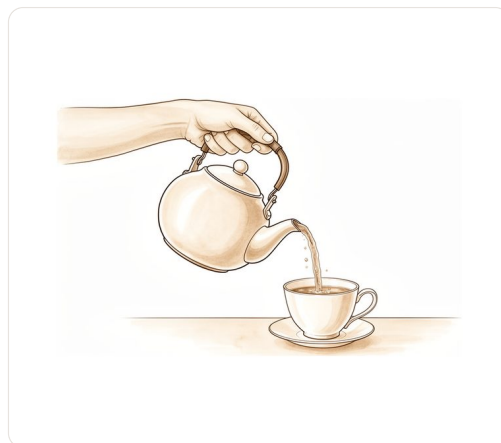


Artroplastia de Hemirressureição da Articulação Distal Rádio-Ulnar



A articulação radioulnar distal permite a rotação do antebraço, virando a palma para cima e para baixo, como ao despejar água de uma chaleira. A hemirressureição alivia uma articulação dolorosa e desgastada, mantendo essa rotação.

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 **artroplastia de hemirressureição com interposição da articulação radioulnar distal (ARUD)**, uma cirurgia que remodela a extremidade desgastada do antebraço para restaurar a rotação confortável e sem dor do antebraço, com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Ele começa com o seu programa de exercícios domiciliares, seguido pelo protocolo clínico estruturado escrito para o seu fisioterapeuta da mão; leve esta página ou o seu PDF à sua primeira sessão de terapia para que a reabilitação permaneça coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano dependendo de como a sua recuperação progride.

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida após a cirurgia, entre em contato com a clínica. Frequentemente, é útil tirar uma foto da ferida e enviá-la por e-mail para avaliação.

O que esperar

A articulação radioulnar distal (ARD) é a pequena articulação próxima ao pulso, no lado do dedo mínimo, onde os dois ossos do antebraço (o rádio e a ulna) se encontram. É a articulação que permite girar o antebraço, com a palma para cima (supinação) e com a palma para baixo (pronação). Quando esta articulação se desgasta e se torna artrítica, o giro do antebraço torna-se doloroso.

Numa **artroplastia de hemirressureição**, apenas a parte desgastada e artrítica da cabeça da ulna é lixada (uma remoção *parcial*: “hemi” significa metade), e um pequeno coxim do seu próprio tecido mole é introduzido no espaço para evitar o atrito entre as superfícies. Esta operação preserva as estruturas estabilizadoras principais, incluindo o TFCC (a rede de cartilagem e ligamentos que suporta o pulso nesse lado), o estilóide ulnar e as

inserções dos tecidos moles, de modo que a extremidade da ulna permanece suportada. É isto que a diferença da remoção completa da cabeça da ulna (procedimento de Darrach).

Como as superfícies articulares são remodeladas em vez de reparadas ou reconstruídas, não há tendão ou ligamento que precise de cicatrizar sob proteção durante meses. O objetivo desta operação é a **rotação do antebraço sem dor**, e a parte mais importante da sua reabilitação é iniciar precocemente esse movimento de rotação. Após um breve período de proteção com uma tala para permitir que os tecidos moles se estabilizem, a recuperação do giro do antebraço (palma para cima e palma para baixo) torna-se o foco principal da sua recuperação. A força e as cargas mais pesadas são adicionadas gradualmente posteriormente.

Precauções e limitações

- Durante as primeiras duas a três semanas, use o seu talhe conforme indicado; ele limita suavemente a rotação do antebraço enquanto o tecido interposto se estabiliza. Mantenha os dedos e (quando autorizado) o pulso em movimento.
- Uma vez autorizado a sair do talhe, priorize a rotação do antebraço, mantendo-a sem dor e sem carga. A rotação inicial deve ser feita com a mão vazia, não contra resistência.
- **NÃO** carregue o antebraço em rotação precocemente: evite abrir potes torcendo, torcer panos, usar chave de fenda ou carregar sacolas pesadas desse lado até que o fortalecimento seja autorizado (comumente entre seis e oito semanas).
- Este-se atento à dor ou sensação de instabilidade no lado do dedo mínimo do pulso ao empurrar ou carregar através do antebraço, pois esta é a área onde a cirurgia atuou. Informe-o ao seu terapeuta da mão; não force através dela.
- Mantenha os dedos, o polegar, o cotovelo e o ombro em movimento livre desde o início, e use a mão para tarefas diárias leves dentro do conforto, desde que não envolvam torção forçada ou com carga.

Para o cuidado da ferida, controle do inchaço e manejo da cicatriz, consulte as orientações da prática sobre [cuidados com a ferida](#).

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material informativo. Inicie-os apenas conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, mantendo-se dentro da amplitude e dos limites que lhe foram indicados. O **movimento dos dedos** começa imediatamente. A **rotação do antebraço** (o exercício em torno do qual toda esta cirurgia é baseada) e o **movimento do punho** iniciam-se quando você for liberado para sair da tala, geralmente entre duas a três semanas, e a rotação passa então a ser o seu foco principal. A **massagem na cicatriz** começa quando a ferida estiver completamente cicatrizada. O **fortalecimento da pegada e da rotação** pertence a uma fase posterior e não deve ser iniciado até que você receba liberação específica para tal. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda no lado do dedo mínimo do punho.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico em fases para a reabilitação após artroplastia de hemirressecção com interposição da articulação radioulnar distal. Esta seção deve ser fornecida ao seu terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está ocorrendo. Este é um procedimento de remodelação articular (artroplastia), e não de reparo: não há uma construção sob tensão a ser protegida por meses. A restrição deliberada é breve: um curto período de imobilização com tala para permitir que a interposição de tecidos moles e a cápsula se estabilizem, após o qual a restauração precoce da rotação do antebraço é a prioridade explícita, pois a rotação é a função que a operação visa restaurar. A principal carga a ser respeitada ao longo de todo o processo é o carregamento rotacional da ulna distal, que é o que provoca a instabilidade dolorosa do coto ulnar e a convergência radioulnar.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e seu histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente quanto a quaisquer procedimentos concomitantes (reparo do TFCC, osteotomia do rádio distal, neurectomia do nervo interosseo posterior, reconstrução dos extensores), à estabilidade do coto ulnar distal avaliada intraoperatoriamente e à tala prescrita e ao limite de rotação. Um reparo concomitante do TFCC ou uma osteotomia do rádio distal prolongam a fase protegida; uma hemirressecção isolada para artrite degenerativa ou pós-traumática segue o caminho mais curto descrito abaixo. O Dr. Hirpara preserva o TFCC, o estilóide ulnar e os anexos moles ulnares, de modo que a ulna distal permanece suportada, e a reabilitação pode, portanto, priorizar a rotação precoce.

FASE I – PROTEÇÃO E ESTABILIZAÇÃO EM TALAS (SEMANAS 0 A 2-3)

As primeiras duas a três semanas protegem a interposição dos tecidos moles e a cápsula, mantendo o resto do membro móvel. O antebraço é mantido em uma tala (comumente uma tala ou gesso acima do cotovelo, tipo Muenster, que limita a rotação do antebraço), removida apenas para higiene e, no final da fase, para a primeira rotação suave. Os dedos se movem desde o primeiro dia.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Imobilizar na tala prescrita (acima do cotovelo, tipo Muenster, ou conforme o cirurgião), limitando a **rotação do antebraço**; removida apenas para higiene e exercícios liberados - **Sem rotação do antebraço com carga**; sem apoio de peso ou torção através do antebraço operado - Reassegurar que a fraqueza inicial da pegada e o inchaço no lado ulnar são esperados

Conduta - Ferida: curativos cirúrgicos conforme orientação; monitorar sinais de infecção - Edema: elevação, bombeamento suave da mão, gelo conforme necessário - Exercícios: **mobilidade ativa (ROM) dos dedos, do polegar e (se não bloqueada pela tala) do ombro desde o primeiro dia**; mobilidade suave do cotovelo conforme a tala permitir; introduzir **rotação ativa suave, sem dor, do antebraço** nos últimos dias desta fase, se o cirurgião permitir a remoção precoce

Crterios para progresso - Estabilização da ferida; período de tala (≈ 2-3 semanas para hemirressessão isolada) concluído; liberado pelo cirurgião para rotação ativa

FASE II – ROTAÇÃO PRECOCE DO ANTEBRAÇO (A PRIORIDADE) (SEMANAS 2-3 A 6)

Esta é a fase definidora. Fora da tala, a pronação e supinação ativas tornam-se o foco principal da reabilitação: suaves, frequentes, sem dor e sem carga. O movimento do punho é adicionado. A rotação é a função restaurada pela cirurgia, por isso é trabalhada ativamente nesta fase, enquanto a carga ainda é evitada.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Pronação/supinação ativa e passiva do antebraço (restauração alvo em direção aos ~80° em cada direção relatados nas séries de resultados); amplitude de movimento (AM) do punho e dos dedos; dor na ulna do punho; edema; revisão da ferida/cicatriz

Educação e precauções - **A rotação do antebraço é a prioridade:** pronação/supinação ativa frequente, sem dor e sem carga, com o cotovelo junto ao tronco para isolar o antebraço - **Sem rotação resistida ou com carga, sem preensão forte e sem tarefas de torção até ~6-8 semanas** - Algumas talas limitam ainda mais a rotação no final da amplitude por algumas semanas após a remoção do gesso; respeite qualquer limite prescrito

Conduta - Exercícios: pronação/supinação ativa e ativa-assistida como foco principal; flexão/extensão ativa do punho e desviação radial/ulnar; continuar a AM dos dedos e preensão (sem preensão resistida ainda); iniciar o manejo da cicatriz assim que a ferida estiver completamente cicatrizada - Modalidades para edema e cicatriz conforme necessário

Critérios para progressão - Rotação ativa do antebraço próxima da amplitude total, controlada e **sem dor**; ferida cicatrizada; dor $\leq 3/10$; sem dor provocativa no lado ulnar durante a rotação suave

FASE III – FORTALECIMENTO E RETORNO (SEMANAS 6-8 E ALÉM)

Assim que a rotação for restaurada e indolor, o fortalecimento começa e é progressivamente intensificado: primeiro o grip, depois a **rotação do antebraço com carga**, observando especificamente a instabilidade dolorosa do toco ulnar ou a convergência radioulnar sob carga. O retorno a atividades mais pesadas e ao esporte é baseado em critérios.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Força de grip em comparação com o lado oposto (relatório da série de resultados indica recuperação em direção a ~85-90% do lado contralateral); força de rotação do antebraço e qualquer dor ou instabilidade na rotação **com carga**; testes funcionais e específicos para trabalho/esporte, conforme apropriado

Educação e precauções - Introduzir o **grip resistido** primeiro, depois a **rotação do antebraço com carga graduada** (por exemplo, movimentos de martelo com peso leve) a partir de cerca de seis a oito semanas; aumentar a carga lentamente - Observar **instabilidade dolorosa do toco ulnar / convergência radioulnar sob carga axial ou rotacional**: se provocada, reduzir a carga e comunicar-se com o cirurgião

Conduta - Exercícios: grip progressivo/trabalho com massa de modelar; pronação/supinação resistida graduada (leve → moderada); carga específica para tarefas; continuar qualquer trabalho de ROM residual - Considerar a alta quando a rotação e o grip forem funcionais e quase simétricos, e for alcançado um retorno adequado da função - Considerar a remissão de volta ao médico assistente se a recuperação estagnar, ou se houver dor persistente ao carregar o lado ulnar sugerindo instabilidade do toco ou convergência

CrITÉrios para retorno à carga/esporte - Força de grip e rotação quase simétrica; rotação com carga sem dor; sem instabilidade nos testes funcionais

Retornar ao trabalho e às atividades

O uso leve das mãos nas atividades diárias (comer, escrever, cuidados pessoais leves) é incentivado desde o início, dentro dos limites do conforto, desde que não envolva torção forçada ou sob carga do antebraço. Como o antebraço é imobilizado precocemente e você precisa ser capaz de controlar o volante com segurança (incluindo girá-lo), planeje ajuda para o transporte nas primeiras semanas; a direção do veículo só é retomada quando você sai da tala e consegue girar o antebraço com conforto e segurança para fazer a direção, conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento.

Tarefas que exigem torção sob carga (abrir potes difíceis, torcer panos, usar chave de fenda, carregar sacolas pesadas desse lado) só devem ser realizadas após liberação para fortalecimento (comumente por volta de seis a oito semanas) e devem ser introduzidas gradualmente. O retorno a trabalhos manuais mais pesados e à prática esportiva segue a mesma progressão baseada em critérios e depende da recuperação da rotação do antebraço e da força de preensão sem dor, próximas da simetria, avaliadas pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, e não apenas pelo calendário.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#), [o cuidado com a ferida](#) e [o manejo da cicatriz](#). Se o seu problema na articulação radioulnar distal (DRUJ) tiver sido consequência de uma fratura do punho, o protocolo de [fixação da fratura do rádio distal](#) é um complemento útil. O plano em fases acima reflete as orientações de reabilitação publicadas após a artroplastia de hemirressecção da articulação radioulnar distal, e a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu antebraço.