

Fratura do hâmulô do hamato em jogador de bocha: relato de caso

Carlos Henrique Fernandes¹, Lia Miyamoto Meirelles², Flávio Fallopa³ e Walter Manna Albertoni⁴

RESUMO

Os autores descrevem caso de fratura do hâmulô do hamato em jogador de bocha. São discutidos o mecanismo de fratura, a incidência nos esportes, o diagnóstico e o tratamento.

Palavras-chave: Fratura. Hâmulô do hamato. Bocha.

ABSTRACT

Fracture of the hook of the hamate in a boccie player: case report

A case of fracture of the hook of the hamate in a boccie player is presented. The mechanism of the fracture, diagnostic and treatment are discussed.

Key words: Fracture. Hook of the hamate. Boccie.

INTRODUÇÃO

Embora as fraturas dos ossos do carpo como o escafóide sejam freqüentes, as fraturas isoladas dos outros ossos são raras. Franz¹, em 1952, observou que a incidência das fraturas do hamato foi de 2,46% em 122 casos de fraturas do carpo.

As fraturas do hâmulô do hamato são raramente diagnosticadas e os pacientes permanecem um longo tempo com a sintomatologia até o diagnóstico preciso.

Alguns autores acham que essa fratura é mais freqüente em praticantes de esportes como tênis, golfe e beisebol.

1. Professor adjunto da Universidade de Mogi das Cruzes; Mestre; Pós-graduando no curso de doutorado do DOT da Unifesp; Especialista em Medicina Desportiva pela UFRJ.

2. Especialista em Terapia da Mão pela USP; Especialista em Fisiologia do Exercício pela Unifesp.

3. Professor adjunto; Livre-docente do Departamento de Ortopedia e Traumatologia; Chefe da Clínica da Disciplina de Cirurgia da Mão e Membro Superior da Unifesp.

4. Professor titular; Livre-docente do Departamento de Ortopedia e Traumatologia; Chefe da Disciplina de Cirurgia da Mão e Membro Superior da Unifesp.

Endereço para correspondência:

Carlos Henrique Fernandes
Av. Leônicio de Magalhães, 382
02042-000 – São Paulo, SP

Tratamos um paciente com fratura do hâmulô do hamato, jogador de bocha, que iniciou quadro doloroso após movimento de lançamento de bola. Não achamos na literatura nenhum caso descrito nesse esporte, o que nos motivou a esta publicação.

RELATO DO CASO

Paciente A.Z., do sexo masculino, 53 anos de idade, dominância no membro superior direito, metalúrgico. Compareceu para consulta com queixa de dores ao nível do punho direito que eram desencadeados pelos movimentos de flexão e extensão e pela compressão local. Iniciou a sintomatologia após movimento de extensão brusca do punho para lançamento de bola em jogo de bocha, havia cerca de quatro meses.

Relatou ser praticante desse esporte com freqüência quase diária, até o aparecimento dos sintomas, tornando-se impossível sua continuidade.

O paciente já havia sido submetido a tratamento com imobilização e infiltração por “tendinite” em outro serviço, sem melhora.

Ao exame físico, observou-se edema na região hipotenar e dor à digitopressão ao nível do hâmulô do hamato e aos movimentos de flexão e extensão. A força muscular e a sensibilidade eram normais.

Realizou-se exame radiográfico do punho nas incidências AP e perfil. Observaram-se, nesta última, calcificações de partes moles ao nível do carpo proximal, não sendo possível o diagnóstico correto. Foi submetido à tomografia computadorizada, que demonstrou uma fratura do hâmulô do hamato (fig. 1).

O tratamento cirúrgico foi então indicado para realizar a ressecção do fragmento fraturado. Procedeu-se ao acesso cirúrgico como proposto por Ahsah *et al.*². A pele foi incisada na borda lateral da região hipotenar, na transição entre a pele dorsal e a volar. O ramo cutâneo do nervo ulnar foi identificado e protegido. O abdutor do 5º dedo foi afastado volarmente em conjunto com o ramo profundo do nervo ulnar, permitindo a identificação do hâmulô do hamato. Por dissecação romba a partir do foco de pseudartrose, com dificuldade, fez-se a ressecção do fragmento fraturado. Na exploração pôde-se observar no flexor profundo do 5º dedo uma lesão parcial produzida, provavelmente, por atrito com algu-

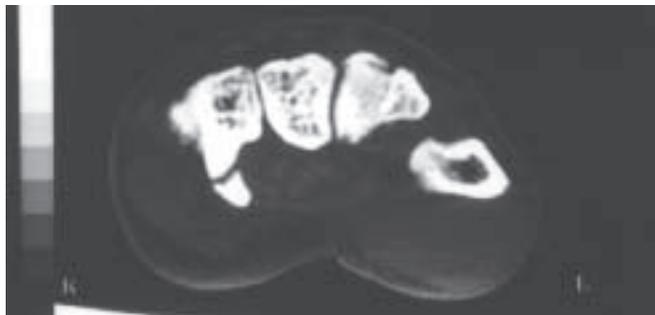


Fig. 1 – Tomografia computadorizada mostrando a fratura do hêmulo do hamato

ma irregularidade óssea. Após o fechamento da pele, o paciente foi imobilizado com uma tala gessada por dez dias.

No pós-operatório imediato o paciente apresentou diminuição de força da musculatura intrínseca da mão, que se resolveu espontaneamente em quatro semanas. Após três meses de pós-operatório o paciente ficou assintomático, jogando bocha sem restrições.

DISCUSSÃO

Várias publicações sobre fraturas do hêmulo do hamato relatam que essas lesões ocorrem com frequência em praticantes de esportes como golfe, beisebol e tênis. Esses esportes têm em comum o uso de raquete ou tacos que são apreendidos pelas mãos. Torisu³ defende que o mecanismo de fratura em jogador de golfe é principalmente devido a um trauma direto pelo taco e, secundariamente, a uma contração muscular violenta. Stark *et al.*⁴ encontraram as fraturas do hêmulo do hamato em jogadores de tênis, golfe e beisebol. Eles acham que nos jogadores de beisebol, a fratura ocorre durante o movimento com o taco e não no momento do impacto da bola. Em jogadores de tênis, a fratura ocorre quando o jogador perde o controle da raquete ao tentar rebater uma bola difícil.

A bocha é um jogo cosmopolita, regulado pela Federação Internacional de Bocha. No Brasil é muito difundido nos Estados das regiões Sul e Sudeste, devido à influência da colonização européia. O jogador de bocha não usa nenhuma espécie de taco ou raquete. Utiliza bolas, as quais são arremessadas a uma distância determinada, dependendo da necessidade. Durante o arremesso da bola, o jogador faz um movimento de flexão para extensão do punho. Nesse caso, o provável mecanismo de trauma é uma contração muscular violenta do flexor ulnar, provocando fratura por avulsão do hêmulo do hamato.

Devido à dificuldade de diagnóstico, essas fraturas são frequentemente diagnosticadas após meses do trauma inicial⁵. As radiografias de rotina, em ântero-posterior e perfil, na maioria das vezes não mostram a fratura. As incidências para o túnel do carpo, descrita por Hart e Gaynor⁶ e a oblíqua com o antebraço em supinação e punho em dorsiflexão, com frequência mostram a fratura⁷, mas são de difícil realização nos

casos em que há dor ou limitação dos movimentos do punho. Não sendo possível realizar as radiografias, a melhor opção é a tomografia computadorizada, que mostra a lesão^{4,7}.

Nas fraturas agudas o tratamento consiste na imobilização do punho até a consolidação da fratura⁷. Nos casos de pseudartrose ou retarde de consolidação é recomendada a excisão do fragmento^{4,8}. Dessa maneira, há remissão do quadro doloroso e evita-se a ruptura tendinosa⁹ ou paralisia tardia do nervo ulnar¹⁰.

Em nosso paciente realizamos a retirada do fragmento e observamos lesão parcial do tendão flexor profundo do 5º dedo, não sendo realizado nenhum tratamento específico.

A incisão volar exige que várias estruturas sejam isoladas e protegidas antes da excisão do fragmento, criando ainda uma cicatriz em área de contato na palma da mão que pode causar desconforto^{4,8}.

A incisão lateral é considerada simples, além de não causar cicatriz em região de contato. Como desvantagem, não permite a exploração dos canais de Guyon e do carpo, se necessária, e é contra-indicada nos casos de neuropatia e ruptura tendinosa associada². Em nossa única experiência não achamos a via de acesso tão simples como relatado na literatura. A ressecção do fragmento, mesmo com dissecação romba, é bastante traumática e, como o ramo motor do nervo ulnar não é visibilizado, tivemos receio de traumatizá-lo.

Nosso paciente ficou por quatro semanas com neuropraxia do ramo motor do nervo ulnar, que regrediu espontaneamente. Achamos necessário que outros estudos sejam realizados para comprovar a vantagem da via de acesso lateral.

A ressecção do fragmento mostrou ser eficaz, confirmando o que existe na literatura, ficando o paciente assintomático e retornando a sua prática desportiva.

REFERÊNCIAS

1. Franz A. Contributo allo studio della frattura isolata dell'uncinato. *Chir Organi Mov* 1952;37:487-95.
2. Ahsah K, Kondo M, Torisu T, Massumi S. The lateral approach compared with the volar approach for exposure of the hook of the hamate. *Clin Orthop* 1989;239:217-21.
3. Torisu T. Fracture of the hook of the hamate by a golfswing. *Clin Orthop* 1972;83:91-4.
4. Stark HH, Jobe FW, Boyes JH. Fracture of the hook of the hamate in athletes. *J Bone Joint Surg [Am]* 1977;59:575-82.
5. Nisenfield FG, Neviasser RJ. Fracture of the hook of the hamate: a diagnosis easily missed. *J Trauma* 1974;14:612-6.
6. Hart VL, Gaynor V. Roentgenographic study of the carpal canal. *J Bone Joint Surg* 1941;23:382-3.
7. Botte MJ, Gelberman RH. Fractures of the carpus, excluding the scaphoid. *Hand Clin* 1987;3:149-61.
8. Carter PR, Eaton RG, Littler JW. Ununited fractures of the hook of the hamate. *J Bone Joint Surg [Am]* 1977;59:583-8.
9. Crosby EB, Linscheid RL. Rupture of the flexor profundus tendon of the ring finger secondary to accident fracture of the hook of the hamate. *J Bone Joint Surg [Am]* 1994;56:1076-8.
10. Baird BD, Friendenberg LM. Delayed ulnar nerve palsy following a fracture of the hamate. *J Bone Joint Surg [Am]* 1969;50:570-2.