

INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Carpectomia da fila proximal

Após a carpectomia da fileira proximal, a primeira fileira de ossos do punho é removida, e o osso capitato passa a articular diretamente com o rádio, preservando assim movimentos úteis.

Muzichick / Wikimedia Commons, CC BY-SA 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 8 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 to 6 weeks A tala para o punho é usada durante as duas primeiras semanas, após o que se inicia a fisioterapia com movimentos suaves. A maioria das pessoas consegue retomar o trabalho de escritório, dirigir e realizar tarefas cotidianas leves já nas primeiras semanas.	12 weeks Em um estudo com 304 pacientes, 82% retornaram ao trabalho em um período médio de 12 semanas. Para trabalhos manuais pesados, prática de esportes ou atividades na academia, o retorno pode demorar mais.	12 months A força de preensão e a amplitude de movimento continuam a melhorar ao longo do primeiro ano. A flexão final do punho atinge cerca de dois terços da amplitude do lado contralateral, enquanto a força de preensão fica entre 80% e 90%. Em pacientes com mais de 35 anos, o alívio da dor geralmente persiste por mais de dez anos.

Por que esta cirurgia foi sugerida

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu quadro clínico. 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 que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na sua consulta, colhemos o seu histórico clínico, examinamos o seu punho e solicitamos exames de imagem, quando necessário, para descobrir o que está causando a sua dor. Para um problema de longa data,

como a artrose do punho, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico: mudar a forma como você usa a mão, terapia da mão e uso de talas. Consideramos a cirurgia quando isso não trouxe melhora suficiente.

Esta operação se chama carpectomia da fileira proximal. Ela consiste em remover dois ou três dos pequenos ossos do lado do polegar do seu punho que foram desgastados pela artrose. Ela é normalmente oferecida para a artrose por desgaste do punho, incluindo um padrão chamado colapso avançado escafossemilunar, e para a doença de Kienböck avançada, em que um dos pequenos ossos do punho perde o seu suprimento de sangue. Nós a recomendamos quando a cartilagem lisa das superfícies restantes do punho ainda está saudável, o que verificamos nos seus exames de imagem. O objetivo é aliviar a sua dor, mantendo o movimento do punho. A maioria das pessoas mantém um movimento útil do punho e a força de preensão, e muitas voltam ao trabalho.

Antes da operação

Antes da operação, pedimos que você pare de comer e beber sete horas antes do horário da sua operação. Pedimos sete horas em vez de seis para que seja possível antecipar a sua cirurgia caso a lista de cirurgias avance mais cedo. O seu cirurgião informará quais dos seus medicamentos habituais você deve suspender e quando, e é útil levar uma lista por escrito de todos os medicamentos que utiliza. Combine com alguém para levar você de carro para casa depois e, no dia, use roupas largas e confortáveis. A maioria das pessoas não precisa de nenhuma outra preparação. Caso tenha outras condições médicas, poderá ser necessário fazer exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista. Usamos radiografias e ressonância magnética do seu punho para planejar a operação e verificar a saúde da cartilagem da qual dependemos.

No dia da cirurgia

Você chegará à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Você conhecerá o anestesista, que cuida da sua anestesia e do alívio da dor. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Às vezes, é adicionado um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; o anestesista conversará com você sobre isso no dia da cirurgia. Depois, você será levado para a sala de operações, onde a cirurgia será realizada. Quando ela terminar, você acordará na sala de recuperação, onde os enfermeiros cuidarão de você enquanto a anestesia passa. Assim que estiver estável, você será encaminhado para o quarto ou irá para casa, dependendo da operação e de como a sua recuperação estiver evoluindo.

O que envolve a operação

O cirurgião faz um único corte na parte de trás do seu punho, alinhado com o seu braço. Por esse corte, o cirurgião chega à articulação do punho e remove os dois ou três pequenos ossos que foram desgastados pela artrose. Isso deixa uma articulação nova e mais simples entre o punho e o antebraço, em que a cartilagem saudável das superfícies restantes assume o trabalho dos ossos removidos.

Uma parte importante da operação é proteger uma faixa de tecido que atravessa o punho e ajuda a mantê-lo estável. O cirurgião mantém essa faixa intacta, pois ela sustenta o punho enquanto ele cicatriza e se movimenta.

Em seguida, o corte é fechado com pontos de sutura. Um curativo é colocado por cima e permanece no lugar por cerca de 10 dias.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação e, em seguida, será transferido para o quarto. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta operação, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. As enfermeiras manterão você confortável com analgésicos, e você pode avisá-las a qualquer momento se a sua dor não estiver controlada. O seu punho ficará com um curativo macio. Você também pode ter uma tipoia ou uma tala de gesso na parte da frente do antebraço; algumas pessoas têm uma delas ou as duas, outras não têm nenhuma. Deixamos o curativo no local por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que receba instruções em contrário. Trocamos ou retiramos o curativo quando o atendemos. Você pode se levantar e caminhar assim que se sentir firme. Por favor, combine com alguém para ficar com você durante as primeiras 24 horas.

Recuperação

Nos primeiros dias, o seu punho ficará dolorido e inchado, e o dorso da mão pode parecer machucado e tenso. Repouso, manter a mão elevada sobre travesseiros e os analgésicos que lhe foram dados ajudam. O inchaço geralmente diminui aos poucos ao longo das semanas seguintes.

Você pode ir para casa com uma tipoia, uma tala de gesso na parte da frente do antebraço, as duas ou nenhuma delas. Seja qual for o seu caso, você pode se levantar e se movimentar assim que se sentir firme. Você usará a mão não operada para se lavar, se vestir e fazer as refeições e, no início, precisará de ajuda com as tarefas domésticas mais pesadas. Mantenha o curativo seco e intacto até que o avaliemos.

A terapia da mão começa logo após a cirurgia, com Ruby Doolan, na Extend Rehabilitation. Ruby é terapeuta da mão: ela orienta os seus exercícios e confecciona qualquer tala de que você precise. No início, o foco são os movimentos suaves e a redução do inchaço. À medida que a dor diminui, os seus exercícios avançam para agarrar, levantar objetos e usar a mão nas tarefas do dia a dia. Muitas pessoas percebem que o punho se move com mais liberdade e que as atividades diárias ficam mais fáceis com o passar das semanas.

Quando conseguir agarrar objetos e usar a mão sem dor, você poderá fazer mais coisas: primeiro o trabalho de escritório e as tarefas leves; depois, mais adiante na recuperação, o trabalho mais pesado, o esporte e a academia. Se quiser dirigir, espere até não estar mais usando tipoia nem gesso, conseguir segurar o volante com as duas mãos e fazer uma parada de emergência, e não estar mais tomando analgésicos fortes. Veja o nosso guia sobre [dirigir após cirurgia no membro superior](#).

A recuperação varia de pessoa para pessoa. O seu cronograma pode ser diferente, e nós orientaremos você 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.

Esta operação evita alguns problemas que outras operações do punho trazem. Como nenhum osso é fundido a outro, não há risco de os ossos não consolidarem. Você também não precisará de outra operação para retirar metal, porque nenhum é colocado. No geral, esta operação traz menos problemas cirúrgicos do que a principal alternativa, a artrodese parcial do punho.

O principal ponto a observar ao longo dos anos é a artrose por desgaste na parte do punho que permanece. Você pode notar dor ou rigidez que volta a aumentar lentamente, ou uma sensação de atrito ao mover o punho. Se isso acontecer, mencione-o na próxima consulta. Se a artrose nessa articulação ficar dolorosa o suficiente, uma nova cirurgia pode ser considerada, incluindo deixar todo o punho rígido.

A força de preensão após esta operação geralmente fica entre 60 e 80% da força de um punho normal. A maioria das pessoas acha que isso é suficiente para as tarefas do dia a dia, mas vale a pena saber disso antes de planejar a volta a um trabalho pesado.

Alguns problemas exigem ação rápida. Vá ao pronto-socorro se os seus dedos ou a sua mão ficarem pálidos, frios, brancos, azulados ou escuros, pois isso pode ser sinal de um problema de circulação. Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, se a vermelhidão se espalhar a partir da ferida ou se sair líquido ou pus dela. Ligue para a clínica no mesmo dia também se a sua dor continuar piorando apesar dos analgésicos. Se não conseguir falar com a clínica, fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Dormência ou fraqueza nas primeiras 24 horas após um bloqueio nervoso são esperadas e não são um problema. Depois que o efeito do bloqueio passar, ligue para a clínica se a sua mão continuar dormente ou se você não conseguir mover os dedos.

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

Quando nos contatar

A maioria dos problemas após esta operação é rara, mas alguns sinais exigem ação rápida. 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. Vá ao pronto-socorro também se os seus dedos ou a sua mão ficarem pálidos, frios, brancos, azulados ou escuros. Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, se a vermelhidão se espalhar ao redor da ferida ou se sair líquido ou pus dela. Ligue para a clínica no mesmo dia também se a sua dor continuar piorando apesar dos analgésicos. Depois que o efeito do bloqueio nervoso passar, geralmente em cerca de 24 horas, ligue para a clínica se a sua mão continuar dormente ou se você não conseguir mover os dedos. Se não conseguir falar com a clínica, 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 da própria operação. A condição que ela trata, incluindo o que as evidências demonstram sobre quando a cirurgia é benéfica e quando não é, é abordada com mais detalhes na página [Pulso SLAC e SNAC](#).

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

Carpectomia da fila proximal

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 8 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
Desgaste da articulação e necessidade de conversão para artrodese do punho	15 to 18%	A longo prazo, o punho pode sofrer desgaste, exigindo conversão para uma artrodese. Isso é mais provável em pacientes com menos de 35 anos ou que realizam trabalhos manuais pesados (cerca de 15% a 18% dos casos entre 8 e 14 anos após a cirurgia; a incidência é muito menor em pacientes mais velhos e com menor demanda física).
Artrite progressiva na nova articulação	—	Alterações radiográficas na nova superfície articular radiocapitato são comuns ao longo dos anos. Geralmente não provocam sintomas, mas em alguns pacientes tornam-se fonte de dor.
Dor persistente ou recorrente no punho	—	Alguns pacientes apresentam dor contínua ou que reaparece. Pode haver dor no lado ulnar, decorrente do atrito do osso pisiforme, ou no lado radial, na região do estiloide radial. Em certos casos, é necessário tratamento adicional.
Redução da força de preensão	—	É esperada alguma perda permanente da força de preensão, pois uma fileira de ossos do punho é removida. Normalmente, a força de preensão estabiliza entre 80% e 90% da mão contralateral.
Redução da amplitude de movimento do punho	—	Também é esperada alguma perda permanente da amplitude de movimento do punho. A flexão final atinge cerca de dois terços da amplitude do lado contralateral; ainda assim, esse resultado costuma ser melhor do que após uma artrodese.
Dormência próxima à cicatriz	—	Pequenos nervos cutâneos na parte posterior do punho podem ser contundidos ou cortados durante o acesso cirúrgico, deixando uma área de dormência ou um ponto sensível próximo à cicatriz. Geralmente, esse efeito é leve.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Infecção	—	Pode ocorrer infecção superficial da ferida, que geralmente cede com antibióticos. Em casos raros, infecções mais profundas exigem intervenção cirúrgica adicional.
Sangramento ou hematomas	—	É normal haver algum hematoma ao redor do punho. Raramente, forma-se um acúmulo maior de sangue (hematoma) que necessita de drenagem.
Problemas de cicatrização ou cicatriz sensível	—	A cicatrização pode ser lenta, ou a cicatriz pode tornar-se espessa e sensível ao toque.
Rigidez	—	O punho ou os dedos podem ficar mais rígidos do que o previsto, exigindo mais sessões de fisioterapia para recuperação.
Síndrome da dor regional complexa	—	Condição rara de sensibilização da dor, caracterizada por inchaço persistente, rigidez e aumento da sensibilidade à dor. Requer tratamento específico e pode atrasar a recuperação.
Não alívio total dos sintomas	10%	A cirurgia não beneficia a todos igualmente. Cerca de 1 em cada 10 pacientes considera o resultado apenas moderado ou insatisfatório.

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