

INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Liberação do túnel cubital

A liberação do túnel cubital descomprime o nervo ulnar na região interna do cotovelo, onde ele fica comprimido — aliviando assim a pressão indicada aqui.

Mcstrother / Wikimedia Commons, CC BY 3.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Resumo da recuperação. Agregado de 45 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA trabalho manual, esporte, academia	PLATÔ DO RESULTADO FINAL dor e força
1-3 weeks As tarefas diárias leves podem começar nos primeiros dias. A maioria das pessoas volta ao trabalho de escritório dentro de uma a duas semanas. Geralmente é possível dirigir entre duas e três semanas, quando a dor tiver diminuído.	6-12 weeks Levantar peso e segurar objetos continuam leves nas primeiras seis semanas e depois são aumentados passo a passo. A maioria das pessoas volta a trabalhos mais pesados por volta de seis a oito semanas, e os esportes e a força total de preensão podem levar até cerca de três meses.	12-24 months A melhoria funcional máxima e a resolução dos sintomas geralmente atingem um platô entre 12 e 24 meses após a cirurgia, especialmente nos casos graves.

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa sempre pelas opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico generalista; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico generalista para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na sua consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o seu braço e solicitamos exames de imagem ou testes nervosos, conforme necessário. A síndrome do túnel cubital é o nome dado à pressão exercida sobre um nervo na parte interna do cotovelo. Essa pressão provoca dormência ou formigamento no dedo mínimo e no lado da mão correspondente ao dedo anelar, podendo piorar quando o cotovelo permanece

dobrado por longos períodos. Em casos crônicos como este, geralmente tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos: modificação das atividades, fisioterapia ou terapia da mão e uso de talas. A cirurgia é considerada quando essas medidas não trazem melhoria suficiente.

A cirurgia é chamada de liberação do túnel cubital. Ela alivia a pressão sobre o nervo, permitindo que os sintomas desapareçam. Mais de 90% das pessoas submetidas a esse procedimento são curadas ou apresentam melhora. Conversaremos sobre o que é importante para você e decidiremos juntos se este é o próximo passo adequado.

Antes da operação

Após a marcação da cirurgia, forneceremos instruções claras a seguir. Você deverá suspender a ingestão de alimentos e líquidos sete horas antes da operação. Pedimos que seja feito o jejum por sete horas, e não seis, para que o horário da cirurgia possa ser antecipado caso a agenda do centro cirúrgico ande mais rápido que o previsto. Alguns medicamentos talvez precisem ser suspensos antes da cirurgia; seu cirurgião informará quais e quando. Leve uma lista de todos os medicamentos que toma, incluindo comprimidos, injeções e cremes. Providencie alguém para levá-lo para casa após a cirurgia, pois você não poderá dirigir. Use roupas largas e confortáveis, cuja manga seja fácil de retirar. Podem ter sido solicitados exames de imagem, como radiografias, ultrassonografia ou ressonância magnética, para auxiliar no planejamento da cirurgia. Caso tenha outras condições médicas, poderá ser necessário realizar exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista; porém, a maioria das pessoas não precisa disso.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Conhecerá o anestesista, o médico responsável pelo seu conforto e segurança durante a cirurgia. Esta operação é realizada sob anestesia geral; você ficará completamente inconsciente durante todo o procedimento. Alguns pacientes também recebem um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; a decisão sobre isso é tomada pelo anestesista no próprio dia, com base em suas condições individuais. Em seguida, você é levado à sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Você acordará na sala de recuperação, onde enfermeiros cuidarão de você enquanto a anestesia vai passando. Quando seu estado estiver estável, você será encaminhado para o quarto ou poderá ir para casa, dependendo do tipo de procedimento e da sua recuperação. Muitas pessoas voltam para casa no mesmo dia. Antes de sua saída, explicaremos como cuidar do seu braço e o que esperar nos próximos dias.

O que envolve a operação

A operação é chamada de liberação do túnel cubital. O cirurgião faz uma incisão no lado interno do cotovelo, logo atrás da protuberância óssea que você consegue sentir ali. Por meio dessa incisão, o cirurgião localiza o nervo ulnar, o nervo que está comprimido e causando a sensação de formigamento nos dedos mindinho e

anular. Esse nervo percorre um túnel formado por tecido próximo ao cotovelo, um pouco como um cabo que passa por um conduto estreito. O cirurgião abre esse túnel para que o nervo deixe de ser comprimido. Isso é chamado de descompressão, ou seja, a remoção da pressão sobre o nervo.

Às vezes, também é necessário mover o nervo para uma nova posição na frente do cotovelo, para que ele não sofra compressão ao dobrar o braço. Durante a operação, o cirurgião decidirá se apenas a liberação do túnel é suficiente ou se o deslocamento do nervo trará melhores resultados. Essa decisão depende do exame clínico e do que o cirurgião observar durante o procedimento.

Após libertar o nervo, o cirurgião fecha a incisão. Primeiro, uma malha autoadesiva fina é colocada sobre a ferida, mantendo as bordas da pele unidas. Em seguida, um adesivo cutâneo líquido é aplicado sobre essa malha; ele endurece e sela completamente a ferida. Esse material permanece no local por cerca de uma a duas semanas, quando se solta e se desprende sozinho, dispensando qualquer remoção posterior.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação, onde as enfermeiras cuidarão de você enquanto o efeito da anestesia passa. Este é um procedimento ambulatorial, portanto você poderá ir para casa no mesmo dia. A dor costuma ser leve a moderada e pode ser controlada com analgésicos simples; explicaremos quais medicamentos tomar antes da sua alta. O seu braço terá um curativo macio sobre o ferimento, e você poderá mover os dedos, a mão e o ombro conforme se sentir confortável. Não haverá gesso nem órtese, e você não precisará de uma tipóia, a menos que orientemos o contrário. Por favor, providencie alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas após chegar em casa. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que receba instruções em contrário. Trocamos ou retiramos o curativo quando o examinarmos.

Recuperação

A maioria das pessoas percebe que o formigamento nos dedos mindinho e anular desaparece rapidamente após a cirurgia. Muitos relatam que passam a dormir melhor em poucos dias, pois o desconforto noturno diminui logo no início. Caso seus sintomas tenham sido graves, a dormência ou fraqueza podem demorar mais para desaparecer. A sensibilidade retorna gradualmente; isso pode levar semanas, meses ou até mais tempo, dependendo do grau de compressão do nervo. Mesmo assim, a maioria das pessoas com sintomas graves acaba apresentando melhora, ainda que a recuperação seja lenta.

Seu braço terá um curativo macio, que deixaremos por cerca de 10 dias. Você pode mover os dedos, a mão e o ombro conforme se sentir confortável. Mantenha o ferimento seco e siga as instruções de cuidados que lhe passaremos antes de ir para casa. A terapia da mão após a cirurgia será conduzida por Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Seu terapeuta da mão orientará seus exercícios e confeccionará uma tala, caso seja necessário. Movimentos suaves ajudam o nervo a deslizar e evitam a rigidez do cotovelo.

Você pode realizar a maioria das tarefas diárias em casa assim que se sentir à vontade, utilizando o outro braço quando necessário. Depois que o curativo for retirado e o ferimento estiver cicatrizado, poderá retomar atividades leves. Geralmente, é possível dirigir assim que qualquer tala for removida e você conseguir segurar o

volante e reagir rapidamente sem dor; consulte nossa página sobre [Dirigir após cirurgia no membro superior](#). O retorno ao trabalho e aos esportes depende das atividades específicas de cada pessoa; a tabela acima indica os prazos típicos.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. Seu cronograma pode ser diferente, e nós o orientaremos durante todo o processo.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe o monitoram de perto para detectar qualquer problema precocemente.

Às vezes, os sintomas originais não desaparecem ou retornam após um período de alívio. Você pode notar que o formigamento ou dormência nos dedos mindinho e anular voltam, ou que a dor na face interna do cotovelo persiste. Caso isso ocorra, mencione-o na próxima consulta de acompanhamento. É possível realizar outra cirurgia para liberar novamente o nervo; muitas pessoas ainda obtêm melhora com esse procedimento, embora os resultados sejam menos previsíveis do que na primeira operação.

A ferida cirúrgica pode ficar infectada. Fique atento a dor crescente ao redor do corte, vermelhidão que se espalha, inchaço ou secreção. Se notar algum desses sinais, entre em contato com a clínica imediatamente. As infecções geralmente são tratadas com antibióticos e cuidados com a ferida; por isso, a avaliação precoce é fundamental.

Um pequeno nervo localizado próximo à face interna do cotovelo pode ser irritado durante a cirurgia. Isso pode causar dormência ou um ponto sensível na face interna do antebraço, ou, às vezes, um pequeno nódulo doloroso onde o nervo se fundiu ao tecido cicatricial. Se notar novos sintomas de dormência ou sensibilidade nessa região, mencione-os na consulta de acompanhamento.

O próprio nervo ulnar, ocasionalmente, pode tornar-se instável após a liberação, movendo-se para frente e para trás sobre a protuberância óssea ao dobrar o cotovelo. Você pode sentir ou ver um “ressalto” na face interna do cotovelo. Informe seu cirurgião caso perceba isso.

O tabagismo pode afetar negativamente a recuperação; por isso, vale a pena abordar esse assunto conosco antes da cirurgia. Uma fratura ou luxação prévia no mesmo cotovelo também pode aumentar a probabilidade de necessidade de nova cirurgia; isso será discutido ao planejar o procedimento.

A tabela de complicações nesta página apresenta as taxas típicas, caso você queira informações mais detalhadas.

Quando nos contatar

A maioria dos problemas manifesta-se logo no início; por isso, preferimos ser informados o quanto antes. Entre em contato conosco se tiver febre, se a vermelhidão ao redor da ferida estiver se espalhando ou se houver secreção proveniente dela. Também nos ligue se a dor persistir e piorar, em vez de melhorar, ou se surgir nova

dormência na mão. Procure atendimento de emergência se houver inchaço ou dor na panturrilha, falta de ar, dor súbita e intensa no braço ou se você não conseguir mover o braço de forma alguma.

Onde ler mais sobre a condição

Esta página trata especificamente da operação. A condição que ela visa tratar, incluindo as evidências sobre quando a cirurgia é benéfica e quando não é, são abordadas com mais detalhes na página [Síndrome do Túnel Cubital](#).

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cupperlimb.com.au · cupperlimb.com.au

COMPLICAÇÕES E CONSENTIMENTO

Liberação do túnel cubital

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 45 estudos publicados. Estes são índices populacionais, não o seu risco individual — o seu cirurgião discutirá o que se aplica a si.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Dor persistente	11.8%	Dor leve na face medial do cotovelo foi relatada em estudos sobre epicondilectomia medial oblíqua posterior.
Dormência na área da incisão	5-10%	Dormência ao redor da incisão decorrente de ramos do nervo cutâneo medial do antebraço; geralmente melhora com o tempo.
Disfunção nervosa transitória	5-15%	Piora temporária dos sintomas do nervo ulnar no período pós-operatório imediato; normalmente resolve-se em poucas semanas.
Hematoma	5.0%	Taxa de ocorrência de hematoma relatada em estudos de coorte prospectivos sobre cirurgia do túnel cubital.
Sintomas persistentes ou recorrentes	3.6%	Os sintomas podem persistir por mais de 3 meses ou reaparecer; a liberação in situ apresenta taxa de reoperação a longo prazo de 25%, contra 12% na transposição do nervo; o sucesso varia conforme a gravidade da doença.
Deiscência da ferida ou seroma	2.5%	A ferida pode abrir-se ou acumular líquido; geralmente é tratada de forma conservadora.
Infecção	2.17%	Infecção da ferida pode exigir antibióticos e cuidados locais; infecções profundas podem demandar desbridamento cirúrgico; o risco é maior em pacientes diabéticos, com doença renal crônica ou obesidade.
Instabilidade ou subluxação do nervo ulnar	1.9%	O nervo ulnar pode tornar-se instável e subluxar sobre o epicôndilo medial durante a flexão do cotovelo, provocando um clique doloroso; isso ocorre apenas após liberação in situ e requer revisão cirúrgica para transposição do nervo.
Cicatrização retardada	1.9%	Cicatrização lenta da ferida foi relatada em séries de neurólise endoscópica.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Taxa de reoperação	1.4%	Aproximadamente 2.5-11.1% dos pacientes precisam de cirurgia de revisão; a maioria (78%) ocorre nos primeiros 3 anos.
Lesão do nervo cutâneo medial do antebraço	1.1%	Esse nervo sensorial pode ser danificado durante a cirurgia, resultando em dormência no antebraço medial, neuroma doloroso ou cicatriz sensível.
Alívio incompleto dos sintomas	Rare	O alívio pode ser parcial caso o dano ao nervo ulnar seja de longa data.
Lesão do tronco principal do nervo ulnar	Rare	Lesão direta ao tronco principal do nervo ulnar é rara quando a técnica cirúrgica é adequada.
Rigidez do cotovelo	Rare	Geralmente melhora com fisioterapia.

Li estas informações e tive a oportunidade de fazer perguntas ao Dr. Hirpara sobre o procedimento, a recuperação esperada e as complicações listadas acima.

PACIENTE – NOME (EM LETRA DE
FORMA)

ASSINATURA

DATA