.
Reabsorção do colo ulnar	—	Relatado como complicação da artroplastia com implante não constrito da articulação radioulnar distal.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Erosão do sulco sigmoide	—	Relatado como complicação da artroplastia com implante não constricto da articulação radioulnar distal.
Afrouxamento do implante	—	Relatado como complicação da artroplastia com implante não constricto da articulação radioulnar distal.
Ruptura do enxerto	—	Relatado como complicação da reconstrução anatômica dos ligamentos radiolunares palmar e dorsal.
Disestesia transitória	—	Relatado como complicação da reconstrução anatômica dos ligamentos radiolunares palmar e dorsal.

Li estas informações e tive a oportunidade de fazer perguntas ao Dr. Hirpara sobre o procedimento, a recuperação esperada e as complicações listadas acima.

PACIENTE – NOME (EM LETRA DE
FORMA)

ASSINATURA

DATA