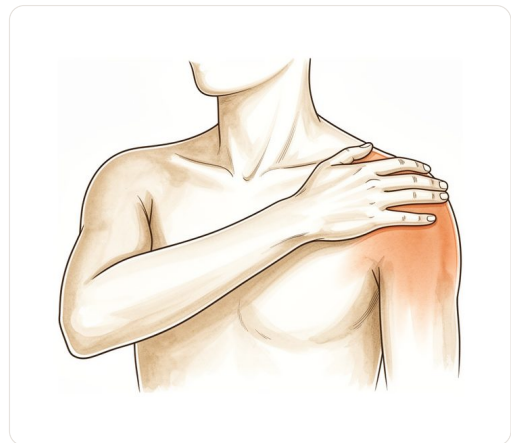


Excisão da Clavícula Distal

A extremidade lateral da clavícula na articulação acromioclavicular.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



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

Este protocolo orienta a sua recuperação após a excisão artroscópica da clavícula distal (também conhecida como excisão da articulação AC ou procedimento de Mumford) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Cada fase abaixo inicia-se com uma explicação em linguagem simples sobre o que é mais importante, seguida pelo protocolo estruturado escrito para o seu fisioterapeuta; traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira visita de fisioterapia para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu fisioterapeuta irá progredir nas fases com base na recuperação do seu ombro, e não no calendário.

Este protocolo aplica-se a uma excisão isolada da clavícula distal. Se a sua cirurgia também incluiu uma reparação do manguito rotador, siga o [protocolo de reparação do manguito rotador](#) em vez disso, uma vez que o tendão reparado impõe um ritmo mais lento. (A excisão da clavícula distal é também frequentemente combinada com uma descompressão subacromial; o protocolo abaixo aplica-se igualmente nesse caso.)

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida após a cirurgia, entre em contacto com a clínica. É frequentemente útil tirar uma fotografia da ferida e enviá-la por correio eletrónico para avaliação.

O que esperar

A excisão da clavícula distal remove alguns milímetros de osso da extremidade da clavícula, para que as superfícies desgastadas da articulação acromioclavicular (a pequena articulação no topo do ombro) deixem de se atritar. Nada é reparado que precise de proteção durante a cicatrização, pelo que a reabilitação é rápida: a tipóia é apenas para conforto e a maioria das pessoas deixa de a usar nas primeiras duas semanas; o movimento inicia-se imediatamente, e os protocolos publicados para esta operação privilegiam todos o movimento precoce em detrimento do repouso.

Dois aspetos são específicos desta operação e definem o protocolo:

- **Alcançar através do corpo é o movimento mais lento.** Os movimentos de adução horizontal (através do corpo) comprimem a área onde o osso foi removido, pelo que são frequentemente os últimos movimentos a tornar-se confortáveis. Inicialmente, evitam-se deliberadamente e só são reintroduzidos gradualmente.
- **A pressão pesada surge por último.** Os exercícios que sobrecarregam intensamente a articulação acromioclavicular (supino, paralelas e flexões) são os últimos a ser reintegrados, tipicamente ao longo de três a quatro meses. A maioria das outras atividades regressa bem antes desse período.

O percurso em síntese:

- **Fase I – Recuperação precoce e movimento** – semana 0–2
- **Fase II – Restauração da amplitude de movimento** – semana 2–6
- **Fase III – Fortalecimento e regresso à atividade** – semana 6–12
- **Fase IV – Regresso à atividade total** – semana 12 em diante

A maioria das pessoas utiliza o braço para tarefas leves do dia a dia nas primeiras duas semanas, regressa à maioria das atividades normais entre as quatro e as seis semanas, e regressa ao desporto e a trabalhos mais pesados entre as oito e as doze semanas. Os atletas em desportos repetitivos acima da cabeça (lançamento, natação, ténis) demoram tipicamente um pouco mais, na ordem dos dois a quatro meses.

Fase I – Recuperação inicial e mobilização (Semana 0–2)

As primeiras duas semanas consistem em controlar a dor e o inchaço, ao mesmo tempo que se inicia a mobilização do ombro. Utilize gelo regularmente: três a quatro vezes ao dia é o habitual nas primeiras duas semanas. A tipóia destina-se apenas ao conforto: use-a tanto quanto for necessário para alívio, retire o braço frequentemente e deixe de a utilizar assim que se sentir confortável sem ela. Muitas pessoas consideram-na mais útil quando estão fora de casa, para evitar que outras pessoas batam no braço. **Não conduza durante pelo menos seis semanas após qualquer cirurgia ao ombro**, mesmo após a remoção da tipóia; o seu cirurgião autorizará a condução, tipicamente na revisão das seis semanas.

Inicie os movimentos imediatamente: o cotovelo, o pulso e a mão devem estar em movimento desde o primeiro dia, juntamente com exercícios pendulares suaves e movimentos assistidos do ombro (utilizando o outro braço, uma vara ou um sistema de polias para ajudar o braço operado a subir e a abduzir). Tome os analgésicos antes dos exercícios e antes das consultas de fisioterapia. O único movimento a evitar neste momento é a adução transversal (alcançar através do corpo em direção ao ombro oposto).

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Controlar a dor e o inchaço
- Mobilidade articular precoce: aproximadamente 140° de flexão anterior e 40° de rotação externa ao lado do corpo até ao final desta fase

- Independência no programa de exercícios em casa

Conduta

- Tipóia apenas para conforto: reduzir e descontinuar nas primeiras 1–2 semanas, conforme o conforto permita
- Crioterapia 3–4 vezes ao dia, especialmente após os exercícios
- Mobilidade articular ativa imediata do pescoço, cotovelo, antebraço, pulso e mão
- Exercícios pendulares desde o primeiro dia
- Mobilidade articular do ombro passiva e ativa-assistida, conforme tolerado: elevação anterior, rotação externa e rotação interna atrás das costas, utilizando polias, uma vara ou bengala, e posições assistidas pela gravidade em decúbito dorsal
- Ativação da escápula e mobilidade articular periescapular; atenção ao ritmo escapuloumbral desde o início
- Fortalecimento do preênsil; isometrias suaves do ombro, conforme a dor permita
- Analgesia antes dos exercícios e das sessões de fisioterapia
- Programa em casa realizado 3–5 vezes ao dia

Precauções

- Evitar a adução transversal (horizontal)
- Sem exercícios de resistência do ombro além de isometrias suaves
- Sem levantamento de cargas além de objetos leves do dia a dia; sem apoio de peso através do braço (empurrar para levantar de uma cadeira ou cama)
- Não conduzir durante seis semanas (isto aplica-se a qualquer cirurgia ao ombro)

CrITÉRIOS para progressão

- Tipóia removida e dor a controlar
- Elevação assistida confortável até aproximadamente 140° e rotação externa até aproximadamente 40°

Fase II – Restaurando a amplitude de movimento (Semanas 2–6)

Com a remoção da tipóia, esta fase trabalha o ombro em direção à amplitude total de movimento em todas as direções: movimentos assistidos primeiro, seguidos de movimentos ativos. Quando a amplitude de movimento estiver próxima do normal, inicia-se o fortalecimento suave do manguito rotador e dos músculos da escápula com bandas elásticas e pesos leves. Utilize o braço normalmente nas atividades diárias, mas mantenha o levantamento de cargas modesto (não mais do que cerca de 5 kg) e evite qualquer atividade que exerça pressão ou carga intensa no braço. O movimento de adução transversa (alcançar através do corpo) é reintroduzido gradualmente durante esta fase, conforme a tolerância; é comum sentir alguma sensação de pinçamento no final desse movimento, que se resolve com o tempo. Muitas pessoas consideram útil aplicar calor antes do

alongamento e gelo após, e retomar exercícios de membros inferiores de menor intensidade, como caminhada, bicicleta ergométrica ou corrida, tipicamente a partir da quarta semana.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Amplitude de movimento ativa total ou quase total em todos os planos até o final da fase
- Cinemática escapuloumeral normalizada
- Iniciar o fortalecimento do manguito rotador e dos músculos periescapulares assim que a amplitude de movimento ativa estiver próxima do normal

Conduta

- Progressão da amplitude de movimento passiva e assistida para a amplitude ativa em todos os planos: flexão e elevação no plano escapular em direção ao normal, rotação externa ao lado do corpo e a 90° de abdução conforme a tolerância, rotação interna atrás das costas com alongamento suave da cápsula posterior
- Reintrodução gradual da adução transversa, guiada pelos sintomas
- Terapia manual e mobilização glenoumeral conforme indicado
- Progressão de isometria para fortalecimento do manguito rotador e dos estabilizadores escapulares com bandas elásticas, assim que a amplitude de movimento ativa estiver próxima do normal: altas repetições, baixa carga
- Aplicação de calor antes e gelo após as sessões, conforme a preferência; analgesia antes dos exercícios
- Retorno graduado às atividades diárias normais; condicionamento leve de membros inferiores (caminhada, bicicleta estacionária, corrida) a partir da quarta semana aproximadamente

Precauções

- Manter o levantamento de cargas leve: aproximadamente 5 kg ou menos no lado operado
- Evitar adução horizontal com carga no final da amplitude e posições de pinçamento (impingement)
- Não realizar exercícios de empurrar: supino, mergulho (dips), flexão de braço (push-ups)
- Adiar o alongamento combinado de abdução-rotação (90/90) se o ombro estiver irritável

Critérios para progressão

- Amplitude de movimento ativa total ou quase total sem desconforto significativo
- Fortalecimento com bandas tolerado sem exacerbação da dor

Fase III – Fortalecimento e retorno às atividades (Semanas 6–12)

Com o retorno completo da amplitude de movimento, a atenção volta-se para o **重建** da força e para o seu retorno às suas atividades habituais. O trabalho de resistência progride de bandas elásticas para halteres nos músculos do manguito rotador, deltoide e escapular, e os exercícios tornam-se mais funcionais: treino na academia, natação, um programa de lançamento graduado para lançadores, e um retorno escalonado às tarefas laborais e desportivas. A maioria das pessoas retorna ao desporto e a trabalhos mais pesados durante esta fase, entre aproximadamente oito e doze semanas, guiada pelo conforto e pela força, e não pelo calendário. Os exercícios de pressão que sobrecarregam mais a articulação acromioclavicular (supino, mergulhos e flexões) são os últimos a ser reintroduzidos, começando com carga leve e amplitude reduzida.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Restaurar a força, a resistência e o controlo neuromuscular da cintura escapular
- Retorno graduado às tarefas laborais, atividades recreativas e treino específico do desporto

Gestão

- Resistência progressiva para o manguito rotador, deltoide e estabilizadores escapulares: de bandas elásticas a halteres leves, tipicamente 2–3 séries de 8–15 repetições
- Adicionar trabalho excêntrico, exercícios de cadeia cinética fechada e, no final da fase, exercícios pliométricos, quando relevantes para o desporto do paciente
- Treino funcional e específico do desporto: natação, programa de lançamento por intervalos para lançadores, drills desportivos em condições controladas
- Retorno graduado às tarefas laborais completas e ao desporto, baseado em critérios

Precauções

- Reintroduzir os exercícios de pressão que sobrecarregam a articulação acromioclavicular (supino, mergulhos, flexões) por último: começar com carga leve, com amplitude de movimento reduzida, e evitar que os cotovelos desçam abaixo ou fiquem atrás da linha do corpo
- A progressão permanece guiada pelos sintomas: uma articulação acromioclavicular irritável melhora com uma breve redução da carga, e não ao forçar através da dor

CrITÉRIOS para progressão

- Amplitude de movimento funcional completa e sem dor
- Sem dor ou sensibilidade na área operada durante a carga
- Força a aproximar-se do lado contralateral nos testes

Fase IV – Retorno à atividade plena (a partir da 12ª semana)

A fase final é o retorno à atividade sem restrições. A vida cotidiana e a maioria dos esportes geralmente são retomados bem antes deste ponto; o que permanece é a carga mais intensa. A força de pressão na academia é reconstruída progressivamente, e o retorno ao desempenho anterior no supino pode levar até cerca de quatro meses. Atletas em esportes repetitivos acima da cabeça são reintegrados progressivamente ao longo de aproximadamente dois a quatro meses após a cirurgia. O retorno completo ao esporte e ao trabalho pesado é confirmado na sua consulta de acompanhamento, com base na mobilidade completa, carga confortável e exame satisfatório.

Para o seu fisioterapeuta:

Objetivos

- Retorno irrestrito ao trabalho, à academia e ao esporte
- Manter a força e a mecânica do cinto escapular a longo prazo

Conduta

- Avançar o condicionamento específico para a academia e para o esporte, conforme tolerado, incluindo a progressão da carga pesada de pressão com atenção à técnica que limita a tensão na articulação acromioclavicular (profundidade controlada, cotovelos não ultrapassando a linha do corpo)
- Completar as progressões de arremesso intervalado e de esportes acima da cabeça, quando aplicável

Precauções

- A progressão permanece guiada pelos sintomas: dor recorrente na região da articulação acromioclavicular com um exercício específico é um sinal para ajustar a carga ou a técnica antes de prosseguir

Após o seu protocolo

As fases acima são adaptadas de protocolos de reabilitação publicados para a excisão da clavícula distal (Departamento de Cirurgia Ortopédica da Universidade de Saint Louis, Medicina Esportiva da Universidade de Utah, Sports Surgery New York, Instituto Ortopédico de Palm Beach, OrthoVirginia e Especialistas em Medicina de Illinois), com os intervalos de semanas expressos como típicos, e não fixos. A sua reabilitação é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta, em colaboração com a prática clínica, com base na recuperação do seu ombro. Esta página complementa as orientações gerais de recuperação da prática clínica; consulte [o controle da dor pós-operatória](#) e [os cuidados com a ferida](#). Para a operação em si, consulte [excisão da clavícula distal](#).

A evidência clínica subjacente a esta operação e à sua reabilitação (incluindo a comparação entre a abordagem aberta e a artroscópica, a quantidade de osso removido e o motivo, bem como os protocolos publicados em que esta página se baseia) é resumida, com referências completas, na secção de evidências, disponível em formato PDF no topo desta página.