

Substituição da cabeça do rádio

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 80 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
2-6 weeks O movimento precoce é importante para prevenir a rigidez, e os exercícios geralmente começam logo após a cirurgia.	3-6 months Entre os pacientes ativos, três quartos retornam ao serviço ativo, à prática de flexões e aos esportes; porém, apenas cerca de metade volta ao nível de funcionalidade pré-lesão.	12 months A melhoria máxima e a estabilização dos sintomas de dor, força e amplitude de movimento geralmente ocorrem no primeiro ano pós-operatório.

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, adapta o tratamento à sua lesão específica. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Avaliamos seu histórico médico, examinamos seu cotovelo e solicitamos exames de imagem, quando necessário, para identificar o problema.

Esta cirurgia consiste na substituição da cabeça do rádio – a parte arredondada na extremidade de um dos dois ossos do antebraço – por uma prótese artificial. Ela costuma ser indicada quando a cabeça do rádio se fragmenta em vários pedaços que não podem ser reunidos, ou quando a fratura torna o cotovelo ou o antebraço instáveis. Muitas fraturas da cabeça do rádio cicatrizam sem cirurgia; por isso, o tratamento não cirúrgico costuma ser a primeira opção. A cirurgia é realizada apenas quando esse tratamento não traz melhoria suficiente ou quando a fratura é grave demais para ser tratada de outra forma.

O objetivo é obter um cotovelo mais estável, menos dor e maior amplitude de movimento do braço.

Antes da operação

Nas semanas que antecedem a cirurgia, providenciaremos radiografias e, às vezes, uma tomografia computadorizada, para medir o seu cotovelo e planejar a operação. Esses exames mostram onde o osso se quebrou e nos ajudam a escolher o tamanho adequado do implante. Para a maioria das pessoas, nada além disso é necessário. Caso tenha outras condições médicas, pode ser preciso fazer exames de sangue ou uma avaliação com o anestesiologista.

No dia da cirurgia, não coma nem beba nada durante sete horas antes do procedimento. Pedimos sete horas em vez de seis para que, caso a lista de cirurgias avance mais rápido, seu tempo no centro cirúrgico possa ser antecipado; seu cirurgião confirmará o período exato de jejum. Pare de tomar determinados medicamentos apenas se lhe tivermos instruído a fazê-lo, e leve uma lista por escrito de todos os medicamentos que utiliza. Providencie alguém para levá-lo para casa e use roupas largas e confortáveis, com botões ou zíper, em vez de peças que precisem ser colocadas pela cabeça.

No dia da cirurgia

Você chegará à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Conhecerá o anestesiologista, que conversará com você sobre sua saúde e os medicamentos que toma. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Às vezes, é adicionado um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; o anestesiologista discutirá esse procedimento com você no dia da cirurgia. Em seguida, você será levado à sala de operações, onde a cirurgia será realizada.

Ao término da cirurgia, você acordará na sala de recuperação. As enfermeiras ficarão ao seu lado enquanto a anestesia passa e cuidarão para que você se sinta confortável. Uma vez estabilizado, você será transferido para um quarto ou poderá ir para casa no mesmo dia, dependendo do tipo de procedimento e da evolução da recuperação. Se for para casa, a pessoa que você designou para dirigir o levará até lá. Antes de sair, explicaremos como cuidar do seu cotovelo nos próximos dias e com quem entrar em contato caso tenha alguma dúvida.

O que envolve a operação

O cirurgião faz um corte no lado externo do cotovelo para alcançar a cabeça do rádio fraturada. Uma faixa de tecido ao redor da parte superior do osso do antebraço é cuidadosamente seccionada para que os fragmentos quebrados possam ser visualizados. Esses fragmentos são retirados e dispostos lado a lado, como num quebra-cabeça, para determinar qual tamanho de prótese o cotovelo necessita.

Em seguida, o osso é aparado até formar uma base lisa e reta; o canal interno do osso é preparado para que a nova prótese se acomode firmemente. Primeiro são colocadas peças de teste. O cirurgião verifica se a nova cabeça do rádio se alinha corretamente e se move suavemente em relação ao osso na extremidade do úmero,

tanto visualmente quanto por meio de radiografias durante a operação. O cotovelo também é testado quanto à mobilidade e estabilidade antes da colocação da prótese definitiva.

A prótese é feita de metal e geralmente é ligeiramente menor que a cabeça original do rádio, para evitar sobrecarga na articulação. Uma vez posicionada, a faixa de tecido ao redor do osso do antebraço é suturada novamente; quaisquer outros ligamentos lesionados ao redor do cotovelo também são reparados, visando manter a estabilidade da articulação. A pele é fechada com pontos e coberta por um curativo.

Como os fragmentos ósseos podem apresentar um aspecto pior dentro do cotovelo do que nas imagens de exame, o cirurgião mantém à disposição diversas opções de implantes durante a operação – peças de diferentes formas e comprimentos – para que a melhor opção seja escolhida após a visualização direta da fratura.

Após a operação

Nos primeiros dias, é normal sentir dor no cotovelo, que diminuirá à medida que o efeito da anestesia passar. Você receberá medicamentos para aliviar a dor e manter o conforto; avise as enfermeiras caso eles não estejam surtindo efeito. Seu braço ficará apoiado em uma tipoia simples para maior conforto, e movimentos suaves do cotovelo geralmente começam logo após a cirurgia, pois a movimentação precoce ajuda a prevenir rigidez. Alguém deve permanecer com você nas primeiras 24 horas após voltar para casa. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital. Deixamos o curativo no local por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que lhe seja indicado. Trocamos ou retiramos o curativo quando o examinarmos.

Recuperação

Nos primeiros dias, o seu cotovelo ficará dolorido e inchado; a pele ao redor pode apresentar hematomas. Isso faz parte do processo normal de cicatrização. Manter a mão elevada sobre travesseiros enquanto está sentado ou descansando ajuda a reduzir o inchaço, e os analgésicos aliviam o desconforto à medida que ele diminui.

O seu braço fica apoiado numa tipoia simples para maior conforto, mas ela não imobiliza o cotovelo. Movimentos suaves devem ser iniciados logo cedo, pois a movimentação precoce ajuda a prevenir rigidez. 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. Inicialmente, os exercícios são leves e suaves, aumentando conforme o cotovelo permitir.

Em casa, você poderá usar a mão para tarefas leves desde o início, como comer, escrever e abotoar roupas. Não deverá levantar objetos pesados com esse braço até que o terapeuta autorize. No início, dormir numa cadeira ou com travesseiros sob o braço costuma ser mais confortável; use a tipoia se isso lhe trouxer conforto.

À medida que o inchaço diminui e a mobilidade retorna, as atividades cotidianas tornam-se mais fáceis. Quando conseguir segurar objetos leves sem dor, começará a utilizar mais o braço. Quando o cirurgião autorizar a direção, consulte o nosso guia sobre [condução após cirurgia no membro superior](#). É proibido dirigir enquanto usar a tipoia; além disso, você precisa estar sem analgésicos fortes e capaz de reagir a uma parada de emergência.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. O seu cronograma pode ser diferente; o cirurgião e o fisioterapeuta especializado em mão 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 monitoram você de perto para detectar qualquer problema precocemente.

Com o tempo, a prótese pode afrouxar. Você pode sentir uma dor profunda e latejante que não melhora com analgésicos comuns, ou uma nova dor que reaparece após ter desaparecido. A prótese também pode quebrar ou deslocar-se ligeiramente. Um deslocamento pode ser sentido como um estalo, um clique ou a sensação de que o cotovelo não se move suavemente. Se notar algum desses sintomas, entre em contato com a clínica em vez de aguardar a próxima consulta.

O cotovelo pode ficar rígido. Um certo grau de rigidez é esperado no início, mas, se o cotovelo permanecer muito rígido e não se estender ou dobrar, mesmo após terapia, informe o seu cirurgião ou o terapeuta da mão. Tratamentos adicionais podem ajudar.

Os nervos próximos ao cotovelo podem ficar irritados durante a cirurgia. Isso pode se manifestar como formigamento, dormência ou fraqueza no antebraço, na mão ou nos dedos. Mencione qualquer nova dormência ou fraqueza na sua consulta de acompanhamento, ou ligue para a clínica caso apareça de repente.

Com o tempo, pode ocorrer desgaste na superfície da prótese. O material desgastado pode irritar a membrana articular, provocando inchaço, calor e uma sensação “elástica” ao redor do cotovelo. Se o cotovelo ficar persistentemente inchado ou dolorido, mencione isso na próxima consulta.

A artrose na articulação do cotovelo pode se desenvolver nos anos seguintes à cirurgia. Você pode notar ruídos, dor ou uma perda gradual da capacidade de dobrar ou estender o cotovelo. Informe o seu cirurgião se isso afetar suas atividades diárias.

Às vezes, a prótese precisa ser removida ou trocada em uma nova cirurgia. Isso é mais provável nos primeiros anos; portanto, mantenha as consultas de acompanhamento mesmo quando o cotovelo parecer saudável. A remoção de uma prótese problemática geralmente alivia a dor e pode melhorar a mobilidade.

Uma segunda cirurgia também pode diminuir as chances de retorno ao esporte; por isso, converse com o seu cirurgião sobre seus objetivos o quanto antes.

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

Quando nos contatar

Contate-nos se tiver febre, se o ferimento ficar mais vermelho ou começar a secretar líquido, ou se a dor piorar repentinamente. Contate-nos também se o cotovelo ficar muito inchado e quente, ou se surgir nova dormência ou fraqueza. Procure atendimento de emergência se houver inchaço ou dor na panturrilha, ou dificuldade para

respirar. Procure atendimento de emergência também se não conseguir sentir ou mover o braço. Se estiver preocupado, ligue para nós em vez de aguardar a próxima consulta.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre seu próprio tratamento. A substituição da cabeça do rádio merece uma leitura mais aprofundada devido a uma descoberta que altera a forma como devemos interpretar a palavra “revisão”: quando esses implantes são removidos, geralmente não é porque falharam.

POR QUE OS IMPLANTES SÃO REMOVIDOS

Uma meta-análise envolvendo **1.017** artroplastias da cabeça do rádio analisou a remoção e a revisão dos implantes [1]. Dois resultados se destacam: a maior incidência de remoção ou revisão ocorreu **dentro de dois anos** após a implantação, e não tardiamente, como seria de se esperar em casos de falha relacionada ao desgaste. Além disso, a maioria das remoções foi realizada para tratar **rigidez do cotovelo e ossificação heterotópica**, e não por afrouxamento do próprio implante [1].

Isso muda completamente a perspectiva sobre o assunto. Uma prótese da cabeça do rádio raramente precisa ser revisada devido ao desgaste do metal ou ao afrouxamento do implante. Ela é removida porque o cotovelo ao redor tornou-se rígido; a retirada do implante faz parte do tratamento dessa condição. Geralmente, o implante não é o problema; ele é apenas o ponto onde o problema é tratado.

Isso também significa que o verdadeiro desafio dessa cirurgia é o mesmo que afeta todas as lesões graves do cotovelo: a perda de mobilidade. A reabilitação não é um complemento à cirurgia; ela é o principal fator determinante do sucesso do procedimento.

A TAXA DE REOPERAÇÃO DIVULGADA DEVE SER INTERPRETADA COM CÉTICISMO

Uma revisão sistemática independente envolvendo **1.272** pacientes concluiu que a literatura não oferece uma estimativa confiável da taxa de reoperação após a artroplastia da cabeça do rádio [2]. A recomendação resultante foi de natureza metodológica: os relatos devem considerar um período mínimo de acompanhamento de **três anos**, além de uma definição consensuada sobre o que constitui motivo para revisão [2].

Considerando que, conforme constatado anteriormente, a maioria das remoções do implante ocorre nos dois primeiros anos, um estudo com acompanhamento de doze ou dezoito meses inevitavelmente subestimar esse número. Portanto, ao se deparar com uma taxa de revisão baixa para esse implante, o período de acompanhamento é mais relevante do que o valor absoluto da taxa.

NEM TODAS AS FRATURAS DA CABEÇA DO RÁDIO PRECISAM DE SUBSTITUIÇÃO

A substituição compete com a fixação, e essa comparação já foi bem estudada. Ao analisar **1.264** pacientes submetidos a diferentes tratamentos cirúrgicos para fraturas da cabeça e do colo do rádio, verificou-se que a redução aberta e fixação interna é a melhor opção para fraturas do tipo II e III de Mason; já a substituição é indicada nos casos mais cominutivos [3].

O critério clínico decisivo é se a cabeça do rádio pode ser reconstruída de forma estável. Quando isso é possível, a fixação preserva a anatomia original. Por outro lado, quando a fratura está muito fragmentada, a tentativa de fixação pode levar ao pior desfecho possível: uma estrutura instável que resulta em cotovelo rígido e instável, exigindo novas cirurgias.

O DESIGN DO IMPLANTE TEM SIDO MENOS DETERMINANTE DO QUE A COMPLEXIDADE DA LESÃO

Há muito tempo existe um debate acerca do design e da fixação do implante. Uma revisão sistemática envolvendo **1.316** pacientes que utilizaram um prótese de haste polida de encaixe frouxo é bastante esclarecedora: esse grupo apresentava, no início do tratamento, uma proporção **maior** de lesões do tipo “tríade terrível”, além de lesões mais complexas; ainda assim, obteve resultados clínicos favoráveis, com uma taxa significativamente menor de instabilidade pós-operatória [4].

A interpretação mais razoável não é a de que um determinado design seja superior, mas sim de que a gravidade da lesão original influencia os resultados de maneira mais marcante do que a escolha do implante.

REFERÊNCIAS

- [1] Kachooei AR, Baradaran A, Ebrahimzadeh MH, van Dijk CN, Chen N. Taxa de remoção ou revisão de próteses da cabeça do rádio: uma revisão sistemática e meta-análise. J Hand Surg Am. 2018;43(1):39-53.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.08.031>
- [2] Laumonerie P, Reina N, Kerezoudis P, Declaux S, Tibbo ME, Bonneville N, et al. O tempo mínimo de acompanhamento necessário para a artroplastia da cabeça do rádio. Bone Joint J. 2017;99-B(12):1561-70. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.99B12.BJJ-2017-0543.R2>
- [3] Zwingmann J, Welzel M, Dovi-Akue D, Schmal H, Südkamp N, Strohm P. Resultados clínicos após diferentes métodos cirúrgicos para fraturas da cabeça e do colo do rádio. Injury. 2013;44(11):1540-50. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2013.04.003>
- [4] Lammers SE, Schnellman GL, Beimel C, de Gast A, Chambers BE. Quebrando o padrão estabelecido: revisão sistemática demonstra que próteses de haste polida e de encaixe frouxo para a cabeça do rádio apresentam resultados clínicos estáveis em lesões complexas do cotovelo associadas a fraturas da cabeça do rádio. J Orthop Surg Res. 2024;19(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-024-05160-6>

Substituição da cabeça do rádio

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 80 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
Cirurgia de revisão	10.0%	Incidência agregada de remoção ou revisão de prótese da cabeça do rádio, conforme meta-análise de 30 estudos.
Rigidez	20.0%	A rigidez do cotovelo é um modo de falha comum; ocorre em 20% dos casos de falha, conforme revisão sistemática da literatura recente.
Afrouxamento asséptico	30.0%	O afrouxamento asséptico sintomático é o modo de falha mais prevalente, ocorrendo em 30% de todos os casos de falha.
Ossificação heterotópica	37.6%	A ossificação heterotópica detectada por radiografia foi observada em 37,6% dos pacientes, conforme revisão sistemática de longo prazo.
Dor	17.0%	A dor persistente é um modo de falha relatado em 17% dos casos, conforme revisão sistemática da literatura recente.
Instabilidade	5.7%	Taxa geral de instabilidade para todos os dispositivos de haste fixa, conforme revisão sistemática e meta-análise.
Infecção	3.0%	Taxa de infecção após artroplastia da cabeça do rádio, conforme revisão sistemática com seguimento mínimo de 8 anos.
Neurite ulnar	3.0%	Taxa de neurite do nervo ulnar após artroplastia da cabeça do rádio, conforme revisão sistemática com seguimento mínimo de 8 anos.
Subluxação	4.0%	Taxa de subluxações do cotovelo após artroplastia da cabeça do rádio, conforme revisão sistemática com seguimento mínimo de 8 anos.
Sobredimensionamento (overstuffing)	9.0%	O sobredimensionamento (prótese grande demais, que sobrecarrega a articulação) é um modo de falha relatado em 9% dos casos, conforme revisão sistemática da literatura recente.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Dissociação da prótese	5.0%	A dissociação da prótese é um modo de falha relatado em 5% dos casos, conforme revisão sistemática da literatura recente.
Radiotransparência	45.5%	A radiotransparência foi observada em 45,5% dos pacientes, conforme revisão sistemática de longo prazo.

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