

INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Descompressão subacromial

A bolsa subacromial — o amortecedor cheio de líquido localizado abaixo do acrômio, que se torna inflamada na síndrome do impacto do ombro.

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 45 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
1-3 weeks Pessoas com trabalho de escritório costumam voltar ao trabalho dentro de uma a duas semanas. Outros trabalhos levam mais tempo. Após qualquer cirurgia no ombro, é preciso esperar pelo menos 6 semanas para voltar a dirigir, até ter a liberação do cirurgião.	3-6 months O trabalho manual pesado, o trabalho com os braços acima da cabeça, a academia e os esportes costumam ser retomados por volta de três meses. Algumas pessoas precisam de até seis meses.	12 months A melhoria máxima quanto à dor e à função é geralmente observada no primeiro ano pós-operatório; alguns estudos indicam melhora contínua por até 10 anos.

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa sempre pelas opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, 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 ter direito ao reembolso do Medicare. Na consulta na clínica, colhemos o histórico clínico, examinamos o seu ombro e solicitamos exames de imagem, se necessário. Isso descarta outras causas de dor no ombro, como capsulite adesiva (ombro congelado) ou ruptura de tendão.

A descompressão subacromial é uma cirurgia que cria mais espaço na região acima do manguito rotador, o grupo de tendões que movimenta o ombro. Ela é oferecida quando a sua dor corresponde ao padrão da síndrome do impacto, em que os tendões são comprimidos quando você levanta o braço, e quando o tratamento não cirúrgico não trouxe melhora suficiente. Esse tratamento geralmente inclui mudança de atividades, fisioterapia e injeções. Só sugeriremos a cirurgia depois de analisar o seu exame físico e os seus exames de imagem junto com você. Quando ela é indicada pelos motivos certos, a maioria das pessoas, de 70% a 75%, sente que a operação ajuda. O objetivo é ter menos dor ao levantar o braço e usar melhor o ombro.

Antes da operação

Depois que a cirurgia estiver planejada, alguns preparativos simples ajudam o dia a correr bem. O seu cirurgião já terá os exames de imagem necessários para planejar a operação, como radiografias, ressonância magnética ou ultrassonografia. Não coma nem beba nada nas sete horas antes da operação. Pedimos sete horas, em vez de seis, para que seu horário possa ser antecipado caso a lista de cirurgias do dia ande mais rápido do que o previsto. Se você toma medicamentos regularmente, traga uma lista por escrito deles e pergunte ao seu cirurgião se algum deve ser suspenso antes. Providencie alguém para levá-lo para casa após o procedimento, pois você não poderá dirigir. Use roupas largas e confortáveis, fáceis de tirar. Caso tenha outras condições médicas, pode ser necessário realizar exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista antes do dia da cirurgia.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Em seguida, encontrará o anestesista, o médico responsável pela sua anestesia e pelo alívio da dor. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral combinada com bloqueio nervoso regional. O anestesista se encontrará com você antes da operação e explicará ambos os procedimentos.

Quando tudo estiver pronto, você será levado para a sala de operações e a cirurgia será realizada. Depois, você acordará na área de recuperação, onde os enfermeiros o monitorarão enquanto a anestesia passa. Eles verificarão o seu ombro, o seu conforto e a sua recuperação da anestesia. Quando seu estado estiver estável, você será encaminhado para o quarto ou poderá ir para casa, dependendo da operação realizada e de como estiver a sua recuperação. O tempo habitual de internação está descrito em ‘Após a operação’.

Como é realizada a operação

A descompressão subacromial é uma cirurgia minimamente invasiva. O cirurgião faz algumas incisões pequenas ao redor do ombro, incluindo uma na parte de trás, e trabalha através delas com uma pequena câmera e instrumentos finos. A câmera permite que o cirurgião veja numa tela o espaço acima do manguito rotador, o grupo de tendões que movimenta o ombro.

Lá dentro, o cirurgião remove um pouco do tecido inchado chamado bursa e desgasta um pequeno pedaço de osso da face inferior do acrômio, a saliência óssea acima dos tendões. A remoção desse osso e desse tecido cria

mais espaço, para que os tendões não sejam mais comprimidos quando você levanta o braço. Essa parte da operação é chamada de acromioplastia. Se o cirurgião encontrar qualquer outra coisa que precise de atenção, como uma ruptura de tendão, ele conversará sobre isso com você antes.

Quando o trabalho termina, o cirurgião lava o interior do ombro e fecha cada pequena incisão com pontos de sutura. Em seguida, aplica-se um curativo sobre as feridas, que permanece no lugar por cerca de 10 dias.

Após a operação

A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta operação, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. Você acordará na sala de recuperação e, em seguida, será levado para o quarto, onde passará a noite. Seu braço ficará apoiado em uma tipoia simples para maior conforto; ela é retirada para os exercícios e para a higiene. Os enfermeiros ajudarão você a controlar a dor com medicamentos. Alguém deve ficar com você nas primeiras 24 horas depois que chegar em casa. Se você recebeu um bloqueio nervoso, o seu braço pode parecer pesado ou dormente no início; isso é esperado e passa em cerca de 24 horas. Ligue para a clínica se a dormência ou a fraqueza continuar depois que o efeito do bloqueio passar. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que lhe seja indicado. Ele será trocado ou removido quando você vier para a consulta de acompanhamento.

Recuperação

Nos primeiros dias, seu ombro ficará dolorido e inchado. O inchaço diminui gradualmente nas semanas seguintes, e a dor melhora à medida que isso acontece. Os medicamentos receitados pela sua equipe de saúde, compressas de gelo e repouso ajudam nos primeiros dias. Seu braço fica apoiado numa tipoia simples para maior conforto; ela é retirada para os exercícios e para a higiene.

Você começará exercícios suaves logo após a operação, com a orientação do seu fisioterapeuta. Eles evitam que o ombro fique rígido enquanto os tecidos cicatrizam. Tarefas do dia a dia, como se vestir, comer e digitar numa mesa, geralmente são possíveis desde cedo. Levantar qualquer coisa mais pesada do que uma xícara de chá, ou levar o braço acima da altura do ombro, deve esperar até que o ombro esteja pronto. Dormir pode ser desconfortável no início; muitas pessoas acham mais fácil dormir recostadas numa poltrona ou com travesseiros atrás das costas.

Quando o inchaço diminui e o movimento volta, as atividades do dia a dia ficam mais naturais. Você poderá dirigir quando o cirurgião o liberar, geralmente na avaliação das seis semanas; consulte nosso guia [Dirigir após cirurgia no membro superior](#). O retorno ao trabalho, aos esportes e às atividades mais pesadas é gradual, e o seu cirurgião e o seu fisioterapeuta dirão quando cada etapa é segura.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. O seu cronograma pode ser diferente dos intervalos típicos mostrados na tabela acima, e o seu cirurgião e o seu fisioterapeuta o orientarão ao longo do caminho.

O que pode dar errado

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

Às vezes, forma-se osso novo no local onde o pequeno pedaço de osso foi desgastado. Isso pode parecer a volta da antiga dor de compressão, com uma sensação de enroscar ou raspar ao levantar o braço. Se isso acontecer, mencione na sua próxima consulta de acompanhamento.

O ombro também pode ficar rígido e dolorido, com um movimento que não melhora mesmo com exercícios suaves. Avise o seu fisioterapeuta ou ligue para a clínica se isso não melhorar.

Ocasionalmente, descobre-se que a dor vem de outra causa, como uma ruptura de tendão ou artrose numa articulação próxima. Se, depois que a cicatrização inicial tiver passado, o seu ombro ainda doer de forma parecida com antes, revisaremos o diagnóstico original com você na sua consulta de acompanhamento.

Raramente, pode se formar um coágulo sanguíneo. Vá ao pronto-socorro se tiver inchaço ou dor na panturrilha, ou falta de ar súbita ou dor no peito. Esses podem ser sinais de um coágulo sanguíneo.

Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, vermelhidão que se espalha a partir de uma ferida, ou saída de líquido ou pus pela ferida. Ligue para a clínica no mesmo dia também se a dor continuar piorando apesar dos analgésicos.

Ligue para a clínica se a dormência ou a fraqueza no braço, na mão ou nos dedos continuar depois que o efeito do bloqueio nervoso passar, por volta de 24 horas. Dormência e fraqueza nas primeiras 24 horas são esperadas.

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

Quando nos contatar

A maioria dos problemas aparece cedo, por isso ajuda saber a que ficar atento. Vá ao pronto-socorro se tiver inchaço ou dor na panturrilha, ou falta de ar súbita ou dor no peito. Esses podem ser sinais de um coágulo sanguíneo. Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, vermelhidão que se espalha a partir de uma ferida, ou saída de líquido ou pus pela ferida. Ligue para a clínica no mesmo dia também se a dor continuar piorando apesar dos analgésicos. Ligue para a clínica se a dormência ou a fraqueza no braço, na mão ou nos dedos continuar depois que o efeito do bloqueio nervoso passar, por volta de 24 horas. Dormência e fraqueza nas primeiras 24 horas são esperadas. Se não conseguir falar com a clínica, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Onde ler mais sobre a condição

Esta página trata da própria cirurgia. A condição que ela trata, incluindo o que as evidências indicam sobre quando a cirurgia é benéfica e quando não é, é abordada com mais detalhes na página [Impingimento Subacromial e Bursite](#).

Descompressão subacromial

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 45 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
Capsulite	10.0-14.5%	A capsulite é uma complicação comum, especialmente em pacientes submetidos à reparação do manguito rotador associada à acromioplastia.
Ossificação heterotópica	3.1%	A ossificação heterotópica é uma complicação rara, porém já relatada na literatura médica.
Rigidez	2.9-22%	A rigidez pós-operatória varia de 2,9% nos casos de tendinite calcificada até 22% nos estudos sobre acromioplastia lateral.
Re-ruptura	2.9-38.0%	As taxas de re-ruptura variam significativamente conforme o estudo e se houve ou não reparação concomitante do manguito rotador.
Cirurgia de revisão	1.5-22.2%	As taxas de cirurgia de revisão variam de 1,5% a mais de 20%, dependendo da indicação e do período de acompanhamento.
Fratura por estresse da acrómio	0.9-2.2%	As fraturas por estresse da acrómio são um risco, especialmente em pacientes que já realizaram descompressão subacromial e posteriormente são submetidos à artroplastia total reversa do ombro.
Tromboembolismo	0.4%	Os eventos tromboembólicos são raros, porém já foram relatados após artroscopia do ombro.
Infecção	0.2-0.4%	As taxas de infecção profunda são baixas, geralmente entre 0,2% e 0,4% em grandes estudos de coorte.
Lesão nervosa	0.1%	As lesões nervosas são raras, com taxas em torno de 0,1% em grandes coortes de pacientes.
Hematoma	0.1%	A formação de hematoma após o procedimento é incomum.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Complicações da ferida cirúrgica	0.07-0.27%	As complicações da ferida cirúrgica são raras, com taxas que variam conforme a técnica cirúrgica empregada.
Descolamento do deltoide	Rare	O descolamento do deltoide é raro na técnica artroscópica; taxas históricas de até 37% referem-se à descompressão aberta.
Pseudoparalisia	Rare	Perda da elevação ativa do braço após descompressão; pode indicar presença de ruptura não diagnosticada do manguito rotador.

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