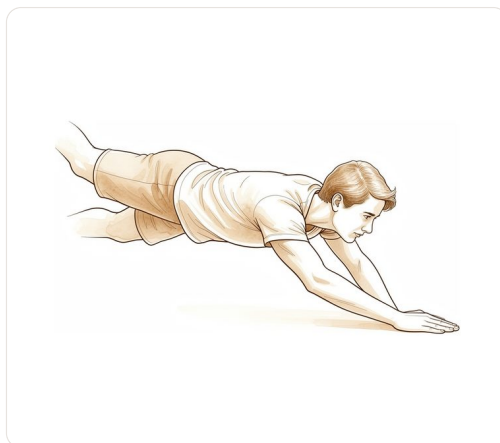


Substituição da Cabeça Radial

A cabeça radial no cotovelo frequentemente se fragmenta em uma queda sobre a mão estendida; quando não pode ser reparada, é substituída por um implante metálico para manter a estabilidade e a mobilidade do cotovelo.

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 **substituição da cabeça do rádio** no cotovelo (onde uma cabeça do rádio fraturada é substituída por um implante metálico pequeno) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Começa com o seu programa de exercícios em casa, seguido pelo protocolo clínico estruturado escrito para o seu terapeuta da mão; traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira sessão de terapia para que a sua reabilitação permaneça coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano dependendo de como a sua recuperação avança e do que exatamente foi reparado durante a sua operação.

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 e-mail para avaliação.

O que esperar

A cabeça radial é a parte superior arredondada de um dos dois ossos do antebraço, onde se articula com o cotovelo. Quando está fragmentada em pedaços demais para ser reparada, é substituída por um **implante metálico** pequeno que restaura um cotovelo estável e congruente e um eixo de rotação do antebraço suave. Isso frequentemente é realizado como parte do reparo de uma lesão mais complexa, uma fratura-luxação às vezes chamada de “**triada terrível**”, na qual a cabeça radial, uma parte da coronoide e os ligamentos laterais do cotovelo estão todos lesionados simultaneamente.

Como o implante restaura a estabilidade, a prioridade da sua reabilitação é o movimento precoce e protegido para prevenir rigidez; os cotovelos são muito propensos a ficar rígidos após esse tipo de lesão, e a melhor proteção contra isso é iniciar os movimentos precocemente. Seu cotovelo é mantido em repouso em uma **mancilha simples para conforto** entre os exercícios (não uma órtese com articulação), e a manilha é removida para os exercícios e para a higiene.

Dois fatores determinam a rapidez e a amplitude do seu movimento:

- **Quaisquer ligamentos reparados precisam de proteção.** Se o ligamento do lado externo do cotovelo (ligamento colateral lateral) foi reparado, o antebraço é mantido e exercitado **com a palma voltada para baixo (pronação)** nas fases iniciais; se o ligamento do lado interno (ligamento colateral medial) foi reparado, é mantido **com a palma voltada para cima (supinação)**; se ambos, em uma posição neutra intermediária. Seu fisioterapeuta informará qual protocolo se aplica ao seu caso.
- **O cotovelo deve ser protegido contra estresse em varo (lateral) e, nas fases iniciais, contra a extensão completa** se o cotovelo estava instável. É por isso que a amplitude de movimento é liberada gradualmente, em etapas, e não de uma só vez.

A amplitude de movimento é progressiva, com o fortalecimento geralmente iniciando por volta das seis semanas e o retorno às atividades completas por volta dos três meses. O implante e a cicatrização continuam a se estabilizar por vários meses, razão pela qual a carga mais pesada é reintroduzida gradualmente.

Precauções e limitações

- Use a simples atadura para conforto, conforme orientado; não é uma órtese articulada, e deve ser removida para os exercícios e para a higiene.
- Mantenha o antebraço na posição indicada pelo seu terapeuta durante os exercícios iniciais (palma para baixo se o ligamento lateral externo foi reparado, palma para cima se foi o interno, neutro se ambos), o que protege a reparação.
- **NÃO** aplique stress varo (lateral) no cotovelo; evite apoiar-se no cotovelo ou deixar o braço pendurado sem suporte ao longo do corpo nas fases iniciais.
- **NÃO** force a extensão completa nas fases iniciais se lhe foi dito que o cotovelo era instável; estenda apenas dentro do seu intervalo permitido.
- **NÃO** levante, empurre, puxe ou suporte peso através do braço operado até que seja autorizado (comumente por volta das seis semanas); mantenha o uso da mão nas fases iniciais leve.
- Mantenha o ombro, o punho e os dedos em movimento desde o início, e **NÃO** conduza enquanto o braço estiver na atadura ou não conseguir controlar o volante com segurança.

Para a gestão da ferida, edema e cicatriz, consulte as orientações da prática sobre [cuidados com a ferida](#).

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material didático. Inicie-os apenas conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, mantendo-se dentro da amplitude e da posição do antebraço que lhe foram prescritas. Os exercícios iniciais mantêm o cotovelo e o antebraço em movimento para prevenir rigidez, sem sobrecarregar qualquer reparo: flexão e extensão do cotovelo assistidas ativamente, rotação suave do antebraço na direção

permitida e manutenção da liberdade do ombro e da mão. O fortalecimento e o cuidado com a cicatriz pertencem a fases posteriores e não devem ser iniciados até que você receba liberação específica. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda ou a sensação de que o cotovelo está cedendo.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico em fases para a reabilitação após a substituição da cabeça do rádio (artroplastia da cabeça do rádio), mais comumente realizada para uma fratura cominutiva da cabeça do rádio não reconstrutível, frequentemente como parte de uma fratura-subluxação do tríade terrível. Esta seção deve ser fornecida ao terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está ocorrendo. O implante restaura uma articulação radiocapitelar estável e congruente, de modo que o princípio orientador é o movimento precoce protegido para prevenir a rigidez a que estes cotovelos estão propensos, com o arco de movimento e a rotação do antebraço condicionados pela integridade de quaisquer reparos dos ligamentos colaterais e do coronoide.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e a avaliação de estabilidade sob anestesia, e entre em contato com o cirurgião assistente sobre: quais ligamentos colaterais e/ou coronoide foram reparados, o arco estável demonstrado intraoperatoriamente e a rotação protegida do antebraço. O Dr. Hirpara imobiliza o cotovelo em uma simples atadura para conforto (sem órtese articulada) e favorece uma abordagem de movimento precoce acelerada, onde a estabilidade permitir. Regra da posição do antebraço: reparo do LCL → exercício/repouso em pronação; reparo do MCL → supinação; ambos → posição neutra intermediária; evite estresse em valgo e, onde o cotovelo era instável, a extensão terminal precoce.

FASE I – MOVIMENTO PROTEGIDO PRECOCE (SEMANAS 0 A 2)

As primeiras duas semanas iniciam com movimento protegido suave assim que a estabilidade da ferida o permitir (frequentemente dentro da primeira semana) para prevenir a rigidez. O braço permanece em uma simples atadura para conforto, sendo removida para exercícios e higiene. O cotovelo percorre seu arco seguro com o antebraço mantido na rotação protetora para o ligamento que foi reparado.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Imobilizar com uma **simples atadura para conforto** (sem órtese com dobradiça); removê-la para exercícios e lavagem - Iniciar flexão-extensão ativa-assistida/ativa do cotovelo dentro do **arco estável demonstrado intraoperatoriamente**; evitar a extensão terminal se o cotovelo estava instável -

Rotação do antebraço na posição protetora: pronação se o LCL foi reparado, supinação se o MCL foi reparado, posição neutra no meio do arco se ambos foram reparados - **Nenhum estresse em valgo** a qualquer momento; realizar exercícios acima da cabeça em decúbito dorsal se instável para neutralizar o estresse em valgo e usar a gravidade para coaptar a articulação - Não apoiar peso ou empurrar através do braço operado

Conduta - Ferida: curativos cirúrgicos conforme orientação; confirmar a estabilidade da ferida antes de iniciar o movimento - Edema: elevação, bombeamento suave da mão, gelo conforme necessário - Exercícios: AAROM/ flexão-extensão ativa do cotovelo dentro do arco estável; prona/supinação do antebraço na direção protegida com o cotovelo a 90°; amplitude de movimento (ROM) ativa completa do ombro, punho, mão e preensão

Critérios para progressão - Ferida em cicatrização; movimento controlado e confortável dentro do arco protegido

FASE II – PROGRESSÃO DO ARCO E ROTAÇÃO DO ANTEBRAÇO (SEMANAS 2 A 6)

Das duas às seis semanas, o arco protegido é gradualmente alargado em direção à extensão completa e a rotação do antebraço é aberta em ambas as direções, com o objetivo de alcançar pronação/supinação completa por volta das oito semanas. O fortalecimento e a carga continuam a ser evitados.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Flexão-extensão do cotovelo ativa e passiva e rotação do antebraço; dor e inchaço; revisão da ferida/cicatriz; sintomas de estabilidade

Educação e precauções - Progressão em direção à **extensão completa** conforme a estabilidade permitir (libertar gradualmente qualquer bloqueio precoce da extensão) - Progressão da **rotação do antebraço em ambas as direções** em direção à completa, mantendo ainda cautela com o ligamento reparado no início desta fase - Continuar a evitar o estresse em valgo e qualquer carga através do braço

Gestão - Exercícios: alargar o arco de flexão-extensão do cotovelo para a completa; progressão da pronação/supinação em direção à amplitude de movimento (ROM) completa (objetivo de completa por volta das 8 semanas); iniciar a gestão da cicatriz assim que a ferida esteja cicatrizada; continuar a ROM do ombro/punho/mão - Um programa de mobilização em decúbito dorsal (supino) continua a ser útil onde a instabilidade residual é uma preocupação

Critérios para progressão - Aproximação da amplitude de movimento completa sem dor; sem sintomas de instabilidade; dor $\leq 3/10$

FASE III – FORTALECIMENTO E RETORNO (SEMANAS 6 A 12 E ALÉM)

Uma vez que o movimento seja restaurado e os reparos sejam considerados seguros (comumente por volta das seis semanas), o fortalecimento começa e é incrementado gradualmente (primeiro a preensão, seguidos de exercícios de flexão/extensão e prono/supinação do cotovelo e antebraço com resistência), progredindo ao longo das semanas seguintes. O retorno a atividades mais pesadas é baseado em critérios, tipicamente por volta dos três meses.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Força do cotovelo e do antebraço em comparação com o lado contralateral; resposta à dor/inchaço ao carregamento; testes funcionais e específicos para trabalho/esporte, conforme apropriado

Educação e precauções - Iniciar **fortalecimento com resistência suave** (preensão → flexão/extensão e prono/supinação do cotovelo com resistência) a partir de cerca de seis semanas; aumentar a carga gradualmente - Progredir para carregamento funcional e específico para o trabalho, conforme tolerado; evitar carregamento pesado súbito ou de impacto no início

Conduta - Exercícios: fortalecimento progressivo com resistência do cotovelo/antebraço (banda → pesos leves); fortalecimento da preensão; carregamento funcional graduado; continuar qualquer trabalho de mobilidade

residual - Observar e relatar dor persistente ou piorante, sintomas mecânicos ou perda de movimento (possível sobrecarga/afrouxamento do implante ou desgaste capítelar), e encaminhar de volta ao médico assistente se a recuperação estagnar ou houver um resultado insatisfatório - Considerar a alta quando o movimento for funcional e a força estiver quase simétrica

Critérios para retorno à atividade plena - Amplitude de movimento (ROM) funcional e sem dor; força quase simétrica; cotovelo confiante e estável sob carga

Retorno 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 empurrar, levantar objetos ou suportar peso através do cotovelo. Como não deve conduzir o veículo enquanto o braço estiver na atela ou incapaz de controlar o volante de forma segura, planeie apoio para os transportes nas primeiras semanas; a condução retoma quando deixar de usar a atela e conseguir controlar o carro, conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento.

O fortalecimento geralmente começa por volta das seis semanas e é progressivo. O retorno a trabalhos mais pesados, levantamento de cargas e prática desportiva ocorre tipicamente por volta dos três meses, e baseia-se na recuperação do movimento completo, sem dor, e de força adequada e simétrica, com um cotovelo estável, sendo avaliada pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, e não apenas pelo calendário. O trabalho manual pesado e os desportos de contato seguem a mesma progressão baseada em critérios.

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](#). O plano por fases acima reflete as orientações publicadas de reabilitação após artroplastia da cabeça do rádio e reconstrução do tríade terrível, e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão de acordo com a evolução do seu cotovelo e exatamente o que foi reparado.