

Fratura coronal do osso ganchoso

Rui Rocha, André Sarmento, André Costa, Andreia Ferreira,
Pedro Canela, Rolando Freitas

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. Serviço de Ortopedia. Portugal.

Rui Rocha**André Sarmento****André Costa****Andreia Ferreira**

Interno do Internato Complementar de Ortopedia

Pedro Canela

Assistente Hospitalar de Ortopedia

Rolando Freitas

Chefe de Serviço, Diretor de Serviço

Serviço de Ortopedia. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Submetido em: 12 dezembro 2012**Revisto em:** 11 março 2012**Aceite em:** 12 abril 2013**Publicação eletrónica em:** 28 junho 2013**Tipo de Estudo:** Terapêutico**Nível de Evidência:** IV**Declaração de conflito de interesses:**

Nada a declarar.

Correspondência:

Rui Rocha

Rua Particular das Regadas nº28 ap. 3.1

4400 340 Vila Nova de Gaia

Portugal

ruimiguelreisrocha@gmail.com

RESUMO

Objetivo: A fratura do osso ganchoso é uma lesão rara correspondendo a 2-4% das fraturas do carpo tendo uma grande percentagem de atraso no diagnóstico. Pode atingir o corpo ou a apófise (sendo esta a mais frequente). O ganchoso promove a estabilidade dos 4º e 5º metacarpianos e qualquer alteração na sua geometria pode resultar em artrose ou impotência funcional.

Descrição: Os autores apresentam um doente do sexo masculino com 3 semanas de evolução após fratura da base do 4º metacarpiano, com clínica de dor na região cubital do punho, diminuição da força de preensão e compressão do nervo cubital. Constatou-se fratura coronal do osso ganchoso e o doente foi submetido a osteossíntese do ganchoso com libertação do canal de Guyon. Avaliou-se o doente subjetiva e objetivamente 2 e 4 meses após a cirurgia, utilizando como critérios a satisfação do doente, o questionário DASH e estudos de imagem. Encontra-se satisfeito com o resultado obtido, sem dor local, com força de preensão mantida, sem clínica de compressão cubital, tendo retomado a sua atividade profissional.

Comentários: As fraturas coronais do osso ganchoso são raras e geralmente cursam com fraturas da base do 4º metacarpiano. São de difícil avaliação com reiterados atrasos de diagnóstico. Sempre que existir uma fratura da base do 4º metacarpo com encurtamento do raio ou se a clínica não coincidir com a imagiologia, deve-se aprofundar a investigação. A fixação das fraturas coronais do osso ganchoso é importante para a estabilidade cárpica e tem bons resultados na literatura.

Palavras chave:

Ossos ganchoso, articulações carpometacarpicas, osteossíntese, fratura

ABSTRACT

Objective: A hamate fracture is a rare injury corresponding to 2-4% of carpal fractures and has a large percentage of delayed diagnosis. It may reach the body or apophysis (this being the most common). The hamate promotes the stability of the 4th and 5th metacarpal and any change in its geometry can result in arthritis or functional impairment.

Description: The authors describe a male patient with 3 weeks of development after fracture of the 4th metacarpal base with clinical pain in the ulnar wrist, decreased grip strength and compression of the ulnar nerve. It was found a coronal fracture of the hamate and the patient underwent osteosynthesis with the release of Guyon's canal. The patient was evaluated subjectively and objectively 2 and 4 months after surgery, using criteria such as patient satisfaction, the DASH questionnaire and imaging studies. The patient is satisfied with the result obtained without local pain, grip strength maintained with no clinical cubital compression, having resumed his occupation.

Comments: The coronal bone fractures of the hamate are rare and usually occur with fractures of the base of the 4th metacarpal. Whenever there is a fracture of the 4th metacarpal base with shortening of the radius or if the clinic does not match the imaging, should further research be optimized. The fixation of coronal fractures of the hamate is important to obtain carpal stability.

Key words:

Hamate bone, carpometacarpal joints, osteosynthesis, fracture

INTRODUÇÃO

A fratura do osso ganchoso é uma lesão rara, correspondendo a 2-4% das fraturas do carpo, sendo uma patologia pouco descrita na literatura^[1]. Pode atingir o corpo ou a apófise (sendo esta mais frequente). O ganchoso é um osso que ajuda a promover a estabilidade dos 4^o e 5^o metacarpianos e qualquer alteração na sua geometria pode resultar em artrose cárpica ou impotência funcional com perda de mobilidade e de força de preensão^[2].

A lesão coronal ocorre quando o 4^o e 5^o metacarpianos sofrem uma carga axial ou subluxam dorsalmente^[1]. A imagem da radiologia cárpica convencional pode ser obscura e pouco esclarecedora pois o fragmento ósseo não é facilmente visível. O

diagnóstico diferencial deve sempre incluir as fraturas/luxações do piramidal ou de qualquer outro osso do carpo limítrofe. Outros critérios para suspeitar desta lesão são a fratura da base do 4^o metacarpiano com encurtamento concomitante desse mesmo raio e uma disparidade evidente entre a clínica e os exames de imagem obtidos. As lesões coronais normalmente apresentam instabilidade e necessitam consequentemente de fixação interna^[3]. A radiografia do punho com 30° de pronação é a melhor incidência para caracterizar a fratura, o seu desvio ou mesmo a luxação articular inerente^[1,4-6]. Em caso de dúvida ou para estudo e planeamento pré-cirúrgico a tomografia axial computadorizada deve ser realizada.

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, 26 anos de idade, empregado da construção civil. Sem antecedentes médicos ou cirúrgicos e sem medicação habitual antes do traumatismo. Deu entrada no Serviço de Urgência com história de traumatismo axial do punho com três semanas de evolução tendo, na altura, sido imobilizado no mesmo Serviço com tala de gesso antebraquial com o punho em posição neutra e flexão metacarpofalângica. Apresentava três semanas depois clínica de dor mantida na região cubital do punho, diminuição da força de preensão e compressão do nervo cubital.

Radiologia do punho (face e perfil): fratura da base do 4º metacarpiano (Figura 1). Pela manutenção das queixas foi requisitada uma Tomografia Axial Computorizada que descreveu uma fratura coronal do osso ganchoso e da base do 4º metacarpiano (Figura 2).

O doente foi submetido a osteossíntese do ganchoso com dois parafusos e libertação do canal de Guyon.

Na avaliação aos 4 meses após cirurgia o doente encontrava-se satisfeito com o resultado obtido, sem

dor local, um score DASH de 78 pontos, com força de preensão mantida, sem clínica de compressão cubital, tendo retomado a sua atividade profissional (Figura 3).

DISCUSSÃO

Este caso clínico está de acordo com os descritos na literatura, até no que diz respeito ao atraso no diagnóstico. Como são lesões raras ou raramente diagnosticadas, as referências bibliográficas não são muitas. Mesmo assim encontra-se uma proposta de classificação por Cain *et al*[7]: tipo Ia – luxação ou subluxação carpometacárpica sem fratura do ganchoso; tipo Ib – igual à primeira com fratura/avulsão do osso ganchoso; tipo II – luxação com fratura cominutiva da vertente dorsal do ganchoso; tipo III – luxação com fratura coronal do ganchoso (equivalente ao caso descrito).

Quanto ao tratamento proposto estão descritas várias formas: conservador, redução e fixação com fios de Kirschner, redução e osteossíntese com parafusos. O tratamento conservador apresenta várias contra-indicações com exceção do tipo Ia, como sendo a necessidade de imobilização prolongada, a



Figura 1. Radiologia do punho (face e perfil): fratura da base do 4º metacarpiano.

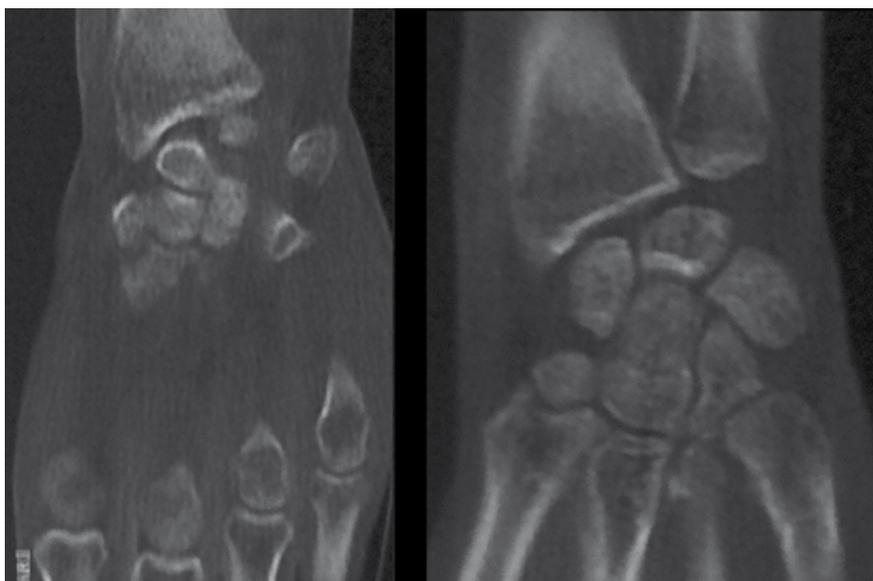


Figura 2. TAC que descreveu uma fratura coronal do osso ganchoso e da base do 4º metacarpiano.



Figura 3. Radiologia do punho avaliação aos 4 meses após cirurgia.

dificuldade evidente de reavaliação com possibilidade de perda de redução e conseqüentemente maior risco de instabilidade, pseudartrose e desenvolvimento de artrose pancárpica. As lesões tipo II e III devem ser tratadas cirurgicamente, dependendo o método de tratamento do timing cirúrgico, sendo possível a fixação, a osteossíntese ou mesmo a artrodese carpo-metacárpica^[8].

As descrições de atraso no diagnóstico vão de dias a meses^[9]. A suspeita diagnóstica deve sempre levar em conta o mecanismo lesional, a dor e deformidade na região cubital do carpo, a instabilidade (difícil de avaliar), a fratura concomitante da base do 4º metacarpiano e a dissociação clínico-imagiológica. Uma referência ainda para as fraturas isoladas do ganchoso, tão raras que se deve suspeitar da presença de um osso ganchoso bipartido, sendo aconselhável obter imagens do punho contralateral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thomas AP, Birch R. An unusual hamate fracture. *J Hand Surg [Br]*. 1983; 15: 281-286.
2. Zoltie N. Fractures of the body of the hamate. *Injury*. 1991; 22:459-62.
3. Berquist TH, ed. *Imaging of orthopedic trauma and surgery*. Philadelphia: Saunders, 1986: 687.
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. Ebraheim NA, Skie MC, Savolaine ER, Jackson WT. Coronal fracture of the body of the hamate. *J Trauma*. 1995; 38 (2): 169-174.
6. Bora W, Didizian N. The treatment of injuries to the carpometacarpal joint of the little finger. *J Bone Joint Surg*. 1974; 56-A: 1459.
7. Cain JE, Shepler TR, Wilson MR. Hamatometacarpal fracture-dislocation: classification and treatment. *J Hand Surg [Am]*. 1987; 12: 762-767.
8. Garcia Elias, Abanco M, 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.

Texto em conformidade com as regras do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, convertido pelo programa Lince (© 2010 - ILTEC).