

QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Cinthia Denise Ortega¹, Marcelo Bordalo Rodrigues²

Trabalho realizado no Instituto de Radiologia (InRad) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), São Paulo, SP. 1. Médica Residente do InRad/HC-FMUSP. 2. Médico Assistente do InRad/HC-FMUSP. Endereço para correspondência: Dr. Marcelo Bordalo Rodrigues. Avenida Doutor Enéas de Carvalho Aguiar, 255. São Paulo, SP, 05403-001. E-mail: mbordalo@uol.com.br

Paciente de 25 anos de idade, do sexo masculino, apresentando dor e inchaço do punho direito há um ano, com piora há um mês, quando começou a apresentar limitação aos movimentos do punho.



Figura 1. Radiografia simples ântero-posterior do punho.



Figura 2. Imagem coronal de ressonância magnética ponderada em T1.

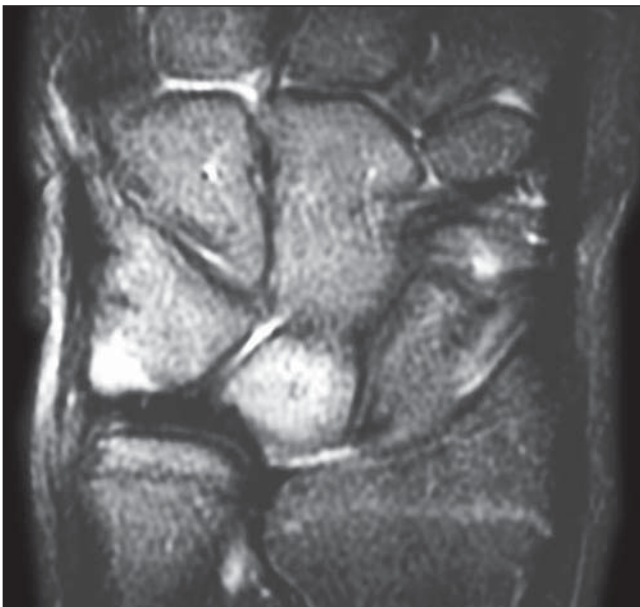


Figura 3. Imagem coronal de ressonância magnética ponderada em T2 com saturação de gordura.



Figura 4. Reformatação coronal de tomografia computadorizada do punho.

Achados de imagem

Figura 1. Variância ulnar positiva, sem outras alterações evidentes.

Figura 2. Variância ulnar positiva, com impacto sobre a face ulnar proximal do osso semilunar, onde se observa lesão subcondral com baixo sinal. Há edema da medula óssea nas demais porções do semilunar, caracterizado por hipossinal nesta seqüência.

Figura 3. Edema difuso da medula óssea do semilunar. A fibrocartilagem triangular e os ligamentos intrínsecos lunopiramidal e escafolunar apresentam integridade conservada.

Figura 4. Lesão esclerótica subcondral na face ulnar proximal do semilunar, junto à extremidade distal da ulna.

Diagnóstico: Síndrome do impacto ulno-carpal.

COMENTÁRIOS

A síndrome do impacto ulno-carpal é uma alteração degenerativa secundária a sobrecarga crônica na porção ulnar do punho. O impacto crônico da cabeça da ulna com a fibrocartilagem triangular e os ossos semilunar e piramidal é responsável pelos achados típicos encontrados nesta síndrome⁽¹⁾.

As lesões decorrentes do impacto ulnar variam de forma espectral. Inicialmente, pode haver ruptura do complexo da fibro-

cartilagem triangular, lesão condral do semilunar e piramidal, lesões dos ligamentos intrínsecos escafolunar e lunopiramidal e, finalmente, artrose das articulações ulnocarpal e radioulnar distal.

A síndrome do impacto ulno-carpal está associada principalmente à presença de variância ulnar positiva⁽²⁾. Outros fatores predisponentes são: fraturas não consolidadas da cabeça do rádio, fechamento precoce da epífise distal do rádio, ressecção da cabeça do rádio e atividades que levem a uma sobrecarga da ulna sobre o carpo.

Clinicamente, a síndrome manifesta-se por dor na face ulnar do punho, intensificando-se ao exercício. As atividades que levam a um aumento da variância ulnar, como pronação, preensão palmar e desvio ulnar do punho, são as mais associadas com a síndrome.

A radiografia simples demonstra, na maioria dos casos, uma variância ulnar positiva, porém, menos freqüentemente, variância ulnar neutra ou negativa pode estar associada^(1,2). Outras alterações morfológicas, como encurtamento do rádio secundário a fraturas, ou fechamento epifisário precoce e ressecção cirúrgica da cabeça do rádio, podem ser diagnosticadas pela radiografia simples. Alterações secundárias como esclerose e cistos subcorticais da face ulnar proximal do semilunar e piramidal podem ser observadas na radiogra-

fia ou pela tomografia computadorizada (TC). Em casos mais avançados pode haver artropatia degenerativa ulnocarpal. Em caso de forte suspeita clínica e com achados negativos à radiografia simples ou à TC, a ressonância magnética (RM) pode ser útil. Inicialmente, as lesões condrais do semilunar são diagnosticadas, evoluindo com edema da medula óssea caracterizado por hipossinal em T1 e hipersinal em T2. O impacto crônico leva à esclerose subcondral, com baixo sinal em T1 e T2. Cistos subcondrais, perfuração da fibrocartilagem triangular, defeitos condrais do semilunar e piramidal podem ser observados pela RM^(3,4).

O diagnóstico diferencial inclui cistos intra-ósseos, necrose do semilunar (doença de Kienboch) e impressões vasculares^(3,4). No impacto ulno-carpal a distribuição dos achados no osso semilunar é o principal aspecto a ser considerado⁽¹⁻⁴⁾.

REFERÊNCIAS

1. Cerezal L, del Piñal F, Abascal F, Garcia-Valtuille R, Pereda T, Canga A. Imaging findings in ulnar-sided wrist impaction syndromes. *RadioGraphics* 2002;22:105-21.
2. De Smet L. Ulnar variance and its relationship to ligament injuries of the wrist. *Acta Orthop Belg* 1999;65:416-7.
3. Escobedo EM, Bergman AG, Hunter JC. MR imaging of ulnar impaction. *Skeletal Radiol* 1995;24:85-90.
4. Imaeda T, Nakamura R, Shionoya K, Makino N. Ulnar impaction syndrome: MR imaging findings. *Radiology* 1996;201:495-500.