

Libertação do Cotelo Rígido (Artrolise)

Cotovelo rígido após lesão ou cirurgia — a cápsula espessada e contrátil que uma operação de libertação libera.

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 uma cirurgia para libertar um cotovelo rígido (uma libertação, ou **artrolise**) 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 fisioterapeuta ou terapeuta da mão**; traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira sessão de terapia, para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano, dependendo da forma como a sua recuperação progride.

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

Um cotovelo rígido após uma lesão ou cirurgia prévia ocorre porque o revestimento (cápsula) da articulação espessa e contrai, e por vezes forma-se osso adicional, impedindo que o cotovelo dobre e estique completamente. Durante a cirurgia de libertação, realizada por cirurgia artroscópica (por chave) ou através de uma incisão aberta, o cirurgião remove essa cápsula contrátil (e qualquer osso extra ou cicatriz aprisionada) para que o cotovelo volte a mover-se livremente na mesa de operações.

O aspeto mais importante a compreender é que esta recuperação é o oposto de uma cirurgia de reparação. Não há nada que tenha sido suturado ou fixado que necessite de semanas de repouso para sarar. Em vez disso, o cirurgião estabelece um arco de movimento quase completo durante a operação, e a **tarefa principal da sua reabilitação é manter esse movimento**, porque a tendência natural do cotovelo após a cirurgia é voltar a ficar rígido. É por isso que **não há tala nem fase de proteção**: começa a mover o cotovelo no primeiro dia, e move-o com firmeza e frequência. O inimigo aqui é o retorno da rigidez, e não a falha dos tecidos.

Para a gestão da ferida, inchaço e cicatrizes, consulte as orientações da clínica sobre [cuidados com a ferida](#). O inchaço e a dor são os principais fatores que limitam o movimento nos primeiros dias, pelo que o seu controlo através da elevação, gelo e medicação analgésica é uma parte importante para manter o arco de movimento.

A maior parte da sua melhoria ocorre entre as 6 semanas e os 3 meses, e o cotovelo atinge geralmente o seu melhor arco de movimento estabilizado por volta dos **4 meses**. Para manter e até aumentar o seu arco de movimento, é utilizado um programa de imobilização (splinting) durante a noite e nos períodos de repouso, que é continuado por **pelo menos 3 meses**.

Precauções e limitações

- **Faça** iniciar a mobilização do cotovelo no primeiro dia, e mantenha-o em movimento, pouco e frequentemente ao longo do dia: esta é a base da sua recuperação.
- **Faça** pressionar suavemente até ao final de cada alongamento; ao contrário de uma reparação, não há uma construção para proteger, pelo que atingir a amplitude de movimento é o objetivo.
- **Faça** controlar o inchaço e a dor com elevação, gelo e a medicação analgésica prescrita: são estes fatores que limitam o seu movimento, e não a cirurgia em si.
- **Faça** tomar qualquer medicação anti-inflamatória (como a indometacina) exatamente conforme prescrito, se o Dr. Hirpara a tiver iniciado para evitar a formação de osso extra.
- **Faça** usar a tala noturna/de repouso conforme indicado, durante pelo menos 3 meses, para manter e consolidar a amplitude de movimento conquistada.
- **Não faça** repousar o cotovelo ou “poupar” a articulação para a deixar estabilizar: é assim que a rigidez volta.
- **Não se alarme** com formigueiro ou dormência nos dedos mínimo e anelar; o nervo no lado medial do cotovelo (o nervo ulnar) pode tornar-se mais sensível à medida que a flexão melhora, pelo que deve informar o Dr. Hirpara ou o seu terapeuta para que possa ser reavaliado.

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material para recuperar e manter a mobilidade do cotovelo e do antebraço. Inicie-os conforme orientado pelo Dr. Hirpara e seu fisioterapeuta; neste protocolo, eles começam imediatamente. Eles devem ser realizados com firmeza e frequência, pois a amplitude que você mantém é a amplitude que utilizará por meio desses exercícios diariamente.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico de reabilitação após a liberação cirúrgica (artrolise) de um cotovelo rígido. Esta seção deve ser fornecida ao seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão, e cada uma das fases abaixo inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está ocorrendo. O princípio fundamental é que o cirurgião estabelece um arco de movimento próximo ao completo na mesa de cirurgia; o papel da reabilitação é

não perder esse arco. Não há fixação a proteger e, portanto, não há fase de proteção: o controle da dor e do edema são os limitadores da taxa de progresso, e não a cicatrização tecidual.

DIA 0 A 2 APÓS A SUA CIRURGIA

No primeiro ou segundo dia, o cotovelo é mantido em repouso breve, o braço é mantido elevado e o inchaço é controlado com gelo e compressão. O cotovelo é frequentemente suportado numa posição de **completa extensão**, porque a extensão é o movimento mais comumente perdido e aquele para o qual se deve tender. Se a formação óssea extra for uma preocupação (por exemplo, após remoção de osso extra, ou uma lesão original de alta energia), o Dr. Hirpara pode iniciar uma medicação anti-inflamatória agora para a desencorajar.

Para o seu fisioterapeuta:

Antes do tratamento, verifique as imagens do paciente, o relatório cirúrgico e o histórico médico prévio (HMP), e entre em contacto com o cirurgião tratante relativamente ao arco intra-operatório alcançado, qualquer procedimento no nervo ulnar, e se a profilaxia de ossificação heterotópica (OH) foi iniciada.

Posição e edema

- Imobilização breve em **extensão completa** com talco acolchoado; braço elevado; crioterapia/compressão para edema
- Drenos tipicamente removidos no DPC1

Profilaxia de OH (se indicada)

- Indometacina (por exemplo, 25 mg 3 vezes ao dia, ou 75–100 mg/dia) durante 3–6 semanas quando indicado, especialmente após excisão de OH ou trauma de alta energia; ± radioterapia perioperatória em dose única em casos selecionados de alto risco (decisão do cirurgião)

A PARTIR DO DIA 1 – MOBILIZAÇÃO ATIVA AGRESSIVA IMEDIATA

Este é o cerne do protocolo. A tala é removida no primeiro dia pós-operatório e **inicia-se o movimento firme e frequente**: flexão, extensão e rotação do antebraço assistida ativamente e passivamente, com o objetivo de recuperar a amplitude total que o cirurgião alcançou na mesa cirúrgica. Não há limite de amplitude: o objetivo é a arco completo intraoperatório.

Para o seu fisioterapeuta:

Limite de amplitude (ROM)

- **Nenhum.** Recuperar o arco completo intraoperatório. Remoção da tala no DPO1.

Exercícios

- ROM assistida ativamente e passiva em flexão, extensão, pronação e supinação; direcionar o alongamento para a direção mais restrita (geralmente extensão)
- **CPM opcional**: se utilizado, iniciar no hospital no DPO1–2 com a amplitude disponível completa (comumente citada como 0–145° com um suporte atrás do cotovelo) e continuar em casa até ~4 semanas,

além da fisioterapia. A CPM é apenas um coadjuvante e não foi demonstrada superior à fisioterapia supervisionada; o uso é discricionário do cirurgião.

- Frequência: fisioterapia supervisionada diária na primeira semana pós-operatória, depois 2-3x/semana por ~6 semanas

Critérios para progressão

- Manutenção do arco na mesa cirúrgica; edema e dor controlados

SEMANAS 2 A 6 — MANTER O ARCO E INTRODUIR A TALAS

O movimento continua de forma firme. Para manter e desenvolver a amplitude de movimento, é adicionado um **programa de talas** à noite e nos períodos de repouso: um alongamento prolongado de baixa carga mantido no final do arco, alternando entre flexão e extensão.

Para o seu fisioterapeuta:

Exercícios e talas

- Continuar a amplitude de movimento (ROM) ativa agressiva / ativa-assistida / passiva
- Adicionar **talas estático-progressivas (ou dinâmicas / seriadas-estáticas / de manivela)** para alongamento prolongado de baixa carga no final do arco: um programa noturno/de repouso alternando flexão e extensão. As talas estático-progressivas (torque incremental inelástico, ajustado pelo paciente) são a modalidade preferida para contraturas de flexão do cotovelo.
- Manejo do edema e da cicatriz

Critérios para progressão

- Arco mantido ou excedido; pronto para carga por volta da semana 6

SEMANAS 6 A 12 — FORTALECIMENTO E USO CONTÍNUO DA ÓRTESE

Assim que o movimento estiver estável, geralmente por volta das 6 semanas, **inicia-se o fortalecimento** com exercícios resistidos progressivos, conforme a tolerância. O programa de uso da órtese continua.

Para o seu fisioterapeuta:

Exercícios e uso da órtese

- Iniciar o fortalecimento resistido progressivo assim que o movimento estiver estável (tipicamente ~6 semanas)
- **Continuar o uso da órtese por pelo menos ~3 meses** no pós-operatório para um ROM final ideal

POR VOLTA DE 16 SEMANAS — PLATÔ

Séries publicadas relatam que os pacientes atingem seu **arco máximo de movimento em uma média de aproximadamente 16 semanas**, com a maior parte da recuperação ocorrendo entre 6 semanas e 3 meses. Essa expectativa deve ser estabelecida no pré-operatório. Os ganhos finais mantidos nos arcos de flexão/

extensão e rotação são tipicamente preservados a longo prazo (acompanhamento de aproximadamente 15 meses em grandes coortes).

Para o seu fisioterapeuta:

- Arco máximo atingido em uma média de ~16 semanas; orientar que nenhum limiar pré-operativo de amplitude de movimento prevê de forma confiável a trajetória de recuperação; aplicar o mesmo cronograma de ~16 semanas a todos os pacientes

Retornar ao trabalho e às atividades

Como não há fixação para proteger, o retorno às atividades do dia a dia é guiado pelo seu **conforto, inchaço e amplitude de movimento que você está mantendo**, em vez de esperar por alguma estrutura cicatrizar. O uso leve do braço para tarefas diárias é incentivado desde o início; de fato, o uso normal do cotovelo ao longo do dia faz parte do tratamento.

O fortalecimento, e com ele tarefas mais pesadas e exigentes, começa por volta das 6 semanas, quando o seu movimento estiver estável, e é progressivamente aumentado conforme sua força e amplitude de movimento permitirem. A maioria das pessoas atinge sua amplitude e função estáveis por volta dos 4 meses, e os ganhos obtidos são tipicamente mantidos a longo prazo. O retorno à direção, às funções laborais e aos esportes depende da recuperação de movimento, força e controle suficientes para a tarefa específica; discuta o momento adequado para o seu caso com o Dr. Hirpara e seu terapeuta, pois isso varia conforme sua profissão e a extensão da sua cirurgia. A mensagem mais importante é manter o programa de mobilização e de uso de tala noturna/em repouso durante todo o período, pois é isso que protege a amplitude de movimento que você se esforçou para recuperar.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica: consulte [o controle da dor pós-operatória](#) e [os cuidados com a ferida](#). Para uma recuperação do cotovelo relacionada em que o revestimento articular é libertado, consulte [a libertação capsular](#). O plano por fases acima descrito está em conformidade com a evidência publicada sobre a reabilitação após libertação de contratura do cotovelo, e a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu cotovelo.