

Reparo do ligamento colateral ulnar do polegar

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 16 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 Uma tala ou gesso protege a reparação durante as primeiras 4-6 semanas; é possível escrever e realizar tarefas leves de escritório enquanto se usa a tala. Na literatura analisada, a imobilização da articulação dura, em média, 4-5 semanas; os pacientes que trabalham em escritórios retornam ao trabalho por volta da 4ª semana.	3 months A força de pinça e a capacidade de preensão são retomadas após a retirada da tala. Os protocolos convencionais permitem o retorno a trabalhos manuais e atividades esportivas após cerca de 3 meses; em média, o retorno ao trabalho ocorre na 7ª semana, sendo que os trabalhadores manuais demoram mais tempo. Atletas com reparações reforçadas por fita de sutura retornaram ao esporte na 5-6 semana, sob supervisão de terapia ocupacional.	6-12 months A força de pinça e o conforto na mão melhoram ao longo de 6-12 meses. Nos dados agregados, a força de pinça polpa-polpa, a pinça lateral (pinça de chave) e a força de preensão atingem 95-96% do polegar não lesionado; as pontuações funcionais da mão relatadas pelos pacientes continuam a melhorar entre os 3 e 12 meses após a cirurgia.

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. O ligamento envolvido fica no lado interno do polegar, na articulação onde o polegar se encontra com a mão. Esta operação repara esse ligamento para que a articulação volte a ficar estável.

Geralmente começamos com o tratamento não cirúrgico. Em um rompimento parcial, um gesso ou uma tala pode manter o polegar imobilizado enquanto ele cicatriza, e isso muitas vezes resulta em um polegar estável e sem dor. Mas, quando o ligamento se rompe por completo, muitas vezes ele não cicatriza sozinho. Cerca de 75% dos rompimentos completos não cicatrizam apenas com o uso de tala. A extremidade rompida do ligamento

também pode sair do lugar, o que a impede de se unir novamente ao osso. Se um rompimento como esse não for tratado, pode causar dor a longo prazo e dificuldade para usar o polegar.

A cirurgia pode ser recomendada de imediato para um rompimento completo, ou depois que a tala não trouxe melhora suficiente. O objetivo é um polegar estável, sem dor e forte o bastante para segurar objetos e fazer pinça. A dor e a função relatadas pelos pacientes melhoram aos três e aos 12 meses após o reparo, em comparação com antes da cirurgia.

Antes da operação

O seu cirurgião vai planejar a operação usando exames de imagem do seu polegar. Isso geralmente começa com uma radiografia, que pode mostrar alguma pequena fratura no ponto onde o ligamento se soltou. Uma ressonância magnética ou uma ultrassonografia também pode ser usada para mostrar o próprio ligamento e confirmar se a extremidade rompida saiu do lugar.

Antes da cirurgia, você receberá instruções claras. Você não deve comer nas sete horas antes da operação. Isso permite que a sua cirurgia seja antecipada caso a lista do centro cirúrgico se adiante. Talvez você precise suspender alguns medicamentos, e o seu cirurgião dirá quais e quando. Leve uma lista de tudo o que você toma. Combine com alguém para levar você de carro para casa depois, e use roupas largas e confortáveis.

Caso tenha outras condições médicas, poderão ser necessários exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista.

No dia da cirurgia

Você chegará à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Lá você conhecerá o anestesista. Esta operação é realizada sob anestesia geral. Às vezes, é adicionado um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; o anestesista conversará sobre isso com você no próprio dia.

Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada. Depois, você acordará na sala de recuperação, onde as enfermeiras acompanham você enquanto a anestesia vai passando. Uma vez estabilizado, você será encaminhado para o quarto ou irá para casa, dependendo do procedimento e da sua recuperação.

O que envolve a operação

O seu cirurgião faz um pequeno corte na lateral do polegar, no ponto onde o ligamento se soltou. Por meio desse corte, ele encontra a extremidade rompida do ligamento e prepara um pequeno ponto no osso onde ele estava preso antes. O ligamento é então costurado de volta nesse ponto usando uma pequena âncora colocada no osso. Isso mantém o ligamento no lugar enquanto ele cicatriza de volta no osso.

Se o ligamento estiver rompido há muito tempo, as extremidades podem estar desgastadas demais para serem costuradas. Nesse caso, o seu cirurgião pode reconstruir o ligamento usando um tendão próximo do seu próprio

polegar, dobrado para formar uma nova faixa que se une ao osso dos dois lados da articulação. Se o ligamento tiver se soltado junto com um pequeno pedaço de osso, esse fragmento é fixado de volta no lugar com uma pequena placa e parafusos.

Alguns reparos são reforçados com uma fita em formato de tira, costurada ao lado do ligamento. Essa fita funciona como uma corda de segurança temporária, dividindo a carga enquanto o ligamento cicatriza. Como ela absorve parte do esforço, o seu polegar pode começar a se mover mais cedo do que com o reparo isolado.

O seu cirurgião também pode colocar um pequeno pino de metal atravessando a articulação do polegar para mantê-la imobilizada e proteger o reparo de esforços laterais. O pino é retirado mais tarde, quando a cicatrização já estiver em andamento.

O corte é fechado com pontos e coberto com um curativo. Você irá para a sala de recuperação, e a equipe de enfermagem vai acompanhar você enquanto desperta.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação e depois irá para o quarto. A sua mão estará em uma tala ou gesso, com curativos sobre a ferida. As enfermeiras vão manter você confortável e dar analgésicos se você precisar. Você pode se levantar e se movimentar assim que se sentir capaz. Alguém deve ficar com você nas primeiras 24 horas 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 receba instruções em contrário. Trocamos ou retiramos o curativo durante as consultas de acompanhamento.

Recuperação

O seu polegar ficará dolorido e inchado nos primeiros dias e semanas. Isso melhora gradualmente. Manter a mão elevada quando estiver descansando ajuda, assim como os analgésicos que a sua equipe lhe dá. Você irá para casa com uma tala ou gesso que protege o reparo enquanto ele cicatriza.

A sua rotina do dia a dia muda mais do que você talvez espere. No início, você vai precisar de ajuda com algumas tarefas, principalmente qualquer coisa que exija segurar com firmeza, como abrir potes ou carregar coisas pesadas. A maioria das pessoas percebe que consegue fazer tarefas leves do dia a dia bem cedo, e trabalho de escritório dentro dos prazos mostrados na tabela desta página. A terapia da mão é uma parte importante da sua recuperação. A sua terapeuta da mão, Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation, vai orientar os seus exercícios e confeccionar qualquer tala de que você precise enquanto o polegar cicatriza. Os exercícios começam de forma suave e vão progredindo à medida que o reparo se fortalece.

À medida que o inchaço diminui e o movimento retorna, as tarefas do dia a dia ficam mais fáceis. Quando o seu cirurgião estiver satisfeito com a cicatrização do reparo, você vai voltar aos poucos a trabalhos mais pesados, ao esporte e à academia. O resultado final continua melhorando por algum tempo, à medida que a dor diminui e a força volta.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. O seu cronograma pode ser diferente dos prazos típicos, e o seu cirurgião e a sua terapeuta guiarão você em cada etapa.

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.

A ferida pode infeccionar. Você pode notar vermelhidão que se espalha a partir do corte, saída de líquido ou pus por ele, ou uma dor profunda e latejante que não cede com analgésicos comuns. Ligue para a clínica no mesmo dia se notar qualquer um desses sinais.

Às vezes, um pequeno nervo próximo ao polegar é irritado durante a cirurgia. Isso pode causar dormência, formigamento ou uma área de sensibilidade estranha na parte de trás do polegar. Dormência e fraqueza nas primeiras 24 horas após um bloqueio nervoso são esperadas e melhoram à medida que o efeito do bloqueio passa. Se a dormência durar mais do que isso, ligue para a clínica.

A articulação pode ficar um pouco frouxa ou rígida. Algumas pessoas percebem uma dor leve na base do polegar ao fazer pinça ou ao segurar objetos, ou que o polegar não dobra tanto quanto antes. Algumas poucas percebem que a força de preensão não é tão grande quanto antes. Essas mudanças costumam ser leves e muitas vezes melhoram com o tempo e com a terapia da mão. Fale sobre elas na próxima consulta de revisão se estiverem incomodando você.

O próprio reparo pode falhar. Isso é incomum, mas uma queda ou uma pancada no polegar nas primeiras semanas pode forçar ou romper novamente o ligamento em cicatrização. Você sentiria dor súbita, inchaço e a sensação de que o polegar está cedendo. Ligue para a clínica se isso acontecer.

Se um pino de metal tiver sido usado para manter a articulação imobilizada, a pele ao redor dele pode ficar irritada ou infeccionar. Vermelhidão, sensibilidade ou saída de líquido ao redor do local do pino devem ser informadas à clínica no mesmo dia.

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

Quando nos contactar

A maioria das pessoas se recupera sem problemas, mas alguns sinais precisam de atenção rápida.

Vá ao pronto-socorro se tiver inchaço ou dor na panturrilha, ou falta de ar ou dor no peito. Esses podem ser sinais de um coágulo sanguíneo. Vá ao pronto-socorro se o seu polegar, a sua mão ou os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos, azulados ou escuros.

Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, vermelhidão que se espalha ao redor da ferida, ou saída de líquido ou pus por ela. Ligue para a clínica no mesmo dia se a dor continuar piorando apesar dos analgésicos.

Dormência e fraqueza nas primeiras 24 horas após um bloqueio nervoso são esperadas e melhoram à medida que o efeito passa. Se a dormência durar mais do que isso, ou se você não conseguir mover o polegar, a mão ou os dedos depois que o efeito do bloqueio tiver passado, ligue para a clínica.

Se não conseguir falar com a clínica, fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

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

Reparo do ligamento colateral ulnar do polegar

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 16 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
Qualquer complicação (na maioria dos casos, leve e temporária).	10-17%	A taxa de complicações foi de 12% em um total de 614 pacientes na meta-análise de 2025; apenas 1% necessitou de procedimento adicional. Em um estudo com 127 pacientes no Reino Unido, esse percentual foi de 17%, sendo a maioria dos casos temporários. Na revisão de 311 atletas, a taxa foi de 10%.
Dormência ou irritação nervosa na parte dorsal do polegar.	4-7%	Um ramo do nervo sensorial passa pela incisão cirúrgica; por isso, a dormência temporária é a complicação mais comum: 3,9% (24 de 614 pacientes) nos dados agregados e 6,5% na série de 127 pacientes. Em um pequeno estudo de reparações agudas, esse percentual subiu para 26%, sendo que quase todos os casos se resolveram. Entre pacientes operados tardiamente, 31% ainda apresentavam alguma dormência após 25 anos.
Rigidez da articulação do polegar.	4%	5 de 127 pacientes (4%) relataram rigidez após a cirurgia; um terço dos pacientes operados tardiamente relatava alguma rigidez após 25 anos. A fixação temporária da articulação com fios está associada a mais dor, sem benefícios na estabilidade; por isso, prefere-se o movimento controlado sob proteção da tala logo após a cirurgia.
Re-ruptura ou instabilidade persistente.	1-3%	Na literatura analisada, a estabilidade é restaurada em 99-100% das reparações agudas. A re-ruptura ocorreu em 0,8% (1 de 127 pacientes) e 0,6% (2 de 311 atletas); em um estudo com âncoras de sutura, houve uma nova lesão em 36 pacientes (3%), ao jogar futebol um ano depois. A instabilidade persistente é mais comum quando se utiliza enxerto tendíneo para reparar lesões antigas: cerca de 1 em cada 6 pacientes (16-19%).
Síndrome da dor regional complexa.	1.6%	2 de 127 na série do Reino Unido e 10 de 614 na meta-análise agrupada; essa condição foi a segunda complicação mais frequente, depois da irritação nervosa.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Infecção da ferida ou cicatrização lenta.	1-2%	Na série de 127 pacientes, a infecção superficial ocorreu em 0,8% dos casos e a cicatrização retardada da ferida em 0,8%. Problemas nos tecidos moles foram observados em 7% dos pacientes com âncoras ósseas, contra 27% naqueles submetidos à técnica antiga de botão de tração; por isso, as âncoras são hoje o padrão de tratamento.
Cicatriz sensível ou dolorosa.	0.8%	1 de 127 na série do Reino Unido; em um estudo de Roterdã em 2023, uma cicatriz dolorosa exigiu pequena correção cirúrgica.
Artrose da articulação do polegar em fases posteriores da vida.	0.8%	Apenas 1 de 127 pacientes apresentou artrose nos anos seguintes à cirurgia; porém, 88% dos pacientes operados tardiamente exibiam sinais radiográficos de desgaste articular após 25 anos. A lesão original e o atraso na cirurgia são fatores mais determinantes que a operação em si.

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