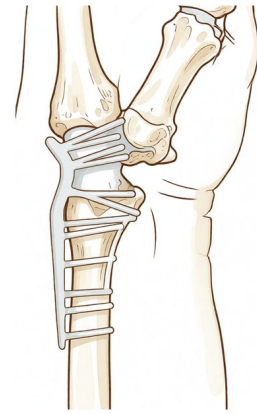


INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Fusão total do punho

Fusão total do punho: uma placa mantém os ossos do punho firmemente unidos enquanto eles se fundem em uma única estrutura. Isso elimina o movimento doloroso causado pela artrite, embora comprometa a flexão do punho; por outro lado, a rotação do antebraço — essencial para a maioria das atividades diárias — permanece preservada.

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 156 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 Tarefas leves que exigem uso de apenas uma mão podem ser retomadas precocemente; os dedos, o polegar e o antebraço devem ser movimentados desde o início; o próprio punho permanece imobilizado na tala até a consolidação óssea.	6-12 months Em geral, os pacientes alcançam estabilidade dos implantes e alívio significativo da dor em um prazo de 6 a 12 meses; a força de preensão volta a atingir cerca de 80% do lado não afetado.	12-24 months O acompanhamento a longo prazo revela bons resultados funcionais e alta satisfação dos pacientes; na maioria dos casos, a fusão radiográfica é observada em até 12 meses.

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as 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 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 o diagnóstico.

A artrite do punho causa dor, fraqueza na força de preensão e, às vezes, instabilidade no punho. Para muitas pessoas, o tratamento não cirúrgico vem primeiro: modificação das atividades, terapia ocupacional, uso de talas ou injeções. Recomendamos a artrodeese total do punho quando essas medidas não proporcionarem melhoria suficiente. A cirurgia une os ossos do punho para que eles se consolidem como uma única peça sólida, impedindo o atrito doloroso entre as superfícies articulares desgastadas. Geralmente, esse procedimento é indicado para casos graves de artrose decorrente de lesões ou para punhos danificados pela artrite reumatoide, que se tornaram instáveis ou deformados. Também pode ser considerado quando uma prótese de punho anterior falhou. O objetivo é obter um punho estável, forte e com muito menos dor, permitindo que você use a mão com confiança.

Antes da operação

O seu cirurgião planejará a operação utilizando exames de imagem do seu pulso, como radiografias ou ressonância magnética. A ressonância magnética utiliza um ímã potente para obter imagens detalhadas, podendo revelar problemas que as radiografias comuns não conseguem detectar. Receberá instruções claras sobre os medicamentos a tomar antes da cirurgia. Alguns medicamentos talvez precisem ser interrompidos temporariamente; o seu cirurgião informará quais e por quanto tempo. Deve deixar de comer e beber sete horas antes do horário da operação. Pedimos que seja sete horas em vez de seis para que seja possível antecipar o seu procedimento caso a lista de cirurgias avance mais cedo. Providencie alguém para o levar para casa após a operação. Traga consigo uma lista dos medicamentos que está a tomar atualmente. Use roupas largas e confortáveis. Se tiver outras condições médicas, poderá ser necessário realizar análises de sangue ou uma consulta com o anestesista.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde é registrado e preparado para a sala de operações. Lá, encontrará o anestesista. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral; você ficará completamente inconsciente durante o procedimento. Alguns pacientes também recebem um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; a decisão é tomada pelo anestesista no próprio dia, conforme as suas condições individuais. Em seguida, você é levado à sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Você acorda na sala de recuperação, onde as enfermeiras monitoram seu estado enquanto a anestesia vai passando. Assim que sua condição se estabiliza, você é encaminhado para o quarto ou pode ir para casa, dependendo do tipo de cirurgia e da sua recuperação.

Como é realizada a operação

O cirurgião faz um único corte na parte de trás do seu pulso. Por meio dessa abertura, ele alcança as superfícies articulares desgastadas entre os pequenos ossos do pulso e a extremidade do osso do antebraço. Em seguida, remove o cartilagem liso remanescente dessas superfícies, bem como qualquer osso endurecido, de modo que

osso fresco e sangrando fique exposto em ambos os lados de cada articulação a ser unida. Esse contato direto entre os ossos é o que permite que eles se curem e se fundam em uma única peça sólida.

Em seguida, o cirurgião alinha os ossos numa posição funcional e os mantém imóveis durante a cicatrização. Uma placa metálica moldada é colocada na parte de trás do pulso e fixada aos ossos com parafusos. A placa mantém tudo no lugar, impedindo que os ossos se desloquem enquanto se unem. Em alguns casos, o cirurgião pode acrescentar uma pequena quantidade de enxerto ósseo para auxiliar na cicatrização.

Quando os ossos já estão bem fixos, o cirurgião fecha o corte com pontos de sutura e aplica um curativo.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação, sob a vigilância das enfermeiras, enquanto o efeito da anestesia passa. O seu pulso ficará imobilizado em uma tala ou gesso, com um curativo sobre o ferimento. 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. O alívio da dor será providenciado antes da sua alta hospitalar, e as enfermeiras podem ajustá-lo caso você sinta desconforto. No dia da cirurgia, você poderá levantar-se e caminhar, usando a outra mão para se apoiar. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após essa operação; porém, alguns conseguem ir para casa no mesmo dia. Por favor, providencie alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas após voltar para casa.

Recuperação

Nos primeiros dias, seu pulso ficará dolorido e inchado. Isso melhora gradualmente. Manter a mão elevada sobre travesseiros, inclusive à noite, ajuda a reduzir o inchaço e o desconforto. Tome os analgésicos prescritos, em vez de esperar que a dor piore.

Seu pulso ficará imobilizado em uma tala ou gesso enquanto os ossos se unem. Você usará a outra mão para tarefas cotidianas, como se vestir, comer e tomar banho. Pode circular pela casa e fazer atividades leves, mas não deve dirigir enquanto o pulso permanecer imobilizado. Após a retirada do gesso ou da tala e com autorização do cirurgião, será possível voltar a dirigir; nossa página sobre [dirigir após cirurgia no membro superior](#) explica isso com mais detalhes.

A fisioterapia da mão começa pouco após a cirurgia e ajuda a prevenir rigidez nos dedos, pulso e antebraço. Sua fisioterapeuta, Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation, orientará os exercícios e confeccionará qualquer tipo de tala necessária. Iniciar movimentos suaves precocemente ajuda a recuperar a mobilidade mais rapidamente e, muitas vezes, reduz o número total de sessões de terapia.

Como os ossos do pulso ficam unidos, essa região do pulso não dobrará mais. A maioria das pessoas se adapta bem e consegue realizar suas atividades diárias com alguns novos hábitos. O antebraço ainda pode girar, portanto muitas tarefas permanecem confortáveis. Assim que os ossos cicatrizarem e sua força de preensão estiver restaurada, você poderá retomar o trabalho e outras atividades.

Cada pessoa tem seu próprio ritmo de recuperação; portanto, seu cronograma pode ser diferente. Seu cirurgião e sua fisioterapeuta o guiarão em cada etapa.

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 placa metálica e os parafusos mantêm os ossos imóveis enquanto cicatrizam. Às vezes, esse material pode causar desconforto ou se deslocar ligeiramente. Você pode sentir uma borda afiada sob a pele ou uma dor persistente sobre a placa que os analgésicos comuns não aliviam. Se isso o incomodar, mencione-o na próxima consulta. O material pode ser removido após a consolidação óssea.

Ocasionalmente, os ossos do punho não se unem conforme o planejado. Isso é chamado de não união óssea. Muitas pessoas com esse problema não sentem nada e não apresentam sintomas. Contudo, se o espaço entre os ossos causar dor persistente, o cirurgião discutirá as opções disponíveis com você na consulta.

O nervo que atravessa o meio do punho pode ficar comprimido devido ao inchaço pós-cirurgia. Isso é conhecido como síndrome do túnel carpal. Você notará formigamento, sensação de “alfinetadas” ou dormência no polegar, indicador e dedo médio, geralmente pior à noite. Informe o cirurgião caso isso ocorra. Geralmente, o problema pode ser tratado com uma pequena cirurgia para aliviar a pressão sobre o nervo.

Também podem ocorrer problemas na cicatrização da ferida. Fique atento à pele ao redor do curativo: verifique se há vermelhidão que se espalha, aumento da temperatura, secreção ou odor desagradável. Uma ferida que não cicatriza pode exigir tratamento. Caso observe esses sinais, entre em contato com a clínica imediatamente, em vez de aguardar a próxima consulta.

Os tendões, que conectam os músculos aos ossos, podem, ocasionalmente, ficar irritados ou se romper próximo ao punho. Você pode notar fraqueza súbita – por exemplo, um dedo que não consegue se esticar corretamente – além de inchaço ou sensibilidade na parte de trás da mão. Comunique isso ao cirurgião o quanto antes.

Se você já realizou uma artroplastia de punho que não teve sucesso, a artrodese posterior ainda pode resolver o problema, embora a recuperação possa ser um pouco mais lenta do que após uma artrodese realizada pela primeira vez.

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

Quando nos contatar

A maioria dos problemas aparece nas primeiras semanas. Contate-nos se tiver febre, ou se a pele ao redor da ferida ficar mais vermelha, quente ou com secreção. Contate-nos se a dor piorar repentinamente, ou se notar formigamento ou dormência que antes não existia. Procure atendimento de emergência se a panturrilha estiver inchada e dolorida, ou se sentir falta de ar. Procure atendimento de emergência se não conseguir sentir ou mover a mão ou os dedos.

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, é abordada com mais detalhes na página [Osteoartrite do Punho](#).

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

Fusão total do punho

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 156 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
Redução da força de preensão	20-30%	Redução esperada da força de preensão após a fusão do punho.
Taxa de reoperação	16%	Aproximadamente 19% dos pacientes necessitam de reoperação dentro de 6-7 anos; os motivos mais comuns são presença de material ortopédico sintomático (27%), falha do implante (20%), infecção (17%) ou não união óssea (15%).
Falha do implante	14%	A placa ou os parafusos podem quebrar ou afrouxar, especialmente quando os ossos não se unem ou após uma queda; esse problema representa 20% das reoperações.
Material ortopédico sintomático	11%	A placa pode tornar-se dolorosa, exigindo sua remoção após a consolidação óssea; esse é o motivo mais frequente para reoperação (27% dos casos).
Dor persistente	10-15%	Alguns pacientes ainda sentem dor no punho mesmo após a fusão óssea bem estabelecida.
Complicações de tecidos moles	9.3%	O inchaço na mão é comum; pode ocorrer formação de hematoma (3,7%), bolhas na ferida (2,3%) e deiscência da ferida (1,9%); o tabagismo aumenta significativamente esse risco.
Não união óssea	8.9%	Os ossos do punho podem não se unir; a taxa de não união é maior (17,5%) após artroplastia falha; o tabagismo eleva esse risco.
Complicações dos tendões extensores	8.3%	Os tendões na parte dorsal da mão podem aderir à placa, causando rigidez, tenossinovite ou, raramente, ruptura tendínea; as placas modernas de perfil baixo reduziram esse risco.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Infecção	7.69%	Infecções na ferida podem exigir lavagem, antibióticos ou, em casos graves, remoção do implante; o risco é maior em fumantes e pacientes imunossuprimidos.
Síndrome do túnel do carpo	5-10%	A síndrome do túnel do carpo pode surgir devido à posição da placa ou ao inchaço.
Problemas na articulação radioulnar distal	5-10%	Dor ou instabilidade na articulação radioulnar distal após a fusão.
Fratura periprotética	Rare	Os ossos podem fraturar ao redor da placa ou dos parafusos, especialmente após uma queda ou antes da consolidação completa; isso pode exigir cirurgia adicional.
Lesão nervosa	Rare	Lesões nos nervos sensoriais podem provocar dormência, alterações na sensibilidade ou neuromas dolorosos; lesão do nervo interósseo posterior pode afetar a sensibilidade na parte dorsal do punho.

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