

Reconstrução do ligamento lateral

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
2-6 weeks A maioria dos pacientes obtém excelentes resultados funcionais e retorna a atividades leves em 6 semanas após um protocolo de reabilitação acelerado.	5-9 months O retorno às atividades profissionais anteriores à lesão ocorre, em geral, dentro de 5 meses; no caso de instabilidade crônica, o retorno ao esporte acontece em até 9 meses.	12 months Mediante um protocolo de reabilitação acelerado, o retorno ao esporte costuma ocorrer antes de 1 ano.

Por que esta cirurgia foi recomendada

Esta cirurgia reconstrói os ligamentos localizados na parte externa do tornozelo, que evitam que ele “ceda” durante os movimentos. Ela é geralmente indicada para pessoas com instabilidade crônica do tornozelo, caracterizada por sintomas que persistem há pelo menos 6 meses, como entorses repetidas, dor e sensação de instabilidade ao praticar esportes. Normalmente, tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos, como modificação das atividades físicas e fisioterapia; a cirurgia é considerada quando essas medidas não trazem melhoria suficiente. Ela também pode ser indicada caso os sintomas persistam após 3 a 6 meses de tratamento conservador. O objetivo da cirurgia é proporcionar um tornozelo estável, com menos dor e melhor funcionalidade. Em 80% a 95% dos casos, os resultados são bons ou muito bons.

Antes da operação

Nas semanas que antecedem a cirurgia, confirmamos o plano cirúrgico por meio de exames de imagem. Isso pode incluir radiografia, ressonância magnética (exame que mostra tecidos moles como ligamentos) ou ultrassonografia. Essas imagens nos ajudam a planejar a operação e a verificar a presença de outros problemas no tornozelo, como danos na cartilagem.

No dia da cirurgia, pare de comer e beber sete horas antes. Pedimos esse período de sete horas, em vez de um tempo menor, para que a sua operação possa ser antecipada caso a agenda cirúrgica permita. O seu cirurgião informará quais dos medicamentos que você costuma tomar devem ser interrompidos e quando. Leve uma lista por escrito de todos os medicamentos que utiliza, use roupas largas e confortáveis, e providencie alguém para levá-lo para casa após a cirurgia. Caso tenha outras condições médicas, talvez seja necessário realizar exames de sangue ou uma consulta com o anestesista (o especialista responsável por induzir o sono).

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde é registrado e preparado para a sala de operações. Em seguida, encontra-se com o anestesista, o especialista responsável por induzir o sono. Esta cirurgia 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. Depois, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Ao término da cirurgia, você acorda na área de recuperação. As enfermeiras permanecem ao seu lado enquanto a anestesia vai passando e verificam se você está confortável. Assim que seu estado se estabiliza, você é encaminhado para um quarto ou pode ir para casa no mesmo dia, dependendo do procedimento e da evolução da recuperação. A pessoa que irá levá-lo para casa deve estar pronta para buscá-lo assim que a equipe autorizar sua saída.

Como é realizada a operação

Existem duas formas principais de reconstruir os ligamentos laterais do tornozelo. Se o tecido ligamentar do próprio paciente ainda estiver em boas condições, o cirurgião pode apertá-lo e reanexá-lo. Isso é feito por meio de um corte curvo na parte externa do tornozelo, geralmente direcionado para a frente, em direção ao meio do pé. O ligamento rompido é suturado novamente ao pequeno osso do lado externo do tornozelo (a fíbula), utilizando pequenas âncoras ou pontos passados por minúsculos túneis no osso. O tecido adjacente pode ser dobrado sobre a área reparada para reforçá-la. Fragmentos ósseos soltos ou pequenos ossos a mais que causam dor também são removidos durante a cirurgia.

Caso o tecido ligamentar esteja muito desgastado ou esticado para receber pontos, ou se a operação for uma repetição, o cirurgião pode optar por reconstruir o ligamento usando um pedaço de tendão. Esse enxerto tendinoso pode ser retirado do próprio corpo do paciente ou de um doador. Pequenos túneis são perfurados nos ossos do tornozelo, e o enxerto é passado por eles e fixado, reproduzindo o trajeto do ligamento original.

Algumas reconstruções são feitas por artroscopia. Nesse caso, o cirurgião trabalha por meio de pequenos cortes, utilizando uma câmera (artroscópio), podendo também avaliar e tratar lesões dentro da articulação do tornozelo sem a necessidade de abrir toda a região.

Independentemente do método utilizado, o corte é fechado com pontos e coberto por um curativo. O cirurgião também pode examinar os tendões localizados atrás do osso lateral do tornozelo e repará-los, caso estejam danificados, pois problemas nesses tendões podem ocorrer concomitantemente a lesões ligamentares.

Após a operação

Ao acordar, você estará na sala de recuperação, e as enfermeiras ficarão ao seu lado até que o efeito da anestesia passe. O seu tornozelo será envolto em um curativo, e a nossa equipe cuidará da dor para que você se sinta confortável. Geralmente, você pode colocar peso no pé logo após a cirurgia, embora no início possa precisar usar muletas para se locomover com segurança. Alguém deve ficar com você nas primeiras 24 horas após voltar para casa. A nossa equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital. Deixamos o curativo 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 paciente vem para a consulta de acompanhamento.

Recuperação

Nos primeiros dias, o seu tornozelo ficará dolorido e inchado. Isso é normal e melhora gradualmente. O repouso, manter o pé elevado e os analgésicos prescritos pela equipe médica ajudarão a aliviar o desconforto. O inchaço pode aparecer e desaparecer por algum tempo, sendo geralmente mais intenso após ficar em pé por um período.

Logo após a cirurgia, você começará a se movimentar. A maioria das pessoas consegue colocar peso no pé logo cedo, usando muletas no início para se locomover com segurança. O fisioterapeuta orientará você nos exercícios para restaurar a mobilidade e a força, aumentando a intensidade conforme o tornozelo permitir. Você usará o curativo por cerca de 10 dias, e faremos a avaliação da ferida na sua próxima consulta. Em casa, mantenha o curativo seco, faça caminhadas curtas conforme orientado e evite torcer ou girar o tornozelo.

À medida que o inchaço diminui e a mobilidade retorna, as tarefas do dia a dia ficam mais fáceis. Você passará das muletas para caminhar por conta própria, no seu próprio ritmo. Só volte a dirigir quando o seu cirurgião autorizar: não se deve dirigir enquanto o tornozelo operado estiver com gesso, bota ou órtese, nem enquanto for necessário evitar apoiar peso sobre ele, e é preciso já não estar tomando analgésicos fortes e conseguir mover o pé entre os pedais e frear com força sem hesitar. A bota não é uma exceção, e a retirada do gesso ou da bota, por si só, não significa autorização para dirigir. Importa qual tornozelo foi operado e também se o carro é automático ou manual: num carro automático, é o pé direito que freia, enquanto num carro manual o pé esquerdo aciona a embreagem. A volta aos esportes ocorre em etapas: começa-se com atividades em linha reta e, gradualmente, retorna-se aos movimentos de torção e rotação que o tornozelo costumava fazer. O fisioterapeuta informará quando cada etapa for segura para você.

Cada pessoa tem um ritmo de recuperação diferente; portanto, o seu cronograma pode variar em relação aos demais. O cirurgião e o fisioterapeuta orientarão você em cada consulta e ajustarão o plano conforme sua evolução.

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.

Os nervos localizados na parte externa do tornozelo podem ficar irritados durante a cirurgia. Se isso acontecer, você pode notar dormência, formigamento, sensação de queimação ou uma sensação aguda, semelhante a uma descarga elétrica, ao longo da parte superior ou lateral do pé. Na maioria dos casos, essa irritação nervosa desaparece sozinha em algumas semanas ou meses. Informe-nos na próxima consulta se notar algum desses sintomas.

Às vezes, a ferida cirúrgica pode apresentar problemas. Fique atento à vermelhidão que se espalha a partir do corte, ao vazamento de líquido ou pus, ou à pele que fica escura ou desgastada. Você também pode sentir uma dor profunda e latejante que não melhora com analgésicos comuns, ou apresentar febre. Caso observe algum desses sinais, ligue imediatamente para a clínica. Algumas infecções da ferida exigem antibióticos ou um pequeno procedimento para drenagem; por isso, a avaliação precoce é fundamental.

Os pontos de sutura ou pequenas âncoras usados para fixar a reparação podem, ocasionalmente, causar atrito ou pressão sob a pele. Isso se manifesta como um ponto sensível, um nódulo ou uma sensação de “clique” próximo a uma das pequenas cicatrizes. Geralmente é leve, mas se lhe causar incômodo, mencione isso na próxima consulta. Um procedimento simples sob anestesia local pode remover a parte irritada.

Em casos raros, o ligamento reparado pode se romper novamente ou se esticar. Você perceberia que o tornozelo voltou a ficar instável, com torções ou entorses frequentes, inchaço e dor na parte frontal do tornozelo. Se, após um período de estabilidade, o tornozelo começar a “ceder” novamente, entre em contato com a clínica para que possamos avaliá-lo.

Algumas pessoas sentem rigidez após a operação. Isso se manifesta como tensão ao dobrar o tornozelo para cima ou ao girar o pé para dentro, limitando a amplitude de movimento. A fisioterapia costuma ajudar. Mencione isso na consulta se a mobilidade não melhorar.

A tabela de complicações nesta página lista as taxas típicas; consulte-a se desejar informações mais detalhadas.

Quando nos contactar

Contacte-nos imediatamente se tiver febre, ou se a pele à volta da ferida ficar mais vermelha, inchada ou começar a libertar líquido. Dirija-se às urgências se sentir dor intensa e súbita, inchaço na panturrilha ou dificuldade em respirar. Estes podem ser sinais de um coágulo sanguíneo. Dirija-se também às urgências se perder a sensibilidade no pé ou se não conseguir movê-lo. No caso de dormência, formigueiro ou sensação de ardor que apareçam gradualmente, ligue para a clínica para que possamos avaliá-lo.

Reconstrução do ligamento lateral

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
Lesão nervosa	9.1%	Complicações neurológicas leves, como neurapraxia do nervo peroneal superficial ou do nervo sural, são relatadas em aproximadamente 9,1% dos pacientes submetidos à reconstrução artroscópica.
Ruptura recorrente	6.7-8.1%	A ruptura recorrente do ligamento talofibular anterior, identificada por ressonância magnética, ocorre em 6,7% a 8,1% dos pacientes, estando frequentemente associada à instabilidade recorrente e ao desconforto funcional.
Infecção (profunda)	—	Infecções locais da ferida ou abscessos são raros, porém possíveis; geralmente resolvem-se com antibióticos ou drenagem local. Técnicas minimamente invasivas podem reduzir esse risco.
Rigidez	25%	Deficiência na amplitude de movimento, especialmente limitação na dorsiflexão ou inversão, foi observada em 25% dos pacientes em um estudo sobre reparo anatômico, provocando sensação de rigidez no tornozelo.
Irritação por nós de sutura	—	Dor ou desconforto decorrente de nós de sutura ou âncoras proeminentes é uma complicação conhecida; às vezes, requer excisão sob anestesia local.
Entorse recorrente	15.4%	Em um estudo sobre reparo anatômico no lado talar, 15,4% dos pacientes apresentaram entorse recorrente após o retorno ao esporte.
Problemas de cicatrização da ferida	—	Complicações cutâneas, como necrose da pele ou cicatrização retardada, podem ocorrer caso haja descolamento subcutâneo extensivo; recomenda-se preservar a almofada de gordura inframaleolar.
Tromboembolismo	—	Um coágulo sanguíneo numa veia da perna é uma complicação reconhecida desta reparação, mas não há um número confiável sobre a frequência com que ocorre.

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