

Artroscopia do cotovelo

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 112 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA	PLATÔ DO RESULTADO FINAL
trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	trabalho manual, esporte, academia	dor e força
—	—	—

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. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procurasse, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na sua consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o seu cotovelo e solicitamos exames de imagem, quando necessário. Para problemas crônicos, geralmente tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos, como alteração de atividades, fisioterapia ou terapia ocupacional, uso de talas e injeções. A cirurgia é discutida apenas quando essas medidas não proporcionarem melhoria suficiente.

A artroscopia do cotovelo é uma cirurgia minimamente invasiva. O cirurgião atua dentro da articulação por meio de pequenas incisões, utilizando uma câmera fina para visualizar todo o cotovelo com clareza.

Recomendamos esse procedimento quando há um problema claro dentro da articulação que possa ser tratado dessa forma, como fragmentos soltos de osso ou cartilagem que causam travamentos, cotovelo rígido ou lesões pós-traumáticas. Ela não é indicada para todos os problemas do cotovelo; por isso, só a oferecemos quando ela se adequa ao seu diagnóstico. O objetivo é reduzir a dor, aumentar a amplitude de movimento e proporcionar maior estabilidade ao cotovelo no dia a dia.

Antes da operação

Nas semanas que antecedem a cirurgia, confirmamos o plano cirúrgico com exames de imagem. A maioria dos pacientes já fez uma radiografia, que fornece uma imagem básica dos ossos. Alguns também precisam de uma ressonância magnética, que mostra os tecidos moles como ligamentos, tendões e cartilagem, ou de um ultrassom. Caso tenha outras condições médicas, pode ser necessário fazer exames de sangue ou uma consulta com o anestesista, o médico responsável pela aplicação da anestesia. Na maioria dos casos, nada disso é necessário.

No dia da cirurgia, pare de comer e beber sete horas antes. Pedimos esse período de sete horas para que possamos antecipar a operação caso a agenda cirúrgica permita. O cirurgião lhe informará quais dos seus medicamentos habituais devem ser suspensos. Leve uma lista por escrito de todos os medicamentos que toma. Providencie alguém para levá-lo para casa após a cirurgia, e use roupas largas e confortáveis, cujas mangas deslizem facilmente sobre o cotovelo.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Em seguida, conhece o anestesista, o médico responsável por aplicar a anestesia. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Às vezes, um bloqueio nervoso regional é adicionado para alívio da dor no pós-operatório; o anestesista conversará com você sobre isso no próprio dia.

Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada. Depois, acorda na sala de recuperação, onde enfermeiros cuidam de você enquanto a anestesia vai passando. Assim que sua condição se estabilizar, você será encaminhado para um quarto ou poderá ir para casa no mesmo dia, dependendo do procedimento e da evolução da recuperação.

O que envolve a operação

A artroscopia do cotovelo é uma cirurgia minimamente invasiva. O cirurgião faz dois ou três pequenos cortes ao redor do cotovelo, cada um com cerca de um centímetro de comprimento. Um desses cortes abriga uma câmera fina; os demais permitem que pequenos instrumentos alcancem a articulação. Antes de inserir os instrumentos, são introduzidos de 25 a 30 mL de fluido na articulação; esse fluido cria um espaço de trabalho adequado para que a câmera obtenha uma visão clara. Os cortes são feitos longe dos principais nervos e vasos sanguíneos que passam pelo cotovelo; antes disso, o cirurgião marca os pontos anatômicos na pele para posicionar cada corte com segurança.

O que acontece durante a cirurgia depende do seu diagnóstico. Fragmentos soltos de osso ou cartilagem que causam travamentos podem ser removidos. Se o cotovelo estiver rígido, o tecido tenso ao redor da articulação pode ser liberado para restaurar a mobilidade. A cartilagem danificada pode ser alisada; em alguns casos, um pequeno pedaço de osso ou cartilagem pode ser recolocado no lugar usando pinos absorvíveis que se dissolvem

com o tempo. Como a câmera oferece visão clara de toda a articulação, o cirurgião também consegue tratar problemas que não eram visíveis nas imagens de exame.

Os pequenos cortes são fechados com pontos e cobertos por curativo. A operação é realizada por meio desses cortes minimamente invasivos, e não por uma incisão longa; assim, há menos distúrbio nos tecidos moles ao redor do cotovelo em comparação com a cirurgia aberta.

Após a operação

Você acorda na sala de recuperação, onde as enfermeiras ficam de olho em você enquanto o efeito da anestesia passa. Seu braço ficará numa tipóia ou com uma curativo simples, e você poderá se movimentar assim que se sentir estável. O controle da dor é planejado antes de você sair da sala cirúrgica; portanto, avise as enfermeiras se o cotovelo estiver dolorido para que elas possam ajustar o tratamento. Alguém deve ficar com você nas primeiras 24 horas após chegar em casa. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que seja orientado por nós. Trocamos ou retiramos o curativo quando o senhor vier para a consulta de acompanhamento.

Recuperação

Nos primeiros dias, o cotovelo ficará dolorido e inchado. Isso melhora gradualmente. O repouso, manter a mão elevada sempre que possível e os analgésicos prescritos ajudam bastante. Muitas pessoas percebem que o desconforto é maior no início e diminui progressivamente à medida que o inchaço cede.

Você voltará para casa com o braço imobilizado em uma tipoia ou com um curativo simples. Assim que se sentir à vontade, poderá usar a mão para tarefas leves, como comer, digitar ou abotoar roupas. A fisioterapia da mão após a cirurgia será conduzida por Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Ruby é fisioterapeuta especializada em mão: ela orientará os exercícios e confeccionará as talas necessárias. Esses exercícios mantêm o cotovelo e o punho em movimento durante a cicatrização; são tão importantes quanto a própria cirurgia. Siga as instruções à risca e informe seu terapeuta caso algum movimento cause dor intensa.

As atividades cotidianas retornam aos poucos. Quando o inchaço diminuir, você notará que sua força de preensão aumentou e que alcançar objetos fica mais fácil. Quando o cirurgião considerar que o cotovelo está se movendo e cicatrizando adequadamente, você receberá autorização para dirigir; nosso guia sobre [dirigir após cirurgia no membro superior](#) explica as regras aplicáveis, como não dirigir enquanto o braço estiver na tipoia e estar livre de medicamentos analgésicos potentes. O retorno ao trabalho e aos esportes ocorre quando você conseguir realizá-los sem dor; seu cirurgião ou terapeuta informará quando esse momento chegar.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. Seu cronograma pode ser diferente, e seu cirurgião e fisioterapeuta o guiarão 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.

A irritação nervosa é o problema mais comum. Você pode notar formigamento, sensação de “agulhas e agulhões”, dormência ou uma área da pele com sensação diferente. Geralmente isso é temporário e melhora sozinho. Informe ao seu cirurgião na próxima consulta caso isso ocorra.

Infecções podem surgir nos dias seguintes à cirurgia. Fique atento a uma dor profunda e latejante que não cede com analgésicos comuns, vermelhidão que se espalha a partir da ferida ou vazamento de líquido através do curativo. Caso perceba algum desses sinais, ligue imediatamente para a clínica. Uma infecção profunda requer tratamento rápido.

Alguns fatores aumentam o risco de infecção. Se você tem diabetes, fuma ou está acima do peso, o risco é maior. Uma injeção de esteroides na articulação, seja pouco antes da cirurgia ou ao final do procedimento, também eleva esse risco. O seu cirurgião discutirá tudo isso com você previamente.

Em casos raros, uma lesão nervosa pode ser permanente. Isso é pouco comum, mas, quando acontece, os efeitos são para toda a vida. O seu cirurgião abordará esse risco antes de você concordar com a cirurgia.

Às vezes, o osso se forma onde não deveria, dentro ou ao redor da articulação. Isso é chamado de ossificação heterotópica. Você pode sentir um nódulo duro perto do cotovelo ou notar que a articulação não dobra ou estica tanto quanto antes. Mencione isso na próxima consulta para que seja avaliado.

Outros problemas são incomuns, porém conhecidos. A câmera ou algum instrumento pode tocar e arranhar a superfície lisa da articulação. Pode surgir um pequeno canal de fluido da articulação até a pele. Um instrumento pode quebrar dentro da articulação. A faixa utilizada durante a cirurgia pode pressionar o braço e irritar temporariamente a pele abaixo dela.

Se você se sentir mal nos dias após a cirurgia ou perceber algo estranho no seu cotovelo, ligue para a clínica em vez de aguardar a próxima consulta. A tabela de complicações nesta página lista as taxas típicas, caso queira saber os detalhes.

Quando nos contactar

A maioria dos problemas manifesta-se logo no início; preferimos ser informados no mesmo dia a ter de esperar. Contacte-nos se o seu cotovelo ficar quente, mais inchado ou mais doloroso, se a vermelhidão se espalhar a partir da ferida, ou se houver vazamento de líquido através do curativo. Contacte-nos também se sentir febre, se a formigação ou dormência piorarem em vez de melhorar, ou se não conseguir mover a mão ou os dedos como antes. Dirija-se ao serviço de urgências do hospital se sentir dor intensa e súbita, se houver inchaço novo na panturrilha ou dificuldade para respirar. Estes sintomas podem indicar a presença de um coágulo sanguíneo e precisam de ser avaliados imediatamente. Se algo simplesmente não lhe parecer normal, contacte-nos.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o seu próprio tratamento. A artroscopia do cotovelo merece ser estudada com mais atenção, pois a taxa de complicações publicada não corresponde a um único valor, mas a uma faixa tão ampla que parece ser um erro. Compreender o motivo disso explica a maior parte do que é relevante sobre o procedimento.

A MESMA OPERAÇÃO, DUAS RESPOSTAS MUITO DIFERENTES

Uma revisão sistemática que analisou **16.815** artroscopias de cotovelo relatou uma taxa mediana de complicações de **3%**, com variação entre os estudos de **0% a 71%** [1]. A reoperação seguiu o mesmo padrão: mediana de **2%**, variação de **0% a 59%** [1]. Outra meta-análise envolvendo **14.289** procedimentos concluiu, de forma razoável, que a artroscopia de cotovelo é uma operação relativamente segura, com baixas taxas de complicações [2].

Ambas as conclusões estão corretas. A explicação para essa discrepância encontra-se na própria conclusão da primeira revisão: taxas de complicação mais altas ocorrem após cirurgias mais complexas [1]. “Artroscopia de cotovelo” não representa, na verdade, uma única operação. A remoção de um corpo livre de uma articulação espaçosa e a liberação de uma cápsula contraída, situada a poucos milímetros dos nervos ulnar e radial, compartilham o mesmo nome e os mesmos instrumentos – mas quase nada mais. Portanto, qualquer valor de risco citado torna-se praticamente sem sentido se não estiver vinculado ao procedimento específico que está sendo realizado.

POR QUE O COTOVELO NÃO É COMO O JOELHO

O cotovelo apresenta a relação mais estreita entre articulação e nervos entre todas as articulações submetidas rotineiramente a artroscopia. Os nervos ulnar, radial e mediano situam-se a poucos milímetros dos locais padrão de inserção dos portais; além disso, o espaço de trabalho é reduzido – ainda menor nos cotovelos rígidos e contraídos que mais necessitam da cirurgia. Essa anatomia explica por que os sintomas nervosos transitórios são a principal causa de complicações, e por que o risco aumenta conforme a extensão da liberação articular, e não com o tempo de procedimento.

COMPARAÇÃO ENTRE A TÉCNICA ARTROSCÓPICA E A TÉCNICA ABERTA

No caso de cotovelos **artríticos**, uma revisão sistemática envolvendo **1.097** pacientes constatou bom desempenho funcional em médio prazo após a artroplastia com desbridamento; não houve aumento nas complicações ao se utilizar a técnica artroscópica em comparação com a técnica aberta [3]. Trata-se, portanto, de um resultado de equivalência real, e não de demonstração de superioridade da técnica artroscópica.

No caso da **epicondilite lateral**, uma revisão com **1.604** pacientes comparando as abordagens aberta, artroscópica e percutânea constatou que as técnicas aberta e artroscópica podem proporcionar melhor desempenho funcional do que a abordagem percutânea; além disso, a dor foi menor nas abordagens artroscópica e percutânea. O risco de complicações foi semelhante, independentemente da técnica utilizada [4].

O padrão geral em ambos os casos: a artroscopia por si só não é mais segura nem mais eficaz. Quando traz vantagens, estas referem-se à recuperação no período pós-operatório, e não ao resultado final do tratamento.

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@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

UM RESULTADO NEGATIVO, PORÉM HONESTO

Adicionar a artroscopia a outra cirurgia “apenas para dar uma olhada” não traz benefícios. Em uma meta-análise envolvendo **2.118** pacientes, a artroscopia diagnóstica de rotina realizada antes da reconstrução do ligamento colateral ulnar **não** reduziu significativamente a necessidade de cirurgias posteriores para tratar outros problemas decorrentes da sobrecarga em extensão em valgo [5]. Dar uma olhada não equivale a encontrar algo que realmente precise ser tratado; além disso, cada portal adicional introduz o risco de lesão nervosa já mencionado.

REFERÊNCIAS

- [1] de Klerk HH, Verweij LP, Sierevelt IN, Priester-Vink S, Hilgersom NF, Eygendaal D, et al. Grande variação nas taxas de complicações após artroscopia do cotovelo em pacientes adultos e pediátricos: uma revisão sistemática. *Arthroscopy*. 2023;39(11):2363-87. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.04.015>
- [2] Ahmed AF, Alzobi OZ, Hantouly AT, Toubasi A, Farsakoury R, Alkhelaifi K, et al. Complicações da cirurgia artroscópica do cotovelo: uma revisão sistemática e meta-análise. *Orthop J Sports Med*. 2022;10(11). <https://doi.org/10.1177/23259671221137863>
- [3] White CHR, Ravi V, Watson J, Badhrinarayanan S, Phadnis J. Uma revisão sistemática sobre o desbridamento artroscópico versus aberto no cotovelo artrítico. *Arthroscopy*. 2020;37(2):747. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.09.005>
- [4] Pierce TP, Issa K, Gilbert BT, Hanly B, Festa A, McNerney VK, et al. Uma revisão sistemática sobre a cirurgia para cotovelo de tenista: comparação entre abordagem aberta, artroscópica e liberação percutânea da origem do extensor comum. *Arthroscopy*. 2017;33(6):1260. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2017.01.042>
- [5] Looney AM, Bovill JD, Huffman SS, Najarian RG. A artroscopia diagnóstica de rotina associada à reconstrução do ligamento colateral ulnar do cotovelo não reduz a necessidade de cirurgias futuras relacionadas à sobrecarga em extensão valgar: uma revisão sistemática e meta-análise. *J Shoulder Elbow Surg*. 2022;31(1):e22-e36. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.08.004>

Artroscopia do cotovelo

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 112 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
Taxa geral de complicações	11.0%	Taxa ponderada proveniente de uma meta-análise envolvendo 14.289 procedimentos; revisões sistemáticas indicam uma mediana de 3%, com variação ampla de 0-71%.
Lesão nervosa	3.4%	Taxa ponderada obtida por meio de meta-análise; paralisias nervosas transitórias são a complicação específica mais comum, correspondendo a cerca de 31% de todas as complicações relatadas em revisões sistemáticas.
Lesão do nervo ulnar	2.6%	É o nervo mais frequentemente lesado na artroscopia do cotovelo; a taxa ponderada é de 2,6%, conforme dados de meta-análise.
Rigidez/artrofibrose	4.5%	Taxa ponderada proveniente de meta-análise; considerada a complicação mais comum que afeta a mobilidade do cotovelo.
Cirurgia de revisão	4.1%	Taxa ponderada relativa à necessidade de procedimento cirúrgico subsequente; revisões sistemáticas indicam uma mediana de 2% para reoperações.
Infecção (superficial)	2.0%	Taxa ponderada para infecção superficial da ferida; dados de 30 dias de um grande coorte revelam taxa de infecção do sítio cirúrgico de 0,9%.
Infecção (profunda)	0.7%	Taxa ponderada para infecção profunda da ferida; essa complicação foi a mais frequente num estudo pós-operatório de 30 dias, com taxa de 0,57%.
Ossificação heterotópica	6.3%	Taxa de prevalência numa coorte retrospectiva; geralmente localiza-se no compartimento medial do cotovelo.
Tromboembolismo	0.4%	Taxa de TVP/tromboflebite numa coorte de 30 dias; a embolia pulmonar é uma complicação rara, porém potencialmente grave.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Complicações na cicatrização da ferida	1.5%	Taxa ponderada relativa a drenagem ou deiscência da ferida; inclui vazamento persistente no local dos portais cirúrgicos e celulite superficial.
Instabilidade do cotovelo	2.6%	Taxa ponderada obtida por meta-análise; embora rara, é relatada como complicação que afeta a estabilidade articular.
Lesão nervosa permanente	0.8%	Taxa de paralisias nervosas permanentes numa revisão sistemática; embora rara, tem consequências vitalícias e significativas.

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