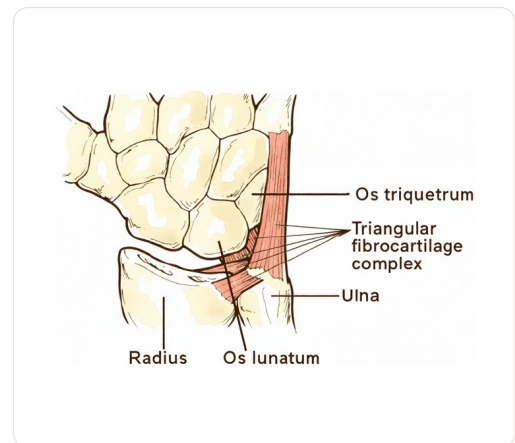


Dor Ulnar no Punho e Impactação Ulnar

O TFCC e o lado ulnar (do dedo mínimo) do punho — uma fonte 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 pulso** (lado ulnar) é muito comum e tem várias causas possíveis. Esta página trata da causa mecânica mais importante: uma condição chamada **impactação ulnar** (também conhecida como abutment ulnocarpal).

A dor tende a ser profunda na borda externa do pulso, em direção ao dorso da mão. Frequentemente, piora quando você segura firmemente, gira o antebraço ou dobra o pulso em direção ao dedo mínimo, de modo que ações cotidianas como abrir um pote, girar uma chave, usar uma chave de fenda, torcer um pano ou apoiar-se na mão para se levantar de uma cadeira podem desencadear a dor. Muitas pessoas também percebem um **clique ou um estalo** no pulso com certos movimentos, e o pulso pode doer após um dia de uso intenso. Apoiar peso no pulso (em uma prancha, uma flexão de braço ou ao empurrar uma porta pesada) é um fator agravante clássico.

Geralmente, a dor se desenvolve gradualmente, em vez de começar com uma única lesão, embora possa seguir uma fratura do pulso.

O que está realmente a acontecer

Dois ossos do antebraço estendem-se até ao pulso: o **rádio** (lado do polegar) e o **úlna** (lado do dedo mínimo). Para que o pulso funcione corretamente, as extremidades destes dois ossos devem estar aproximadamente ao mesmo nível. No impacto ulnar, a úlna é relativamente mais longa em comparação com o rádio, uma condição que os médicos chamam de **variância ulnar positiva**.

Algumas pessoas nascem simplesmente com uma úlna ligeiramente mais longa. Em outras, isso desenvolve-se mais tarde: mais frequentemente quando uma fratura do pulso cicatriza ligeiramente encurtada, deixando o rádio um pouco mais curto do que era e a úlna efetivamente em destaque.

Qualquer que seja a causa, esse pequeno acréscimo de comprimento faz com que a extremidade da úlna atrite contra os pequenos ossos do pulso com os quais está adjacente (o escafoide e o piramidal) sempre que se aplica carga ao pulso. Entre esses ossos encontra-se uma almofada de cartilagem chamada **FCC** (complexo fibrocartilágneo triangular), que atua como amortecedor. O atrito repetido desgasta lentamente esta almofada, pode romper o FCC e, com o tempo, causa contusões e até forma pequenos cistos no osso subjacente. Esse processo de desgaste é o que produz a dor, o estalido e a perda de conforto ao preender e rodar. (Temos uma página separada sobre [lesões do FCC](#), que frequentemente ocorrem em conjunto com esta condição.)

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara lidera nosso serviço de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, onde gerenciamos a dor no lado ulnar do punho por meio de um fluxo claro que começa com seu médico de família ou fisioterapeuta. Iniciamos com uma avaliação minuciosa para confirmar o diagnóstico e, para problemas de longa data, sempre tentamos o tratamento não operatório primeiro antes de considerar a cirurgia.

A boa notícia é que a maioria das pessoas melhora com o tratamento não operatório, e é sempre por aí que começamos.

Acalmando a inflamação. Os primeiros passos são simples: modificar as atividades que sobrecarregam o punho ulnar (especialmente preensão forte, torção e apoio de peso) por um período, usar uma **tala de punho** para repousar a articulação e utilizar medicação anti-inflamatória para aliviar a dor e o inchaço. Às vezes, uma **injeção de corticoide** na articulação ajuda a interromper o ciclo da inflamação.

Confirmando o diagnóstico. Junto ao tratamento, geralmente realizamos **radiografias** para medir exatamente o alinhamento dos dois ossos (às vezes com uma visão especial de “preensão” que realça o impacto) e, frequentemente, uma **ressonância magnética** para avaliar a cartilagem, o TFCC e o osso subjacente. Ocasionalmente, uma visualização interna da articulação por meio de procedimento minimamente invasivo (**artroscopia**) é utilizada para confirmar o que está ocorrendo e tratá-lo simultaneamente.

Se persistir. Quando o bom tratamento não operatório não resolve o problema, o objetivo da cirurgia é aliviar a pressão no lado ulnar do punho. A opção mais consolidada é uma **osteotomia de encurtamento da ulna**, na qual o cirurgião remove uma pequena fatia da ulna para restaurar seu comprimento adequado e a estabiliza com uma pequena placa enquanto ocorre a consolidação. Uma alternativa menos invasiva em casos selecionados é o procedimento “**wafer**” por artroscopia, que remove uma pequena quantidade da extremidade distal da ulna por meio de cirurgia minimamente invasiva. Ambos funcionam impedindo que o osso atrite contra o punho.

O que esperar

Para a maioria das pessoas, o impacto ulnar é um problema que podemos controlar. Medidas não operativas resolvem uma grande proporção dos casos, e os sintomas diminuem assim que a articulação deixa de ser submetida a sobrecarga repetida.

Quando a cirurgia é necessária, **o encurtamento da ulna é uma operação confiável**, e estudos que acompanharam pacientes por muitos anos relatam bom alívio da dor, duradouro, e alta satisfação. O osso precisa de tempo para cicatrizar, por isso há um período de recuperação de algumas semanas em tala ou gesso enquanto a osteotomia se une, seguido por um retorno gradual à preensão e ao carregamento. Os principais pontos a serem observados são que o osso ocasionalmente demora mais do que o esperado para consolidar, e que a pequena placa pode às vezes ser sentida sob a pele e é ocasionalmente removida após tudo ter cicatrizado. No geral, a grande maioria das pessoas retorna às suas atividades diárias com a dor resolvida.

Quando procurar ajuda

- **Dor no lado ulnar do pulso que não melhora** ao longo de algumas semanas, ou que continua a aparecer com preensão e rotação, e que vale a pena ser avaliada.
- Dor que surge após uma fratura prévia do pulso, especialmente se o pulso nunca se tiver sentido completamente normal desde então.
- Um clique, estalo ou bloqueio persistente no lado do dedo mínimo do pulso, particularmente durante a carga de peso.
- Dor que impede o exercício da sua profissão ou das suas atividades diárias. Este é o momento em que vale a pena investigar qual a causa subjacente e o que pode ser feito.