

Estabilização Anterior do Ombro

Na estabilização por via artroscópica, o labrum rompido na parte frontal da cavidade glenoidal é reparado através de pequenas incisões, com o auxílio de uma câmera.

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.

Resumo da recuperação. Agregado de 80 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA trabalho manual, esporte, academia	PLATÔ DO RESULTADO FINAL dor e força
2-6 weeks O retorno às atividades de escritório e a atividades cotidianas leves geralmente ocorre entre 2 e 6 semanas após a cirurgia.	4-6 months O retorno ao esporte e ao trabalho manual completo costuma acontecer entre 4 e 6 meses; porém, atletas de contato podem apresentar risco maior de recorrência.	12-24 months A máxima melhora funcional e a estabilização dos resultados relatados pelos pacientes são geralmente observadas entre 12 e 24 meses.

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa pelas opções menos invasivas adequadas à sua condição. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Na sua consulta, colhemos um histórico clínico cuidadoso, examinamos seu ombro e solicitamos exames de imagem, se forem necessários. Instabilidade do ombro significa que a articulação continua escorregando ou saindo do lugar, geralmente para a frente. Normalmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico, como a modificação das atividades e a fisioterapia. A cirurgia é considerada quando isso não trouxe melhora suficiente, ou quando o seu ombro continua a se deslocar apesar desse tratamento.

A estabilização anterior do ombro é uma operação que mantém a articulação do ombro firmemente no lugar, para que ela pare de sair pela frente. Ela é normalmente oferecida a pessoas que tiveram luxações repetidas, muitas vezes após uma queda ou lesão com o braço afastado para o lado e virado para fora. O seu cirurgião pode tê-la sugerido porque o seu ombro não melhorou com outros tratamentos, ou porque o padrão da lesão torna prováveis novas luxações. O objetivo é um ombro estável, que permita a você se movimentar, trabalhar e praticar esportes sem medo de que ele saia do lugar novamente.

Antes da operação

Nas semanas anteriores à cirurgia, solicitamos os exames de imagem necessários para planejar a operação, como radiografias, ressonância magnética ou ultrassonografia. No dia, você precisará parar de comer e beber sete horas antes da sua operação. Pedimos sete horas em vez de seis para que o seu horário possa ser antecipado caso a lista de cirurgias do centro cirúrgico ande mais rápido do que o previsto. O seu cirurgião dirá quais dos seus medicamentos habituais você deve suspender e quando; por isso, traga uma lista por escrito de tudo o que você toma. Providencie alguém para levá-lo para casa depois, pois você não poderá dirigir. Use roupas largas e confortáveis, fáceis de vestir por cima do ombro. Caso tenha outras condições médicas, talvez seja necessário realizar exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista.

No dia da cirurgia

Você chegará à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde a equipe faz o seu registro e prepara você para a sala de operações. Esta operação é realizada sob anestesia geral combinada com bloqueio nervoso regional. O anestesista conversará com você antes da cirurgia, explicando ambos os procedimentos.

Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada. Quando ela termina, você acorda na área de recuperação, onde os enfermeiros monitoram você enquanto a anestesia vai passando. Assim que estiver estável, você será encaminhado para o quarto ou irá para casa, dependendo do procedimento e da sua recuperação.

Como é realizada a operação

Esta é uma operação minimamente invasiva. O seu cirurgião faz várias pequenas incisões ao redor do ombro, incluindo uma na parte de trás, e trabalha com uma pequena câmera dentro da articulação. A câmera mostra o tecido lesionado em uma tela.

O principal problema é um anel de cartilagem na parte da frente da cavidade da articulação que se soltou do osso. O seu cirurgião fixa esse anel de volta ao osso usando pequenas âncoras colocadas na cavidade, com pontos que seguram o tecido no lugar. Se um pedaço de osso tiver se soltado junto com o tecido, ele pode ser reparado pelas mesmas incisões. Se um afundamento na cabeça (a “bola”) da articulação estiver prendendo, o seu cirurgião também pode preenchê-lo, levando um pequeno pedaço de tecido vizinho para dentro da articulação.

As incisões são fechadas com pontos, e um curativo é colocado sobre elas.

Após a operação

A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após essa operação; porém, alguns podem ir para casa no mesmo dia. Você acordará na área de recuperação e, em seguida, será levado para o quarto. Os enfermeiros manterão a sua dor sob controle com comprimidos e os ajustarão, se necessário. Seu braço ficará apoiado em uma tipoia simples para maior conforto, que é retirada durante os exercícios e para a higiene. Um enfermeiro mostrará a você movimentos suaves para começar, e você estará de pé e caminhando no mesmo dia. Peça que alguém fique com você nas primeiras 24 horas. Deixamos o curativo no lugar por cerca de 10 dias; não o retire antes disso, a menos que receba instruções em contrário. Trocamos ou retiramos o curativo quando o examinamos.

Recuperação

Nos primeiros dias, seu ombro ficará dolorido e inchado, e a pele ao redor pode parecer arroxeadada. Isso melhora gradualmente. Manter a mão e o cotovelo em movimento, dentro do que a tipoia permite, ajuda, e apoiar o braço em travesseiros à noite pode aliviar o desconforto. Analgésicos simples, tomados conforme orientado, geralmente mantêm você confortável.

Você usará uma tipoia simples para maior conforto. Ela é retirada para os exercícios e para a higiene. Um fisioterapeuta orientará você em movimentos suaves logo no início, começando com pequenos balanços pendulares e avançando aos poucos, conforme a dor permitir. Com o tempo, os exercícios passam a incluir movimentos mais ativos e, depois, exercícios de força com resistência. Você fará esses exercícios em casa na maioria dos dias, e o seu fisioterapeuta acompanhará a sua evolução e ajustará o programa ao longo do caminho.

As tarefas do dia a dia exigem algum planejamento no início. Você não deve dirigir até que o seu cirurgião libere, normalmente na consulta de revisão de seis semanas; o nosso [guia sobre dirigir](#) explica isso com mais detalhes. O trabalho de escritório e as tarefas leves do dia a dia voltam antes dos trabalhos mais pesados. Esportes, academia e trabalho braçal devem esperar até que o ombro esteja forte e o seu cirurgião esteja satisfeito com o seu movimento e a sua estabilidade. Dormir em posição reclinada ou de barriga para cima, com travesseiros apoiando o braço, costuma ser mais confortável no início, e a maioria das pessoas acha mais fácil dormir de lado à medida que a dor diminui.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. O seu cronograma pode ser diferente, e o seu cirurgião e o seu fisioterapeuta orientarão você a cada etapa.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. Seu cirurgião e a equipe monitoram você de perto para detectar qualquer problema precocemente.

Às vezes, o ombro pode escorregar ou sair do lugar novamente, mesmo após uma reparação bem-sucedida. Isso pode acontecer anos depois, muitas vezes após uma queda ou durante a prática de esportes. Se o seu ombro se

deslocar e não voltar ao lugar, vá ao pronto-socorro. Se ele sair e voltar ao lugar sozinho, ligue para a clínica para que possamos examiná-lo. Mencione isso na sua próxima consulta de acompanhamento, mesmo que melhore.

A infecção é pouco comum. Fique atento a vermelhidão que se espalha a partir da ferida, a líquido ou pus saindo dela, ou a febre. Ligue para a clínica no mesmo dia se notar algum desses sinais. Uma dor que continua piorando apesar dos seus analgésicos também exige uma ligação no mesmo dia.

O ombro pode ficar rígido após a cirurgia. Você pode notar uma restrição que limita levantar o braço, alcançar as costas ou se vestir. Mencione isso na consulta de acompanhamento, pois o tratamento precoce ajuda o movimento a voltar.

Os nervos passam perto do ombro e, por isso, podem ficar irritados durante a cirurgia. Dormência e fraqueza nas primeiras 24 horas após um bloqueio nervoso são esperadas. Depois que o efeito do bloqueio passar, cerca de 24 horas após a cirurgia, ligue para a clínica se o seu braço, a sua mão ou os seus dedos continuarem dormentes, ou se você não conseguir movê-los. A maior parte das irritações nervosas melhora sozinha com o tempo.

Um coágulo sanguíneo é raro, mas grave. Vá ao pronto-socorro se tiver inchaço ou dor na panturrilha, ou falta de ar ou dor no peito. Esses podem ser sinais de um coágulo sanguíneo.

As pequenas âncoras e os pontos usados para manter a reparação no lugar podem, ocasionalmente, causar problemas, como uma sensação de estalo ou de atrito, ou dor causada por uma peça de metal que está roçando. Informe o seu cirurgião na consulta de acompanhamento se notar isso.

A tabela de complicações nesta página apresenta as taxas típicas, caso você queira conhecer os detalhes.

Quando nos contactar

A maioria dos problemas aparece cedo, e preferimos saber deles a deixar você preocupado em casa. Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, vermelhidão que se espalha ao redor da ferida ou líquido ou pus saindo dela. Ligue para nós no mesmo dia também se a sua dor continuar piorando apesar dos seus analgésicos. Vá ao pronto-socorro se tiver inchaço ou dor na panturrilha, ou falta de ar ou dor no peito, pois esses podem ser sinais de um coágulo sanguíneo. Depois que o efeito do bloqueio nervoso passar, cerca de 24 horas após a cirurgia, ligue para nós se o seu braço, a sua mão ou os seus dedos continuarem dormentes ou se você não conseguir movê-los. Dormência e fraqueza nas primeiras 24 horas são esperadas. Se o seu ombro se deslocar e não voltar ao lugar, vá ao pronto-socorro. Se ele sair e voltar ao lugar sozinho, ligue para a clínica para que possamos examiná-lo. Se não conseguir falar conosco fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Onde ler mais sobre a condição

Esta página trata especificamente da operação. A condição que ela visa tratar, incluindo as evidências sobre quando a cirurgia é benéfica e quando não é, são abordadas com mais detalhes na página [Instabilidade do Ombro](#).

Estabilização Anterior do Ombro

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 80 estudos publicados. Estes são índices populacionais, não o seu risco individual — o seu cirurgião discutirá o que se aplica a si.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Instabilidade recorrente	17.0%	A recorrência da instabilidade do ombro é a complicação mais comum; o risco é maior em pacientes jovens (abaixo de 20-25 anos), atletas de contato, indivíduos com perda óssea e pacientes com mais de 5 luxações pré-operatórias.
Falha do procedimento exigindo cirurgia de revisão	7.8%	Aproximadamente 2.4-5% dos pacientes necessitam de cirurgia de revisão para estabilização do ombro devido à instabilidade recorrente, dor persistente ou outras complicações.
Síndromes de compressão nervosa	5%	Cerca de 5% dos pacientes desenvolvem formigamento na mão após a cirurgia; isso pode ser síndrome do túnel carpal ou do túnel cubital; na maioria dos casos, melhora após retirar a tipoia.
Hematoma	1.6%	Hematoma pós-operatório que requer drenagem ou monitoramento.
Perda de amplitude de movimento e rigidez	0.32%	A rigidez pós-operatória é comum; pode ocorrer pequena perda permanente de movimento nos extremos (geralmente 5-10 graus de rotação externa), porém geralmente não gera prejuízo funcional.
Dor persistente ou insatisfação	0.17%	Alguns pacientes apresentam desconforto contínuo no ombro mesmo após estabilização bem-sucedida, com dor, limitações funcionais ou impossibilidade de retornar ao nível anterior de atividade.
Lesão nervosa	0.07%	A lesão do nervo axilar é a lesão nervosa mais comum; pode causar fraqueza no ombro, dormência na região lateral do ombro e dificuldade para levantar o braço.
Complicações relacionadas às âncoras	0.05%	As âncoras de sutura podem se soltar do osso, migrar, irritar a articulação do ombro ou danificar a cartilagem articular, podendo exigir nova cirurgia.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Infecção	0.03%	Infecção profunda após cirurgia artroscópica do ombro é rara; pode exigir múltiplas lavagens, remoção das âncoras de sutura e uso prolongado de antibióticos intravenosos.
Lesão da cartilagem articular	Rare	Pode ocorrer dano à cartilagem articular da cabeça umeral ou da glenoide durante a colocação das âncoras ou devido à própria luxação; isso contribui para o risco de artrite a longo prazo.
Fratura do tipo “selo postal”	Rare	Pequena fratura na borda da glenoide causada pela inserção da âncora de sutura; geralmente não afeta a estabilidade, porém pode exigir reposicionamento da âncora.

Li estas informações e tive a oportunidade de fazer perguntas ao Dr. Hirpara sobre o procedimento, a recuperação esperada e as complicações listadas acima.

PACIENTE – NOME (EM LETRA DE
FORMA)

ASSINATURA

DATA