

Estabilização Posterior do Ombro

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 48 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA	PLATÔ DO RESULTADO FINAL
trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	trabalho manual, esporte, academia	dor e força
—	4.3-8.6 months	12 months
	O retorno ao esporte após a estabilização artroscópica posterior do ombro geralmente ocorre entre 4,3 e 8,6 meses após a cirurgia.	As melhorias clinicamente significativas nos resultados relatados pelos pacientes são mantidas e atingem um platô aos 12 meses; a durabilidade desses resultados foi confirmada em acompanhamentos de longo prazo.

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procurasse, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na avaliação, colhemos o histórico clínico, examinamos seu ombro e solicitamos exames de imagem, se necessário. A instabilidade posterior do ombro significa que a extremidade superior do osso do braço desliza ou parece querer sair pela parte de trás da cavidade glenoidal. Trata-se de um problema pouco comum, frequentemente não detectado inicialmente, o que pode atrasar o diagnóstico correto.

Para muitas pessoas, tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos, como modificação das atividades e fisioterapia. A cirurgia é considerada quando esses tratamentos não trazem melhoria suficiente ou quando o ombro continua a sair do lugar. Podemos recomendar esta cirurgia caso seu ombro continue doloroso ou instável apesar de outros tratamentos, ou se a forma do osso na cavidade glenoidal precisar ser corrigida. A

cirurgia consiste em uma reparação artroscópica que aperta os tecidos moles na parte posterior do ombro, mantendo a articulação no lugar. O objetivo é aliviar a dor, restaurar a estabilidade e ajudá-lo a retomar suas atividades habituais, inclusive esportivas.

Antes da operação

Antes da sua cirurgia, confirmaremos quais exames são necessários para o planejamento do procedimento. Radiografias simples do ombro geralmente são suficientes por si só. Uma tomografia computadorizada oferece uma imagem mais clara do osso da cavidade glenoidal, enquanto a ressonância magnética ou a ultrassonografia podem mostrar os tecidos moles, como o labrum e o manguito rotador. Não será preciso realizar todos os exames; apenas aqueles que respondam a alguma dúvida relacionada ao seu ombro.

No dia da cirurgia, evite comer e beber sete horas antes do horário marcado. Pedimos que seja sete horas, e não seis, para que a operação possa ser antecipada caso a agenda cirúrgica permita. O seu cirurgião informará quais medicamentos habituais você deve suspender. Leve uma lista por escrito de todos os remédios que toma. Organize para que alguém o leve para casa após a cirurgia, e use roupas largas e confortáveis. Caso tenha outras condições médicas, poderá ser necessário fazer exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Conhecerá o anestesista, o médico responsável por induzir o sono e manter seu conforto durante a cirurgia. Esta operação é realizada sob anestesia geral. Às vezes, é adicionado um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; o anestesista conversará sobre isso com você no próprio dia.

Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada. Depois, acorda na sala de recuperação, onde enfermeiros cuidam de você enquanto a anestesia vai passando. Assim que seu estado se estabilizar, você será encaminhado para o quarto ou poderá ir para casa, dependendo do tipo de procedimento e da evolução da recuperação.

Como é realizada a operação

A forma mais comum dessa operação é a reparação por videocirurgia. O cirurgião faz duas ou três incisões pequenas, cada uma com cerca de 1 cm, ao redor do ombro. Uma câmera fina é inserida por uma das incisões para que o interior da articulação possa ser visualizado em uma tela; pequenos instrumentos são inseridos pelas demais incisões.

Dentro do ombro, o cirurgião repara o anel de cartilagem na borda da cavidade glenoidal que se descolou e aperta a bolsa de tecido frouxa que reveste a articulação. Esse aperto pode ser feito por meio de uma técnica de sutura que dobra e fixa o tecido solto; às vezes, isso pode ser realizado através de apenas uma pequena incisão. A reparação é fixada por meio de pequenos âncoras inseridas no osso. As incisões são fechadas com pontos e cobertas com curativo.

Algumas pessoas necessitam de algo além da simples reparação dos tecidos moles. Se um pedaço de osso na parte posterior da cavidade glenoidal estiver desgastado ou ausente, o cirurgião pode inserir um pequeno bloco ósseo para reconstruir a borda e manter o osso do braço em posição. Isso pode ser feito por videocirurgia, utilizando uma estrutura guia e pequenos botões para fixar o bloco ósseo durante a cicatrização. Em outros casos, o ângulo da própria cavidade glenoidal é corrigido. O cirurgião explicará qual abordagem é mais adequada para o seu ombro e por quê.

A posição em que o paciente fica durante a operação – sentado ligeiramente ou de lado – é escolhida pelo cirurgião conforme o procedimento a ser realizado.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação, onde as enfermeiras cuidarão de você enquanto o efeito da anestesia passa. Seu ombro ficará dolorido, e as enfermeiras lhe darão medicamentos para mantê-lo confortável. Seu braço ficará apoiado em uma tipóia, que protege a área operada durante a cicatrização. Os pequenos cortes ao redor do ombro são fechados com pontos e cobertos por um curativo. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que lhe seja indicado. Trocamos ou retiramos o curativo quando o examinamos. Uma enfermeira ajudará você a levantar-se e a se movimentar, geralmente algumas horas após a cirurgia. Peça a alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas após voltar para casa. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital.

Recuperação

Nos primeiros dias e semanas, seu ombro ficará dolorido e inchado. Isso é normal após uma reparação artroscópica. O repouso, as compressas de gelo e os analgésicos prescritos pela sua equipe ajudarão a aliviar o desconforto. O inchaço diminuirá gradualmente à medida que os tecidos cicatrizam.

Inicialmente, você usará uma tipóia para proteger a área operada enquanto cicatriza. Seu fisioterapeuta orientará você a realizar exercícios suaves para recuperar o movimento e, posteriormente, a força. Em casa, você poderá se locomover, se vestir e realizar tarefas leves com a outra mão. Não deverá levantar nada pesado com o braço afetado, nem empurrar, puxar ou esticar o braço acima da cabeça até que a reparação esteja pronta. Durante algum tempo, dormir poderá ser difícil; muitas pessoas acham mais fácil dormir apoiadas em uma cadeira ou com travesseiros atrás das costas.

À medida que a dor diminuir e o movimento retornar, você poderá fazer mais atividades com o braço. Seu fisioterapeuta acrescentará exercícios mais complexos conforme o ombro permitir. Quando seu cirurgião considerar que seu progresso é satisfatório, você receberá autorização para dirigir novamente. As regras são simples: não se pode dirigir enquanto estiver usando a tipóia, e é necessário conseguir segurar o volante com ambas as mãos e reagir adequadamente em uma frenagem de emergência, sem estar sob efeito de analgésicos fortes. Nosso guia sobre [dirigir após cirurgia no membro superior](#) traz mais detalhes.

O retorno aos esportes leva mais tempo do que a recuperação cotidiana, pois a reparação precisa de tempo para ganhar resistência. Seu cronograma pode ser diferente do de outras pessoas; seu cirurgião e fisioterapeuta o guiarão passo a passo.

O que pode dar errado

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

A principal preocupação após esta cirurgia é que o ombro volte a ficar instável. Você pode notar a mesma sensação de deslizamento ou de “ceder” que tinha antes da cirurgia, ou a impressão de que a articulação está prestes a sair pela parte de trás. Caso isso ocorra, mencione-o na próxima consulta. Às vezes, é necessária outra cirurgia para manter a articulação no lugar.

Se um bloco ósseo foi inserido para reconstruir a cavidade glenoidal, algumas complicações podem surgir durante a cicatrização. O bloco ósseo pode não se unir ao seu próprio osso, ou os pequenos parafusos que o fixam podem dobrar ou quebrar. Você pode sentir um travamento súbito, novos estalos ou ruídos, ou dor profunda no ombro que não melhora. Com o tempo, o bloco pode encolher ou se desgastar, deixando o metal visível; além disso, a articulação pode desenvolver gradualmente artrose por desgaste. Informe ao seu cirurgião sobre qualquer uma dessas alterações para que ele possa avaliar o ombro por meio de exames de imagem.

Os nervos ao redor do ombro ficam próximos à área onde o bloco ósseo é colocado. Se algum nervo for irritado durante a cirurgia, você pode notar dormência, formigamento ou fraqueza no braço, bem como dificuldade para levantar o pulso e os dedos. Na maioria dos casos, essa irritação nervosa melhora sozinha; porém, comunique-a imediatamente em vez de aguardar a próxima consulta.

A reconstrução com bloco ósseo também pode deixar o ombro mais rígido do que antes. Você pode achar mais difícil alcançar as costas ou levantar o braço para o lado. O seu fisioterapeuta trabalhará nisso com você; porém, mencione se a mobilidade não estiver melhorando.

Alguns padrões de instabilidade, nos quais o ombro desliza durante determinados movimentos sem nenhuma lesão aparente, não respondem bem à cirurgia. Se esse for o seu caso, o cirurgião discutirá isso com você antes de qualquer procedimento.

A tabela de complicações nesta página apresenta as taxas típicas, caso você queira informações mais detalhadas.

Quando nos contactar

A maioria dos problemas é detetada precocemente quando nos informa sobre eles. Contacte-nos se tiver febre, se a ferida ficar mais vermelha ou começar a libertar líquido, ou se a dor piorar subitamente. Contacte-nos também se sentir dormência, formigamento ou fraqueza no braço, ou se não conseguir movê-lo. Dirija-se às urgências se a panturrilha estiver inchada ou dolorosa, ou se sentir falta de ar. Se sentir que o ombro está novamente a sair da posição, avise-nos em vez de aguardar pela próxima consulta.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A instabilidade posterior do ombro merece essa leitura adicional, pois se comporta de maneira diferente da instabilidade anterior, que é a forma mais conhecida; além disso, essa diferença ocorre na direção que você provavelmente não imaginaria.

A REPARAÇÃO POSTERIOR É MAIS ESTÁVEL, PORÉM O RETORNO AO ESPORTE É MAIS DIFÍCIL

Uma meta-análise comparando a instabilidade anterior e posterior após reparação artroscópica constatou que pacientes com instabilidade **anterior** apresentavam **taxas mais altas de retorno ao esporte**, mas eram **mais propensos** a apresentar instabilidade pós-operatória [1]. No caso dos pacientes com instabilidade posterior, ocorria o oposto: a reparação era mais eficaz, porém menos pacientes conseguiam voltar ao esporte [1].

Vale refletir sobre isso, pois são dois aspectos que os pacientes tendem a confundir. As respostas para as perguntas “Meu ombro permanecerá estável?” e “Eu conseguirei voltar às minhas atividades habituais?” são distintas; a segunda é a mais difícil de ser alcançada.

Os resultados gerais da cirurgia são positivos. Uma revisão sistemática envolvendo **2.307** casos de estabilização posterior artroscópica apontou bons resultados, alta satisfação dos pacientes e baixas taxas de instabilidade recorrente, necessidade de reoperação e dor residual [2]. Outra revisão com **1.047** atletas revelou altas taxas de retorno ao esporte, bem como taxas relativamente altas de retorno ao nível de desempenho pré-lesão [3]. Ambas as constatações podem ser verdadeiras simultaneamente: a estabilização posterior é uma cirurgia confiável, porém o caminho de recuperação é mais árduo do que no caso da reparação anterior.

O QUE PREDIZ O INSUCESSO

O trabalho mais útil publicado recentemente trata de quem apresenta piores resultados. Uma revisão sistemática envolvendo **960** pacientes identificou três fatores de risco para insucesso ou necessidade de revisão cirúrgica após reparo artroscópico da cápsula e do labrum posterior: **sexo feminino, redução da largura óssea da glenóide e perda óssea da glenóide superior a 11% a 15%** antes da cirurgia [4].

Igualmente informativo é o que *não* prediz o insucesso: a versão da glenóide, o tipo de esporte praticado, a largura do labrum e sua versão não apresentaram efeito significativo [4]. A versão da glenóide, em particular, costuma ser considerada um fator decisivo, mas, segundo essas evidências, não o é.

A consequência prática disso é que o estado do tecido ósseo da glenóide deve ser devidamente avaliado antes da cirurgia. Quando esse valor ultrapassa aproximadamente 11–15%, o reparo apenas com tecidos moles vai de encontro a uma mecânica que não consegue corrigir; essa é uma discussão que deve ocorrer antes da operação, e não após um insucesso.

POR QUE ISSO PASSA DESPERCEBIDO

A instabilidade posterior raramente se manifesta como uma luxação. Na maioria das vezes, causa dor no braço flexionado sob carga, durante exercícios como supino, flexões ou ao empurrar uma cadeira com as mãos, sem

que haja histórico de deslocamento visível do ombro. Essa apresentação leva ao diagnóstico de síndrome do impacto ou tendinopatia, sendo o diagnóstico frequentemente feito tardiamente.

Caso você sinta dor ao estender o braço flexionado e esse sintoma não responda ao tratamento direcionado ao manguito rotador, vale a pena excluir especificamente a possibilidade de instabilidade posterior.

REFERÊNCIAS

- [1] Vopat ML, Coda RG, Giusti NE, Baker J, Tarakemeh A, Schroeppe JP, et al. Diferenças nos resultados entre instabilidade anterior e posterior do ombro após reparo artroscópico de Bankart: uma revisão sistemática e meta-análise. *Orthop J Sports Med.* 2021;9(5). <https://doi.org/10.1177/23259671211006437>
- [2] Ralph JE, Hurley ET, Lunn K, Levin JM, Klifto CS, Owens BD, et al. Resultados da estabilização artroscópica para instabilidade posterior do ombro: uma revisão sistemática. *J Shoulder Elbow Surg.* 2024;33(11):2530-8. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.04.006>
- [3] Matar RN, Shah NS, Gardner TJ, Grawe BM. Retorno ao esporte após tratamento cirúrgico para instabilidade posterior do ombro: uma revisão sistemática. *JSES Int.* 2020;4(4):797-802. <https://doi.org/10.1016/j.jseint.2020.08.002>
- [4] Afetse EK, Noonan J, Munro A, Waterman BR, Ruzbarsky JJ, Kanakamedala AC, et al. Sexo feminino, largura reduzida da glenóide e perda óssea da glenóide superior a 11%–15% podem aumentar o risco de falha após reparo artroscópico capsulolabral posterior: uma revisão sistemática. *Arthroscopy.* 2025;41(12):5332-42.e1. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2025.07.023>

Estabilização Posterior do Ombro

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 48 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	7.4%	Relatado em uma revisão sistemática envolvendo 2307 ombros submetidos à estabilização artroscópica; o risco é maior na presença de perda óssea glenoidal.
Cirurgia de revisão	5.2%	Taxa geral de revisão em uma revisão sistemática de 2307 ombros; estudos de longo prazo sugerem que essa taxa pode aumentar ao longo de 10 anos.
Rigidez que requer intervenção	—	A rigidez pós-operatória é uma complicação conhecida; às vezes exige liberação capsular ou manipulação sob anestesia. Foi relatada em atletas de tênis e em grupos militares.
Complicações relacionadas aos implantes	11.1%	A complicação mais comum nos procedimentos de aumento ósseo com blocos ósseos, incluindo implantes sintomáticos, quebra ou migração de parafusos.
Complicações relacionadas ao enxerto	2.75%	Inclui não união do enxerto, reabsorção ou lise; especialmente nos procedimentos de aumento ósseo para instabilidade posterior.
Dor residual	16.6%	Relatada em 99 de 598 ombros em uma revisão sistemática; pode persistir mesmo quando o ombro está estável.
Infecção (superficial)	0.5%	Complicação rara nos procedimentos com blocos ósseos; geralmente resolvida com antibióticos.
Lesão nervosa	0.5%	Risco de lesão nos nervos musculocutâneo, axilar ou supraescapular durante o aumento ósseo glenoidal; lesão do nervo cutâneo femoral lateral pode ocorrer durante a coleta do enxerto.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Osteoartrite	33.0%	Alterações degenerativas radiográficas foram observadas em acompanhamentos de longo prazo dos procedimentos com blocos ósseos; podem estar relacionadas à instabilidade recorrente ou ao envelhecimento natural.
Pneumotórax	0.5%	Complicação rara durante a coleta ou colocação do bloco ósseo; tratado com drenagem intercostal.
Hematoma	0.5%	Relatado como complicação leve nos procedimentos com blocos ósseos.
Reação ao fio de sutura	—	Reação ao material de sutura intra-articular pode exigir nova cirurgia para remoção, após a cicatrização adequada.

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