

Artroplastia total do ombro

A artroplastia total do ombro: uma esfera metálica é fixada ao osso do braço, e uma cavidade plástica é fixada à escápula — recriando assim a forma natural de esfera e cavidade.

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 leves geralmente ocorre entre 2 e 6 semanas após a cirurgia.	6-12 months O retorno aos esportes e ao trabalho manual geralmente é possível entre 6 e 12 meses; a força muscular continua a melhorar até o 12º mês.	12-24 months A recuperação funcional máxima e a estabilização da força ocorrem tipicamente após 1 ano, com melhorias sutis contínuas até os 2 anos.

Por que esta cirurgia foi sugerida

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 procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Uma avaliação clínica, que inclui o histórico médico, exame físico e exames de imagem quando necessário, permite estabelecer o diagnóstico. Para problemas decorrentes do desgaste, como a artrite (em que a cartilagem que reveste a articulação se desgasta), geralmente tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos: modificação das atividades, fisioterapia e uso de talas. A cirurgia é considerada quando esses tratamentos não proporcionam melhoria suficiente.

A artroplastia total do ombro consiste na substituição da articulação do ombro: as superfícies desgastadas da sua articulação são removidas e substituídas por componentes artificiais. Sugerimos esse procedimento quando a dor e a rigidez no ombro limitam sua vida diária, e outros tratamentos não trouxeram melhoria significativa. O objetivo da cirurgia é aliviar a dor e melhorar a mobilidade e o funcionamento do ombro. Em aproximadamente 90% a 95% dos pacientes submetidos a essa operação, a dor é aliviada. Mais de 80% das próteses de ombro duram mais de 10 anos, e 75% duram mais de 20 anos. A artroplastia do ombro é considerada tão segura quanto outras artroplastias de articulações maiores. Conversaremos sobre as suas opções e decidiremos em conjunto se esta cirurgia é adequada ao seu ombro e aos seus objetivos.

Antes da operação

O seu cirurgião planejará a operação com base em radiografias do seu ombro; por vezes, também é utilizada uma ressonância magnética (exame que mostra os tecidos moles) ou um ultrassom (exame que utiliza ondas sonoras). Essas imagens revelam a forma da articulação, o grau de desgaste e o estado dos tendões ao seu redor. Essas informações ajudam o cirurgião a escolher os componentes de prótese adequados para o seu ombro.

Nos dias que antecedem a cirurgia, receberá instruções claras a seguir. Deve deixar de comer e beber sete horas antes da operação; esse intervalo mais longo permite que o chamemos para o bloco operatório caso a agenda sofra alterações. Alguns medicamentos talvez precisem ser suspensos, e o seu cirurgião informará quais e quando. Leve uma lista por escrito de todos os medicamentos que toma, incluindo comprimidos, gotas e remédios naturais. Providencie alguém para o levar para casa, pois não poderá dirigir. Use roupas largas e confortáveis, fáceis de vestir e tirar. Caso tenha outras condições médicas, poderá precisar de exames de sangue ou de uma avaliação com o anestesista (o médico responsável pela anestesia) antes do dia da cirurgia.

No dia da cirurgia

Você chegará à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Antes da cirurgia, encontrará o anestesista, com quem discutirá o plano de tratamento. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral associada a um bloqueio nervoso regional. O anestesista se encontrará com você antes da operação para explicar ambos os procedimentos. Em seguida, você será levado para a sala de operações, onde a cirurgia será realizada.

Ao acordar, você estará na sala de recuperação. As enfermeiras monitorarão seus sinais vitais enquanto a anestesia perde o efeito. Uma vez que seu estado estiver estável, você será transferido para o quarto. Caso vá para casa, a pessoa designada para conduzi-lo o levará até lá.

Como é realizada a cirurgia

O cirurgião faz um único corte na parte frontal do ombro para alcançar a articulação. Por meio dessa abertura, ele remove as superfícies articulares desgastadas: a parte esférica na extremidade do osso do braço e a cavidade

rasa contra a qual ela se move. Essas são substituídas por componentes artificiais feitos de metal e plástico, moldados para se ajustarem exatamente à forma da sua própria articulação.

Um tendão localizado na frente da articulação, o subscapularis (uma unidade muscular-tendinosa que auxilia na rotação interna do braço), é cuidadosamente afastado para permitir o acesso; ao final da cirurgia, é reconectado ao seu lugar original. Durante todo o procedimento, o cirurgião toma cuidado para proteger os tecidos moles ao redor da articulação e para posicionar os novos componentes com precisão.

Após a colocação dos componentes artificiais e a reparação do tendão, a incisão é fechada. Primeiramente, uma malha adesiva fina é aplicada sobre a ferida, mantendo as bordas da pele unidas. Em seguida, um adesivo cutâneo líquido é aplicado sobre essa malha; ele endurece e sela completamente a área. Esse material permanece no local por cerca de uma a duas semanas e, depois, se solta e desprende sozinho, não sendo necessário removê-lo.

Após a operação

Ao acordar, você estará na sala de recuperação e, em seguida, será levado para o quarto. A maioria dos pacientes permanece uma ou duas noites no hospital após esta operação. Para maior conforto, o seu braço ficará apoiado em uma tipoia simples. Ela é retirada para a realização de exercícios e para a higiene. O controle da dor é planejado para você antes da saída da sala de cirurgia, e a equipe de cuidados continuará monitorando como você se sente, ajustando o tratamento conforme necessário. Deixamos o curativo no lugar por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que lhe seja indicado. Trocamos ou removemos o curativo quando o examinamos. Geralmente, um fisioterapeuta visita o paciente no quarto para iniciar movimentos suaves. Por favor, providencie alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas após voltar para casa.

Recuperação

Cada pessoa tem um processo de recuperação único; o seu cronograma pode ser diferente. O seu cirurgião e fisioterapeuta o orientarão em cada consulta.

Nos primeiros dias e semanas, é normal sentir dor e inchaço ao redor do ombro. Na maioria das pessoas, isso diminui gradualmente. Sua equipe médica planejará um esquema de controle da dor antes da alta hospitalar e o ajustará conforme necessário. Muitas pessoas conseguem controlar a dor com um plano simples, sem uso de opioides. Manter o braço na tipoia entre os exercícios ajuda a aumentar o conforto. O repouso, os movimentos suaves conforme orientado pelo fisioterapeuta e o cumprimento do plano terapêutico ajudarão a aliviar o desconforto.

Geralmente, um fisioterapeuta irá visitá-lo na enfermaria para iniciar movimentos suaves. Em casa, você deverá continuar realizando esses exercícios conforme indicado. A tipoia é retirada durante os exercícios e para a higiene. No início, você precisará de ajuda em algumas tarefas diárias, como se vestir, já que o braço operado terá mobilidade limitada. O sono pode ser interrompido nos primeiros dias, mas a maioria das pessoas percebe melhora à medida que o ombro se recupera.

A mobilidade e a força retornam em etapas. À medida que o inchaço diminui e os movimentos melhoram, as atividades cotidianas ficam mais fáceis. Quando o cirurgião autorizar, geralmente na consulta de seis semanas, você poderá voltar a dirigir. Consulte nosso guia sobre [Dirigir após cirurgia no membro superior](#). O retorno ao trabalho e às atividades esportivas depende do seu tipo de trabalho, das atividades praticadas e da evolução da recuperação do ombro. O cirurgião e o fisioterapeuta explicarão quais atividades são seguras em cada fase.

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.

A infecção é o problema mais grave a ser observado. Ela pode se manifestar como uma dor profunda e latejante que não melhora com analgésicos comuns, vermelhidão que se espalha a partir da ferida ou febre. Informe imediatamente a clínica caso note algum desses sinais. Algumas infecções aparecem meses depois; portanto, mencione qualquer coisa incomum nas suas consultas de acompanhamento, mesmo que pareça insignificante.

Após esta cirurgia, pode formar-se um coágulo numa veia. Isso pode causar inchaço súbito e sensibilidade na panturrilha. Se um pedaço desse coágulo chegar aos pulmões, você pode sentir falta de ar repentina ou desconforto no peito. Nesse caso, procure o pronto-socorro.

Os nervos ao redor do ombro podem ser esticados ou machucados durante a cirurgia. Você pode notar dormência, formigamento ou fraqueza no braço ou na mão. Muitos desses sintomas desaparecem completamente; outros, apenas parcialmente. Mencione isso na próxima consulta para que seja acompanhado.

Fraturas próximas à nova articulação são raras, mas podem ocorrer, tanto durante quanto após a cirurgia. Você sentiria dor aguda e perderia a capacidade de mover o braço normalmente. Ligue para a clínica caso isso aconteça.

Com o tempo, as peças artificiais podem afrouxar. Isso geralmente se manifesta pelo retorno da dor, às vezes acompanhada de um som de clique ou atrito no ombro. Comente sobre isso na sua consulta, pois exames de imagem podem mostrar o que está acontecendo.

O ombro também pode ficar rígido ou instável, ou as peças novas podem se deslocar. Você notaria perda súbita de movimento ou a sensação de que a articulação se deslocou. Entre em contato com a clínica imediatamente.

Se você já fez cirurgia no ombro anteriormente, alguns desses riscos são maiores. O seu cirurgião discutirá isso com você antes da operação.

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

Quando nos contatar

Confie no seu instinto. Se algo parecer errado, entre em contato conosco. Ligue para a clínica se tiver febre, vermelhidão crescente ou secreção na ferida, ou dor que piora progressivamente. Procure o pronto-socorro se houver inchaço súbito na panturrilha, falta de ar ou desconforto no peito; esses podem ser sinais de coágulo.

Contate-nos imediatamente se perder a sensibilidade no braço ou na mão, ou se não conseguir movê-los de forma alguma. A maioria dos problemas é mais fácil de resolver quando detectados precocemente.

Onde ler mais sobre a condição

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

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cupperlimb.com.au · cupperlimb.com.au

Artroplastia total 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
Blindagem por estresse	36.4%	Achado radiográfico relacionado ao comprimento e ao alinhamento da haste; o impacto clínico varia.
Ruptura do manguito rotador	5.6-29%	Insuficiência ou ruptura progressiva do manguito rotador pode ocorrer após a artroplastia total do ombro, podendo causar dor, fraqueza ou instabilidade; falha grave do manguito pode exigir conversão para artroplastia reversa do ombro.
Taxa de revisão cirúrgica	3.2-41.2%	Aproximadamente 5-10% pacientes podem necessitar de revisão cirúrgica dentro de 10 anos, por diversos motivos.
Síndromes de compressão nervosa	3-5%	Aproximadamente 3-5% pacientes desenvolvem síndrome do túnel carpal ou cubital após a cirurgia; a maioria melhora após retirar a tipóia do braço.
Perda de amplitude de movimento ou rigidez	1.5%	Alguns pacientes desenvolvem capsulite adesiva ou rigidez significativa (aproximadamente 2-5%), exigindo manipulação sob anestesia ou liberação capsular.
Luxação ou instabilidade	0.91-30%	Fatores de risco incluem insuficiência do subscapularis, deficiência do manguito rotador, má posição dos componentes ou tensão inadequada dos tecidos moles.
Infecção	0.71-1.9%	Infecção profunda que requer múltiplas lavagens, uso prolongado de antibióticos e, possivelmente, remoção dos componentes com revisão cirúrgica em etapas; o risco é maior em diabéticos e imunossuprimidos.
Complicações neurológicas	0.7-2.4%	Os nervos axilar e musculocutâneo são os mais expostos; a maioria dos casos são neuroprias temporárias que se recuperam em até 3-6 meses.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Fratura periprotética	0.46-1.40%	Fraturas intraoperatórias ocorrem durante a preparação do úmero ou inserção dos componentes, especialmente em ossos osteoporóticos; fraturas tardias podem surgir após quedas.
Afrouxamento do componente glenoide	0.45-24%	A complicação de longo prazo mais comum nos primeiros 10 anos; pode causar dor, estalos ou declínio funcional, exigindo revisão cirúrgica.
Hematoma	0.3-15%	A incidência varia; taxas mais altas são observadas em casos de revisão cirúrgica.
Complicações médicas	0.18-1.4%	Complicações sistêmicas como embolia pulmonar, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral ou pneumotórax são raras.
Afrouxamento ou afundamento do componente umeral	—	Os modelos sem haste preservam o tecido ósseo, porém podem apresentar afrouxamento ou afundamento, especialmente em ossos de má qualidade ou com sobrecarga precoce.
Conversão para artroplastia reversa do ombro	—	Aproximadamente 3-8% pacientes podem precisar de conversão dentro de 10 anos devido a falha do manguito rotador, afrouxamento glenoide, instabilidade ou artropatia progressiva.
Falha dos componentes	—	Com o tempo, podem ocorrer desgaste do polietileno, desmontagem do componente umeral, falha da placa de base, quebra de parafusos ou fratura do componente glenoide.
Dor persistente ou insatisfação	—	Alguns pacientes apresentam sintomas residuais como dor irradiada para o pescoço, dificuldade para deitar sobre o ombro operado ou sensação de estalos.

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