

Luxação Perilunar do Carpo: Relato de Caso

Carlos Eduardo Seganfredo Camargo ¹, Luigi Dal Pizzol Coberllini ¹, Matheus Guanabara Fernandes ¹, Rafael Ose-lame Guanabara ^{1,*}

¹ Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC, Lages, Santa Catarina, Brasil.

* Correspondência: rafaelguanabara@hotmail.com.

Resumo: As luxações perilunares do carpo ocorrem devido à instabilidade nos ligamentos que estabilizam os ossos do carpo entre si. Apesar de sua baixa incidência, esta lesão tem alta gravidade. O objetivo deste trabalho é relatar um caso de lesão no qual é possível evidenciar o mecanismo do trauma, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e seguimento. Trata-se de paciente masculino com história de trauma devido queda de nível, diagnosticado com luxação perilunar do carpo através de exame físico e exame de imagem, com necessidade de tratamento cirúrgico para restauração da anatomia do carpo. Conclui-se que é necessário a identificação da lesão e realização precisa do diagnóstico, assim como a escolha de tratamento correto para que haja preservação da função do membro e prevenção de complicações futuras, como instabilidade carpal, fibrose local, artrose carpal e necrose avascular.

Palavras-chave: Lesões do Punho; Ligamento Escafossemilunar; Luxação Perilunar do Carpo; Ossos do Carpo.

Citação: Camargo CES, Coberllini LDP, Fernandes MG, Guanabara RO, Murakami FS. Luxação Perilunar do Carpo: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr120.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr120>

Recebido: 2 Setembro 2025

Aceito: 27 Setembro 2025

Publicado: 2 Outubro 2025



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

O punho é constituído de oito ossos do carpo, que estão dispostos em fileira proximal (escafoide, semilunar, piramidal e pisiforme) e distal (trapézio, trapezóide, capitato e hamato), tendo ligamentos intrínsecos e extrínsecos, os quais mantêm sua anatomia e garantem a biomecânica do punho. Os ligamentos escafossemilunar (ES) e semilunarpiramidal (SP) têm grande importância, pois conferem estabilidade à fileira proximal [1]. A partir destes conhecimentos, a lesão dos ligamentos causa instabilidade da anatomia dos ossos do carpo, levando à luxação perilunar do carpo.

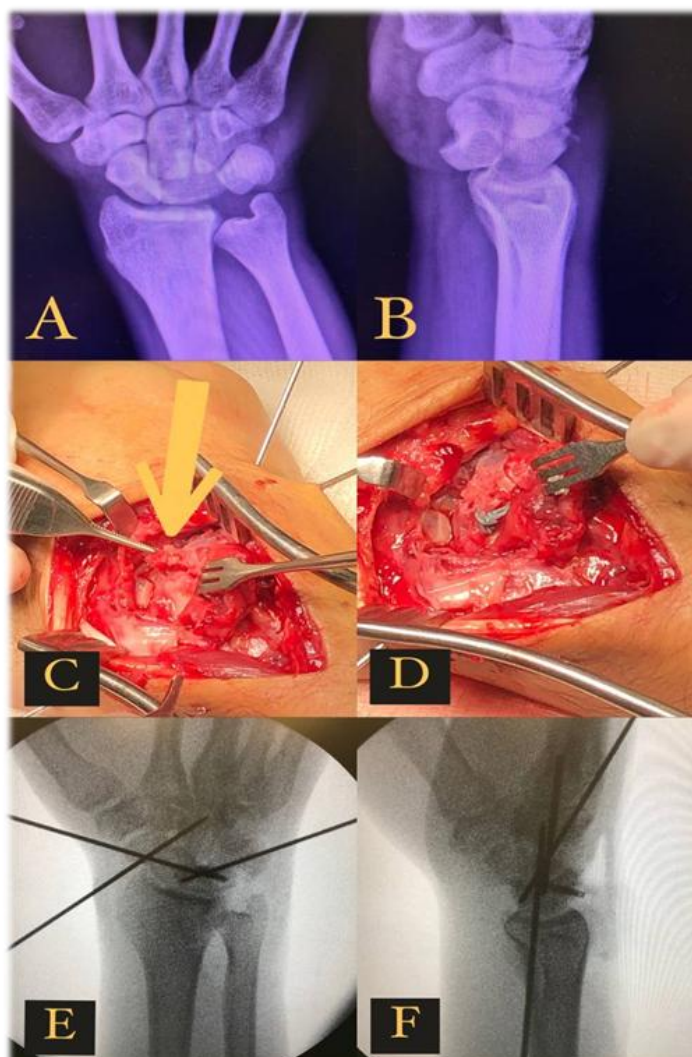
Essa lesão é considerada rara e com alta gravidade, geralmente ocasionadas por traumas de alta energia [2]. Pode ser classificada de acordo com o tempo, sendo agudo até uma semana, subagudo de uma a seis semanas e crônico por mais de seis semanas. Entretanto, a principal classificação utilizada para essa lesão é a de Mayfield et al., que subdivide em quatro graus progressivos de lesões carpais: Tipo I: lesão do ligamento escafossemilunar, podendo ter ou não fratura do escafoide associada; Tipo II: lesão do ligamento rádioescapocapitato, com luxação do capitato sobre o semilunar; Tipo III: lesão ligamentar entre o semilunar e o piramidal; Tipo IV: ruptura de todos os ligamentos perilunares com a migração do capitato proximalmente luxando o semilunar volar ou dorsal [3]. Além disso, Severo et al sugeriram modificação da classificação de Mayfield, acrescentando um quinto tipo de lesão, que ocorre quando além da lesão dos ligamentos do osso semilunar com outros ossos do carpo, temos a lesão do ligamento radiossemilunar, levando a enucleação completa do semilunar e interrompendo a circulação do ligamento radiossemilunar, desta forma dificultando a reconstrução cirúrgica [4].

O quadro clínico desta lesão é composto por edema no punho, dor, limitação na amplitude de movimentos e parestesia. É importante que o diagnóstico clínico e radiológico da lesão seja realizados precocemente, permitindo classificação de acordo com os graus de lesão propostos por Mayfield e assim o tratamento de forma adequada, uma vez que o tempo entre a lesão e tratamento tem relação direta com seu prognóstico [5]. Diante do exposto, o objetivo deste estudo é apresentar um relato de caso em que fica evidente o quadro clínico e os métodos diagnósticos, assim como descrever seu tratamento, a técnica cirúrgica realizada e seu prognóstico.

2. Relato de Caso

Paciente masculino, 35 anos, procura serviço de emergência após queda de nível com trauma em punho esquerdo, queixando-se de dor intensa no local. Ao exame físico, limitação à movimentação e parestesia em território de nervo mediano, sem demais sinais sugestivos de acometimento neurovascular. Realizada radiografia do punho esquerdo evidenciando luxação perilunar do carpo sem fratura associada (Figuras 1A e B), classificada como Mayfield tipo IV, portanto sendo necessário o reparo cirúrgico da lesão.

Figura 1. A. radiografia ântero-posterior (AP) pré-operatório; B. radiografia em perfil (P) pré-operatório; C. Lesão em ligamento ES identificado; D. ligamento ES reparado com âncora; E-F. radiografias AP + P (Intensificador de imagens).



Foi então procedido à manobra de Tavernier para redução do punho, realizada com uma mão do ortopedista tracionando longitudinalmente o punho enquanto o polegar da outra mão estabiliza o semilunar na face palmar do punho, nessa posição realiza flexão gradual do punho permitindo que o capitato retorne à sua posição anatômica em relação ao semilunar, sendo a redução sempre feita sob anestesia. O procedimento cirúrgico foi realizado por acesso dorsal clássico, localizado entre o terceiro e quarto compartimento dos extensores, sendo identificada a lesão do ligamento escafosssemilunar dorsal com avulsão de sua inserção em semilunar (Figura 1C), seguida de fixação percutânea com três fios de Kirschner entre escafosssemilunar, semilunopiramidal e escafocapitato, e realizada ligamentoplastia com âncora de titânio tamanho 2.5 do ligamento ES devido a anatomia do paciente (Figura 1D), seguido de reparo da cápsula dorsal com sutura contínua para uma boa estabilização. Dentre os materiais utilizados, a âncora foi individualizada para cada caso, pode ser de materiais como titânio e tecido, e de tamanhos variados, sendo mais utilizados nos tamanhos 1.7, 2.0, 2.3 e 2.5 para essa cirurgia. O reparo da cápsula dorsal pôde ser realizado com variados tipos de sutura, sendo optado pela contínua por oferecer boa fixação e sustentação. Foram realizadas radiografias no intraoperatório, evidenciando restauração da anatomia do carpo (Figuras 1E e 1F).

O membro foi mantido imobilizado com tala gessada por oito semanas, e após esse período foram retirados os fios de Kirschner e orientado movimentação ativa e passiva do punho, além de iniciar fisioterapia motora. Em avaliação oito meses após o tratamento cirúrgico (Figura 2) houve recuperação funcional completa do membro, sem limitação às atividades habituais.

Figura 2. A. Radiografia Ap. B. Radiografia Em P. C. Extensão. D. Flexão. E. Supinação; F. Pronação.



3. Discussão

A luxação perilunar consiste em lesão grave, com incidência menor que 10% das lesões do punho [6]. Afeta predominantemente indivíduos com idade próxima aos 30 anos e ocorre principalmente no punho da mão dominante. Seu mecanismo de lesão está associado a traumas de alta energia, como acidentes automobilísticos em especial envolvendo motocicletas e esportes de contato, contudo o mais comum é devido queda de nível com hiperextensão do punho associada a desvio ulnar e supinação do carpo [2, 7].

O diagnóstico da lesão se dá a partir do exame físico e exame de imagem do membro. No exame físico é avaliado o estado geral do local, mobilidade, força, componente neurológico e vascular. Os achados mais frequentes são edema, dor, diminuição da mobilidade e força, além de parestesia da região de nervo mediano devido sua compressão [5]. A radiografia em incidências anteroposterior, perfil e oblíquos é fundamental para confirmar o diagnóstico. Na incidência AP, é necessário visualizar os arcos de Gilula, que são linhas imaginárias desenhadas através dos aspectos proximal e distal da fileira proximal e do aspecto proximal da fileira distal. Essas três linhas devem formar arcos suaves e paralelos entre si, sendo que rupturas nessas linhas sugerem incongruência carpal. Na incidência de perfil, observa-se o alinhamento do capitato, do semilunar e do rádio, sugerindo luxação perilunar se houver alteração do alinhamento, pois na lesão o capitato migra para proximal e o semilunar luxa para volar (mais comumente) ou para dorsal [7, 8].

Além disso, também é possível lançar mão de tomografia computadorizada e ressonância magnética, visando melhor visualização de lesões em que há associado fraturas complexas dos ossos do carpo e em casos que a fratura acomete espaço articular [5, 9]. Outra técnica diagnóstica é a artroscopia, em que pode ser utilizada a classificação de Geissler para avaliar a gravidade da lesão do ligamento escafossemilunar. Subdividindo em 4 tipos, tipo 1 com hemorragia do ligamento, mas ainda sem lesão ligamentar ou enfraquecimento deste, ainda não temos aumento da distância entre escafoide e semilunar. Tipo 2, temos uma lesão parcial do ligamento, um probe de 1mm ainda não pode ser passado entre os dois ossos. Tipo 3, ruptura do ligamento com atenuação, o probe de 1mm pode ser passado no intervalo entre os dois ossos. E tipo 4, com ruptura completa do ligamento escafossemilunar interósseo, o artroscopio de 2,7mm pode ser passado entre o intervalo dos dois ossos, também conhecido como o sinal de “drive-through” [1].

Dessa forma, para tratamento dessa lesão são descritos três métodos, sendo eles: 1. Redução fechada e imobilização gessada; 2. Redução fechada e fixação percutânea, associada com imobilização; e 3. Reparação ligamentar óssea aberta e/ou por artroscopia com fixação e associada à imobilização. A escolha da forma de tratamento deve ser de acordo com a estrutura disponível no momento e experiência profissional. Por tratar-se de uma lesão que caracteriza urgência, é importante tratar de forma precoce, a fim de descomprimir o nervo mediano no túnel do carpo e liberar a tensão no suprimento vascular para os ossos do carpo, evitando agravar a lesão. De acordo com a literatura, pacientes tratados na primeira semana após lesão, independentemente do tipo de tratamento escolhido, apresentaram melhores resultados funcional e radiológico em comparação aos pacientes que tiveram início do tratamento após esse período. Além disso, há evidências que o terceiro método de tratamento descrito acima traz o melhor prognóstico, sendo visto boa resolatividade e retorno funcional efetivo do punho, com menor chance de evoluir com complicações futuras [10, 11].

Já nos casos em que o tratamento não for realizado adequadamente, as principais complicações e insatisfações encontradas após a lesão são instabilidade carpal que posteriormente leva a fibrose local, artrose carpal em articulação radiocárpica e intercárpica, e necrose avascular nos ossos do carpo. Isso levará a diminuição da funcionalidade e mobilidade do membro [2, 11]. Entretanto, a literatura ainda carece de estudos de acompanhamento de pacientes com a lesão para uma melhor elucidação de complicações.

4. Conclusão

Conclui-se que apesar de sua baixa incidência, as luxações perilunares do carpo têm grande importância devido a sua gravidade. Com isso, é necessário realizar o diagnóstico precoce e identificar a forma de tratamento mais adequada para lesão apresentada pelo paciente, afim de obter o melhor prognóstico e minimizar os riscos de complicações no futuro.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Esse relato possui assinatura do paciente em termo de consentimento livre e esclarecido acerca do trabalho em questão e aprovação do comitê de ética e pesquisa sob o parecer no 6.881.309.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referência

1. Walsh JJ, Berger RA, Cooney WP. Current status of scapholunate interosseous ligament injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2002;10(1):32–42.
2. Subramanian K. Perilunate dislocation – case report and review of literature. *J Clin Diagn Res.* 2017;11(8):06–08.
3. Tanure AA, et al. Índice de falha diagnóstica na detecção de fraturas e luxações perilunares do carpo utilizando radiografias simples de punho. *Rev Bras Ortop.* 2020;56(3):340–345.
4. Severo AL, Lemos MB, Pereira AP, et al. Trans-scaphoid perilunate fracture dislocation beyond Mayfield stage IV: a case report on a new classification proposal. *Rev Bras Ortop (Engl Ed).* 2018;53(5):643–646.
5. Ribak S, De Rezende MR, et al. Atualização em cirurgia da mão traumatologia. 1st ed. Di Livros; 2021.
6. Rhind JH, Gulihar A, Smith A. Trans-triquetral perilunate fracture dislocation. *Trauma Case Rep.* 2018;14:27–30.
7. Obert L, Loisel F, Jardin E, et al. High-energy injuries of the wrist. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2016;102(1):81–93.
8. Pardini A, Freitas A. Traumatismos da mão. 4th ed. Medbook; 2008.
9. Etli I, Kozaci N, Avci M, et al. Comparison of the diagnostic accuracy of X-ray and computed tomography in patients with wrist injury. *Injury.* 2020;51(3):651–655.
10. Kara A, Celik H, Seker A, et al. Surgical treatment of dorsal perilunate fracture-dislocations and prognostic factors. *Int J Surg.* 2015;24:57–63.
11. Pinho AB, Sobania RL. Perilunate carpal dislocation. Clinical evaluation of patients operated with reduction and percutaneous fixation without capsular-ligament repair. *Rev Bras Ortop (Engl Ed).* 2017;52(4):402–409.