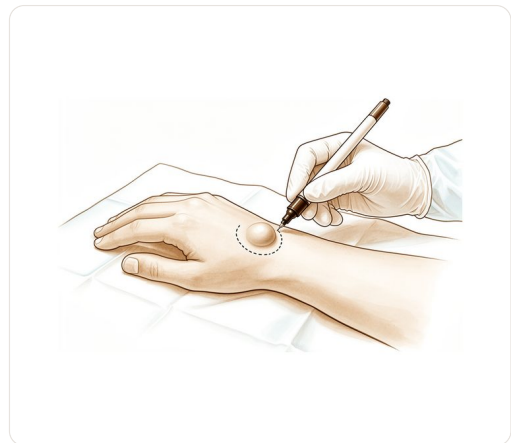


Excisão de Ganglion do Pulso

Um cisto ganglionar do pulso é uma ciste preenchida por fluido, conectada por um pedículo à articulação do pulso; a excisão remove a ciste e seu pedículo até a cápsula articular.

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 remoção cirúrgica (**excisão**) de um **gânglio do pulso**, uma ciste preenchida por líquido que se origina na articulação do pulso, 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**; 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 consoante a evolução da sua recuperação.

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 cisto ganglionar do pulso é um cisto cheio de líquido, com aspecto de balão, conectado por um **pedículo** estreito ao revestimento da articulação do pulso. A maioria aparece na parte posterior do pulso (ganglionar dorsal); algumas aparecem na parte frontal, do lado do polegar (ganglionar volar). Durante a cirurgia, o Dr. Hirpara remove o cisto juntamente com o seu **pedículo**, até à cápsula da articulação do pulso, removendo a raiz bem como o nódulo, pois deixar o pedículo para trás é a principal razão pela qual um ganglionar pode recidivar. A cirurgia pode ser realizada por via aberta (através de uma pequena incisão) ou com instrumentos de videocirurgia (artroscopia).

Como nada foi *reparado* ou *reconstruído* (um cisto foi simplesmente removido), não há tendão ou ligamento que precise de ser protegido durante semanas. A recuperação segue, portanto, um plano de **mobilização precoce**, cujo objetivo principal é permitir que o pulso se mova prontamente:

- **A rigidez é o problema mais comum após esta cirurgia**, muito mais frequente do que a recidiva do cisto. O pulso que permanece em repouso prolongado após a excisão de um ganglionar pode perder amplitude de movimento.

- A imobilização é mantida ao mínimo: uma bandagem macia, por vezes com uma tala leve para o pulso apenas por conforto, durante apenas alguns dias até uma ou duas semanas. Em seguida, o paciente deve mover o pulso precocemente, em todas as direções.

Os seus dedos, que não foram submetidos a cirurgia, mantêm-se móveis na totalidade desde o primeiro dia. A mobilidade do pulso é progressivamente ampliada à medida que a ferida cicatriza, e a força de preensão e a carga são reintroduzidas gradualmente. A maioria das pessoas retoma as atividades habituais por volta das quatro a seis semanas.

Precauções e limitações

- Mantenha os dedos, o polegar e o cotovelo em movimento completo desde o primeiro dia; apenas o punho requer um início gradual de mobilização.
- Use o curativo macio ou tala de conforto apenas pelo tempo indicado (comumente alguns dias até uma a duas semanas). O objetivo é o conforto, não imobilizar o punho por longos períodos; a mobilização precoce é o objetivo aqui, não o repouso.
- **NÃO** mergulhe a ferida ou molhe o curativo até que lhe seja dito que a ferida está selada; mantenha-a limpa e seca.
- Evite preensão forte, levantamento de peso e suporte de carga através do punho nas primeiras semanas, e retome essas atividades gradualmente, em vez de todas de uma vez.
- Se você teve um **cisto ganglionar volar (face anterior do punho)**, o cisto pode ficar próximo à **artéria radial** (um pulso que você pode sentir na face anterior do punho); informe imediatamente a equipe se notar inchaço incomum, frieza ou mudança de cor na mão.
- **NÃO** dirija até que possa controlar o volante com conforto e esteja fora de qualquer tala, conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento.

Para o manejo da ferida, do inchaço e da cicatriz, consulte as diretrizes de [cuidados com a ferida](#) da prática.

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material didático. Inicie-os conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão. Os exercícios iniciais (movimento do punho em todas as direções, rotação do antebraço e movimento dos dedos) são o cerne desta recuperação e devem começar nos primeiros dias, pois mover o punho precocemente é o que previne a rigidez que, de outra forma, seguiria esta operação. A massagem na cicatriz começa após a cicatrização completa da ferida, e o fortalecimento da preensão é adicionado um pouco mais tarde, conforme o conforto permitir. Nenhum desses exercícios deve ser doloroso de forma aguda; reduza a intensidade de qualquer atividade que cause tal dor.

O seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico escalonado para reabilitação após excisão de ganglion do punho. Esta secção deve ser fornecida ao seu terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está a acontecer. Trata-se de uma **excisão, não de uma reparação**: não há nenhuma estrutura a proteger, pelo que o princípio orientador é a **imobilização mínima seguida de mobilização ativa precoce do punho em todos os planos para prevenir a rigidez pós-excisão**, que é a complicação mais comum após este procedimento.

Antes do início do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e o seu histórico médico, e entre em contacto com o cirurgião tratante relativamente à localização (dorsal vs. volar), à abordagem cirúrgica (aberta vs. artroscópica), à integridade da cápsula dorsal/volar e a qualquer achado concomitante. O Dr. Hirpara excisa o cisto com a sua haste até à cápsula articular. Para os ganglions volares, note a proximidade da artéria radial. Não existe um arco protegido nem uma estrutura para descarregar tensão; a única restrição deliberada é uma curta janela de evitamento de pegada forte/carga enquanto os tecidos moles se estabilizam.

FASE I – IMOBILIZAÇÃO MÍNIMA E MOVIMENTO PRECOCE (DIAS 0 A ~14)

A primeira fase protege a ferida enquanto promove o movimento precoce do punho. A imobilização é deliberadamente breve (uma compressão macia, com uma tala leve para o punho apenas para conforto, se necessário), e o punho inicia o movimento ativo em todas as direções nos primeiros dias. As evidências da revisão sistemática indicam que a imobilização limitada de duas semanas ou menos, ou nenhuma imobilização, não altera significativamente o resultado, enquanto o repouso prolongado aumenta o risco de rigidez.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Compressão macia, com uma tala leve para o punho opcional apenas para conforto; reduzir gradualmente ao longo de dias, não de semanas - Evitar imobilização rígida prolongada: limitar qualquer uso de talas a **≤ 2 semanas** (comumente alguns dias) - Manter a ferida limpa e seca até que esteja selada; **movimento articular completo (ROM) dos dedos, do polegar e do cotovelo desde o primeiro dia** - Casos volares: estar atento à artéria radial; relatar preocupações vasculares prontamente

Conduta - Ferida: curativos cirúrgicos conforme orientado; monitorar sinais de infecção - Edema: elevação, bombeamento suave da mão, gelo conforme necessário - Exercícios: **movimento articular (ROM) ativo do punho em todos os planos (flexão/extensão, desvio radial/ulnar) dentro do conforto, iniciado nos primeiros dias**; pronossupinação ativa/passiva do antebraço; ROM ativo completo dos dedos e do polegar; ROM suave do ombro

CrITÉRIOS para progressão - Cicatrização da ferida; edema em resolução; arco de movimento do punho melhorando e confortável; tala (se utilizada) descontinuada por volta de ~2 semanas

FASE II – RECUPERAÇÃO DO MOVIMENTO COMPLETO E MANEJO DA CICATRIZ (SEMANAS ~2 A 4)

A partir de aproximadamente duas semanas, as curativos são removidos e a ferida está cicatrizada. O foco é recuperar o **movimento completo e simétrico do punho** antes que a rigidez se instale, e iniciar o manejo da cicatriz para que esta permaneça móvel e não restrinja o punho.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - ROM (amplitude de movimento) ativa e passiva do punho (comparar com o lado contralateral); rotação do antebraço; edema; revisão da ferida/cicatriz

Educação e precauções - Buscar **ROM completo do punho** em todos os planos; abordar qualquer perda precoce prontamente com trabalho ativo e passivo suave - Iniciar **manejo da cicatriz assim que a ferida estiver totalmente cicatrizada** (massagem, silicone/hidratante, dessensibilização conforme necessário) - Uso funcional leve da mão encorajado; adiar preensão forte e carga

Conduta - Exercícios: progredir para **ROM ativo completo e passivo suave do punho**; continuar rotação do antebraço; iniciar massagem da cicatriz e dessensibilização; trabalho leve com massa terapêutica/preensão introduzido no final desta fase conforme a tolerância

Critérios para progressão - ROM do punho completo ou quase completo, sem dor; cicatriz cicatrizada e móvel; pronta para carga gradual

FASE III – FORTALECIMENTO E RETORNO ÀS ATIVIDADES (SEMANAS ~4 A 6 E ALÉM)

Uma vez restaurado o movimento, a força de preensão e a carga são reintroduzidas gradualmente. Para a maioria dos pacientes, as atividades ordinárias retornam por volta das quatro a seis semanas; as demandas manuais mais pesadas seguem uma progressão baseada em critérios.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Força de preensão e pinça em comparação ao lado contralateral; amplitude de movimento (AM) do punho; resposta à carga graduada; testes funcionais/específicos para o trabalho, conforme apropriado

Educação e precauções - Progressão do **fortalecimento de preensão e punho** (massa de modelar, bola, resistência graduada) conforme a tolerância - Reintrodução gradual do levantamento de peso e carga através do punho; o retorno total é guiado pelos sintomas, não pelo calendário

Conduta - Exercícios: fortalecimento progressivo de preensão/pinça e punho; carga graduada e trabalho específico de tarefas; continuar qualquer trabalho residual de mobilidade e cicatriz - Considerar alta quando a AM estiver completa, a força estiver quase simétrica e a função tiver retornado - Considerar encaminhamento de volta ao médico assistente se o punho estagnar com rigidez, ou se aparecer um inchaço recorrente

Critérios para retorno à atividade plena - AM do punho completa e sem dor; preensão quase simétrica; conforto com carga específica de tarefas e trabalho

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, e os dedos devem estar funcionando plenamente desde o primeiro dia. Trabalhos de escritório e tarefas leves são frequentemente possíveis dentro de alguns dias a uma semana, especialmente se a mão dominante estiver livre; trabalhos que envolvem preensão forte, levantamento de peso ou movimentos repetitivos e forçados do pulso exigem mais tempo e são reintegrados gradualmente nas

primeiras semanas. Séries publicadas relatam apenas um curto período de afastamento do trabalho após a excisão de ganglion (em torno de duas semanas), embora isso varie conforme o lado operado e as exigências do seu trabalho.

Como você precisa conseguir controlar o volante com conforto e estar sem qualquer tala, planeje ajuda para o transporte nos primeiros dias; a direção do veículo é retomada quando você se sentir confortável e seguro, conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento. A maioria das pessoas retorna às atividades habituais em torno de quatro a seis semanas, com o trabalho manual pesado e os esportes sendo reintegrados gradualmente à medida que a mobilidade e a força de preensão retornam, avaliados pelo estado do pulso, e não apenas pelo calendário.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica: consulte [o controle da dor pós-operatória](#), [os cuidados com a ferida](#) e [a gestão da cicatriz](#). O plano por fases acima reflete as orientações publicadas após a excisão de um ganglião do punho, onde a prioridade é o movimento precoce para prevenir a rigidez; a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu punho.