



ESCAFÓIDE, O BARCO QUE NAUFRAGA FÁCIL

Ana Luiza Deuschle Alves ¹; Carolina Ponchio Ferreira ²; Pedro Faria Ruelli ³;
Mariana Souza Diniz Santos⁴; Lucas Barbosa Nonato⁵.

1. Graduanda em medicina pelo Centro Acadêmico de Brasília (CEUB), Brasília - Distrito Federal, ana.alvesc@sempreceub.com;
2. Graduanda em medicina pelo Centro Acadêmico de Brasília (CEUB), Brasília - Distrito Federal, carolina.ponchio@sempreceub.com;;
3. Graduando em medicina pelo Centro Acadêmico de Brasília (CEUB), Brasília - Distrito Federal, pedro.ruelli@sempreceub.com;
4. Graduanda em medicina pela Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília - Distrito Federal, marianasouza.santos@a.ucb.br;
5. Médico, Brasília - Distrito Federal, lucas_nonato@hotmail.com

INTRODUÇÃO: O escafóide representa o osso carpal mais frequentemente fraturado (60-70% das fraturas do punho). Sua vascularização é caracteristicamente retrógrada, com o principal suprimento sanguíneo proveniente do ramo radial distal. Essa característica anatômica confere ao polo proximal uma elevada suscetibilidade à necrose avascular e à pseudoartrose (não consolidação) quando o diagnóstico ou o tratamento são realizados tardiamente. As lesões tipicamente resultam de um mecanismo de hiperextensão do punho (queda sobre a mão estendida, FOOSH), sendo comumente observadas em adultos jovens no ambiente de emergência.

OBJETIVOS: Identificar a conduta e manejo inicial da fratura de escafóide em ambiente de urgência e os principais critérios para encaminhamento especializado.

METODOLOGIA: Revisão narrativa da literatura realizada nas bases PubMed e SciELO entre fevereiro e março de 2026. Utilizaram-se combinações dos descritores “*Scaphoid Fracture*”, “*Wrist Injuries*”, “*Fractures, Bone*” e “*Emergency Management*”. Foram incluídos artigos publicados entre 2017 e 2026, em inglês e português, que abordassem diagnóstico, condutas iniciais e critérios de encaminhamento. Excluíram-se estudos sobre fraturas associadas a luxações ou politrauma grave. Ao final, 5 estudos relevantes foram selecionados. **RESULTADOS:** O diagnóstico é primordialmente clínico (dor na tabaqueira anatômica, teste de compressão axial positivo e edema). As radiografias em incidências específicas (escápula, oblíqua e



punho) apresentam taxa de falso-negativo de até 22,7%. Diante de alta suspeita clínica com RX normal, recomenda-se imobilização imediata com tala em espiga de polegar, gelo, compressão e elevação. O tratamento conservador (gesso ou órtese por 6-12 semanas) é indicado para fraturas não desviadas do colo ou pólo distal. Fraturas desviadas (>1 mm), do polo proximal ou com instabilidade intraescafóidea devem ser encaminhadas para fixação cirúrgica (parafuso percutâneo). O encaminhamento especializado é obrigatório em casos de RX inconclusivo com suspeita alta, dor persistente após 7-10 dias ou sinais de instabilidade. **DISCUSSÃO:** As fraturas do escafóide representam importante parcela dos traumas do punho atendidos no pronto-socorro. O atraso diagnóstico superior a 2-4 semanas eleva o risco de não consolidação para até 50% e necrose avascular do polo proximal. Estudos recentes demonstram que a imobilização precoce associada à reavaliação em até 7-14 dias ou ao uso precoce de RM/TC reduz significativamente o tempo até o diagnóstico definitivo e as complicações. A decisão pelo tratamento conservador ou cirúrgico deve considerar o local da fratura, desvio e demanda funcional do paciente. A reabilitação guiada e o retorno ao esporte seguem critérios objetivos de consolidação radiográfica e ausência de dor. **CONCLUSÃO:** A demora no diagnóstico ou no tratamento adequado pode fazer o “barco escafóide” naufragar definitivamente, resultando em não união, necrose avascular e artrite do punho. O manejo no pronto-socorro deve ter alto índice de suspeição, imobilização imediata e encaminhamento rápido ao especialista em cirurgia da mão quando os critérios de gravidade forem preenchidos.

PALAVRAS-CHAVE: Fraturas do Escafóide; Traumatismos do Punho; Necrose Avascular.

REFERÊNCIAS:

1. HEBERT, Sizínio K. et al. Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Práticas. **Artmed Editora**, 2016.
2. DOWNS, T.M. et al. Auditing the Early Management of Suspected Scaphoid Fractures. **Journal of Hand Surgery** (European Volume), 2025.



3. FLANAGAN, L. et al. Reducing time from presentation to diagnosis of scaphoid fractures: implementation of an emergency department ambulatory pathway with cone beam CT. **Emergency Medicine Journal**, 2025.
4. OSBORN, Patrick M.; SCHMIDT, Andrew H. Diagnosis and management of acute compartment syndrome and related wrist injuries. *JAAOS - Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, v. 29, n. 5, p. 183-188, 2021 (adaptado para contexto escafóide).
5. BERNDTSON, A.E. et al. Protocolo clínico da Associação Americana de Cirurgia do Trauma para manejo de fraturas de ossos do carpo. **The Journal of Trauma and Acute Care Surgery**, 2024.