



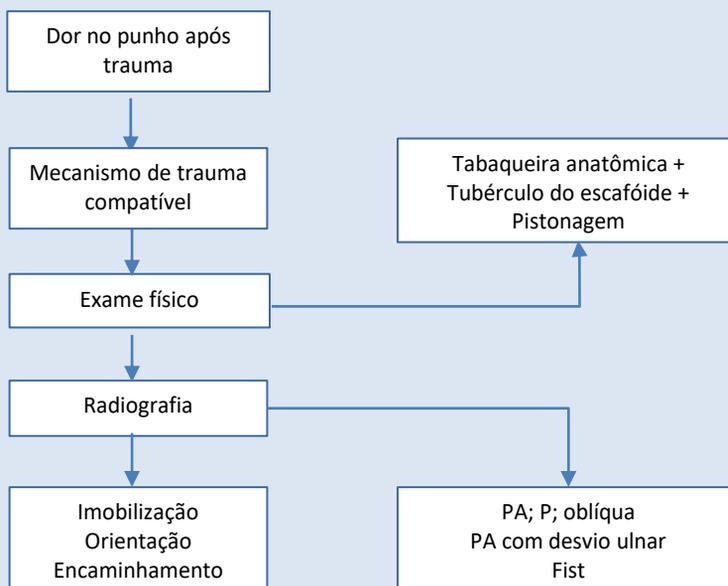
As fraturas de escafoide correspondem a até 90% das fraturas dos ossos do carpo, sendo causa frequente de atendimento nas unidades de ponto-atendimento. O mecanismo de trauma mais comum é a queda sobre a mão espalmada, mas pode ocorrer em decorrência a trauma direto.

I - ASSISTENCIAL

1. DIAGNÓSTICO

- Não existe nenhum exame físico ou complementar para diagnóstico ou exclusão precisa da fratura do escafoide;
- História clínica compatível – queda ao solo sobre mão espalmada (dorsiflexão forçada com carga);
- Dor e edema na borda radial do punho (tabaqueira anatômica) que piora com extremos de movimento, preensão e pinça;
- Dor a palpação da tabaqueira anatômica + dor a palpação da tuberosidade do escafoide + dor a pistonagem do polegar (sensibilidade 100%; especificidade 74%);
- Realizar palpação do ligamento escáfo-semilunar;
- Inquirir sobre traumas e lesões prévias no referido punho;
- Consolidação fibrosa;
- Pseudoartrose.

CID 10	Definição
S62.0	Fratura de escafoide
M84.2	Retardo de consolidação
M84.2	Pseudoartrose



2. INDICAÇÕES CIRÚRGICAS

- Fraturas completas em pacientes jovens/ ativos, fraturas com desvio

Métodos

- Parafuso percutâneo – fraturas sem desvio;
- Placa – fraturas com desvio.

3. EXAMES ADICIONAIS

- Radiografia do punho em 5 posições: pósterio-anterior, perfil, oblíqua, pósterio-anterior com desvio ulnar do punho, “fist” – preensão forçada (avalia lesão ligamentar);
- Tomografia computadorizada – alto índice de falsos-positivos – não indicado na UPA;
- Programação pré-operatória – avaliação “humpback”;
- Avaliar consolidação;
- Ressonância Nuclear Magnética – não indicado na UPA;
- Segunda linha da investigação da fratura de escafoide;
- Avalia lesões ligamentares associadas;
- Avalia vascularização do fragmento.

4. TRATAMENTO NO PRONTO-ATENDIMENTO

- Controle da dor com analgésico e AINEs, quando possível;
- Controle do edema – posicionamento com membro superior elevado (tipoia);
- Imobilização;
- Antebraqu岸o-palmar com bloqueio de polegar;
- **Encaminhamento para especialista.**

O retardo no diagnóstico e na instituição do tratamento com imobilização aumenta significativamente as taxas de complicações como pseudoartrose e SNAC

II. GLOSSÁRIO

- **UPA:** Unidade de Pronto Atendimento
- **PA:** Incidência radiográfica pósterio anterior
- **P:** Incidência radiográfica Perfil
- **OBL:** Incidência radiográfica Oblíqua

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: Atualização do template

IV. Referências

- [1] Wolfe SW, Hotchkiss RN, Pederson WC, Kozin SH, Cohen MS. Green’s Operative Hand Surgery. 7th ed. Elsevier Inc; 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4160-5279-1.00049-6>.
- [2] Van Doorn L, Kievit J. Development of a Clinical Decision Tool for Suspected Scaphoid Fractures.; 2006.
- [3] Machin E, Blackham J, Bengner J. GEMNet: Management of Suspected Scaphoid Fractures in the ED (September 2013) 2 GEMNet: Management of Suspected Scaphoid Fractures in the ED (September 2013) About This Guideline Running Title: GEMNet Guideline: Management of Suspected Scaphoid Fractures in the Emergency Department.; 2013.
- [4] Jones B, Rozental T. Scaphoid Fracture of the Wrist. AAOS; 2016.

Código Documento: CPTW194.3	Elaborador: Eduardo Pereira	Revisor: Mauro Dirlando C de Oliveira	Aprovador: Giancarlo Colombo	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data de atualização: 28/07/2023	Data de Aprovação: 28/07/2023
---------------------------------------	---------------------------------------	---	--	---	---