

INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Substituição da Articulação da PIP

A articulação da DIP é a do meio das três articulações dos dedos. Uma substituição reveste a articulação com um implante, em vez de fundi-la completamente.

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.

Recuperação rápida. 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
8 weeks Os pacientes geralmente retornam ao trabalho após uma mediana de 8 semanas após a artroplastia da articulação interfalângica proximal (PIP).	12 months Um programa de reabilitação com movimento controlado orienta a terapia ocupacional ao longo de um período pós-operatório de doze semanas para alcançar o movimento ideal.	12 months Os desfechos relatados pelos pacientes e a redução da dor são avaliados aos 12 meses, com alguns pacientes apresentando dor residual leve por até 3 meses.

Por que esta operação foi sugerida

Esta página reflete a abordagem do Dr. Kieran Hirpara, cirurgião do membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, para este procedimento em nossa clínica. Recomendamos a substituição da articulação interfalângica proximal quando a artrite por desgaste causa dor e rigidez que limitam o uso da mão. Você geralmente chega à nossa clínica por meio de referência do médico de família ou fisioterapeuta. Uma avaliação clínica estabelece o diagnóstico. Para problemas de longa duração, tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico. Consideramos a cirurgia quando esse tratamento não proporcionou melhora suficiente.

Este procedimento substitui as superfícies articulares danificadas por um implante para restaurar o movimento e a estabilidade. É geralmente indicado para artrite degenerativa ou pós-traumática. Realizamos este procedimento como uma operação aberta por meio de uma única incisão convencional. O principal benefício é

o alívio confiável da dor e a melhora da função. Aproximadamente 1 em cada 5 substituições com implante de pirócarbono podem necessitar de cirurgia de revisão em 5 anos. Aproximadamente 1 em cada 3 podem passar por mais de uma operação. Discutimos esses dados com você para apoiar uma decisão compartilhada.

Antes da cirurgia

Você precisará de exames de sangue e de uma avaliação anestésica para garantir que está apto para a cirurgia. Seu cirurgião também pode solicitar radiografias ou ressonância magnética para mapear a articulação. Você deve jejuar antes do procedimento e suspender certos medicamentos conforme orientado. Por favor, traga uma lista completa dos seus medicamentos atuais. Vista roupas confortáveis e folgadas no dia da cirurgia. Como você terá uma única incisão sobre a articulação, é necessário que alguém o leve para casa. Você não poderá dirigir após a anestesia. Seu cirurgião fornecerá instruções específicas sobre quais medicamentos suspender e quando parar de comer ou beber.

No dia da cirurgia

Esta operação é realizada sob anestesia geral. Você estará completamente adormecido durante o procedimento. Alguns pacientes também podem receber um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória – o anesthesiologista decidirá no dia, com base nas suas circunstâncias individuais.

Você chegará ao hospital e encontrará o seu cirurgião antes de ser levado ao centro cirúrgico. Utilizamos uma abordagem aberta com uma única incisão convencional sobre o local da cirurgia. Isso nos permite acessar a articulação diretamente. Após o procedimento, você acordará na sala de recuperação. Nossa equipe o monitorará de perto enquanto o efeito da anestesia passar. Você pode esperar algum desconforto, que será controlado com analgésicos. A maioria dos pacientes retorna ao trabalho após uma mediana de 8 semanas. Guiaremos você pelas etapas iniciais da recuperação antes de você ir para casa.

O que a cirurgia envolve

O seu cirurgião faz um único corte na parte frontal ou lateral da articulação do seu dedo. Esta abordagem aberta proporciona acesso claro à área que necessita de tratamento. O cirurgião move cuidadosamente os tecidos moles para alcançar as superfícies articulares.

No interior, as extremidades desgastadas dos ossos são removidas. O seu cirurgião coloca então uma nova prótese para substituir estas superfícies. Esta prótese ajuda a restaurar o movimento e a estabilidade do seu dedo. Em alguns casos, o seu cirurgião pode também ajustar os tendões ou ligamentos à volta da articulação para melhorar o equilíbrio e o movimento.

Uma vez que as novas peças estejam no lugar, o seu cirurgião fecha o corte com pontos de sutura ou grampos. É aplicada uma compressa para proteger a área à medida que começa a cicatrizar. Este procedimento foi concebido para aliviar a dor e melhorar a forma como o seu dedo se move.

Após a cirurgia

Você acordará na sala de recuperação com a mão em curativo protetor e tala. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta cirurgia, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. Seu cirurgião controlará a dor utilizando métodos padrão para garantir seu conforto. Você deve ter alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas para ajudá-lo em casa. Utilizamos uma única incisão convencional sobre o local da operação para esta abordagem aberta. Mantenha o curativo limpo e seco durante a cicatrização. Você não pode dirigir enquanto usa a tala para o dedo, pois ela impede uma pegada segura no volante. Consulte [Dirigir após cirurgia de membro superior](#) para mais detalhes sobre quando você poderá retomar a direção após a remoção da tala e a liberação do seu cirurgião.

Recuperação

Você notará inchaço e rigidez na mão após a cirurgia. Isso é normal. Seu cirurgião o orientará sobre o manejo do desconforto. A maioria dos pacientes percebe que a dor diminui à medida que o inchaço se resolve nas primeiras semanas. Se você tinha sensibilidade pré-existente, pode sentir uma leve dor por até 3 meses. Isso é esperado.

Utilizamos uma única incisão convencional sobre a articulação. Você usará uma tala para proteger a área. Não dirija enquanto a tala estiver no lugar se isso impedir uma pegada segura no volante. Assim que a tala for removida e seu cirurgião liberar, você poderá retomar a direção. Consulte nosso guia em [Dirigir após cirurgia de membro superior](#) para mais detalhes.

A terapia manual é essencial para sua recuperação. Trabalhamos com Ruby Doolan na Extend Rehabilitation para orientar seus exercícios. Você iniciará movimentos suaves precocemente para manter a articulação flexível. Seu terapeuta o ajudará a progredir com segurança. Você aprenderá como usar a mão para tarefas diárias sem sobrecarregar o reparo.

A recuperação varia entre os indivíduos. Seu cronograma pode diferir dos de outras pessoas. Seu cirurgião e fisioterapeuta o orientarão com base na resposta da sua mão. Nosso foco é restaurar o movimento e a força para que você possa retornar à sua rotina. Confie no processo e siga as orientações de sua equipe de perto.

O que pode correr mal

A maioria dos pacientes tem uma boa evolução, mas problemas podem ocorrer ocasionalmente. O seu cirurgião e a equipe monitorizam-no de perto para detectar qualquer problema precocemente.

Infecção A infecção em torno do implante é incomum. No entanto, pode notar vermelhidão a espalhar-se a partir da ferida, aumento do calor ou drenagem de pus a partir da incisão. Também pode sentir uma dor profunda e pulsante que não melhora com analgésicos simples. Se observar estes sinais, ligue para a clínica imediatamente. Não espere pela sua próxima consulta de acompanhamento agendada.

Problemas nos Tendões ou no Mecanismo Extensor O mecanismo extensor refere-se aos tendões e tecidos na parte dorsal do dedo que ajudam a estendê-lo. A disfunção nesta área é uma causa frequente de necessidade

de outra cirurgia. Pode sentir uma fraqueza súbita ao tentar estender o dedo. Também pode notar uma sensação de clique, atrito ou bloqueio ao mover a articulação. Se perder a capacidade de estender o dedo completamente, contacte-nos imediatamente.

Necessidade de Cirurgia Adicional Alguns pacientes necessitam de procedimentos adicionais. Isto pode envolver o ajuste do implante ou a sua substituição total. Pode notar que o seu dedo não se move tão suavemente quanto o esperado, ou que a dor retorna após uma melhoria inicial. Se sentir que a sua recuperação estagnou ou piorou, mencione-o na sua próxima consulta. Podemos avaliar se é necessária uma intervenção adicional.

Notas Gerais sobre a Recuperação O retorno ao trabalho tipicamente demora cerca de 8 semanas. Se trabalha com as mãos, pode sentir rigidez ou fadiga durante este período. Isto é normal. No entanto, se experimentar dor severa ou inchaço súbito, não force a situação. Descanse a mão e procure aconselhamento médico.

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

Quando nos ligar

Ligue-nos se tiver febre, vermelhidão ou secreção crescente na ferida, ou dor intensa súbita. Vá à emergência se notar inchaço na panturrilha ou falta de ar. Entre em contato imediatamente se perder a sensibilidade ou não conseguir mover a mão. Esses sintomas exigem avaliação urgente para garantir que sua recuperação siga o curso esperado.

Substituição da Articulação da PIP

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
Lag extensor	67.1%	A incapacidade de estender completamente o dedo ocorre em 20% dos pacientes; casos graves podem exigir reconstrução tendinosa.
Erosão óssea	60%	Perda óssea radiográfica ao redor do implante ocorre em aproximadamente 60% dos casos; a maioria é assintomática, mas a erosão progressiva pode levar ao afrouxamento do implante ou fratura.
Deformidade do dedo	28%	Deformidade angular recorrente ocorre em 28% dos pacientes; a deformidade pré-existente é difícil de corrigir completamente.
Incongruência articular	20%	Má-alinhamento radiográfico ocorre em 20% dos casos; a maioria é assintomática, mas a incongruência significativa pode causar dor ou instabilidade.
Dor persistente ou recorrente	11-81%	Dor contínua ocorre em 13-20% apesar da cirurgia devido ao afrouxamento do implante, reabsorção óssea, instabilidade ou expectativas irreais.
Cirurgia de revisão	11-25%	Revisão ou remoção do implante é necessária em 3,3-20% dos casos; as opções incluem artroplastia repetida, fusão ou remoção do implante.
Taxa de reoperação	10-18%	Reoperação não planejada ocorre em 14-20% dos pacientes por rigidez, dor, instabilidade e fratura sintomática do implante.
Rigidez articular	9-35%	Rigidez pós-operatória que requer intervenção ocorre em 29% dos pacientes; o arco de movimento pós-operatório médio é de 40-60 graus.
Subsidência do implante	8%	Afundamento progressivo do implante ocorre em 8% dos pacientes, potencialmente levando a dor ou instabilidade que exigem revisão.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Desequilíbrio tendinoso ou deformidade em pescoço de cisne	4.8-10%	O balanceamento inadequado dos tecidos moles pode levar a lag extensor, contratura de flexão ou deformidade em pescoço de cisne, exigindo revisão ou reconstrução tendinosa.
Lesão do nervo digital	4-38%	A lesão nervosa pode causar dormência ou alteração da sensibilidade, sendo a maioria das lesões temporárias e recuperando-se ao longo de 3-6 meses.
Ossificação heterotópica	4-12%	Formação óssea anormal ao redor do implante ocorre em 4-45% dos casos; geralmente é assintomática, mas pode contribuir para a rigidez.
Luxação ou instabilidade	2-12%	Luxação ocorre em 5,7-9,3% dos casos, com risco maior devido a balanceamento inadequado dos tecidos moles ou dimensionamento incorreto.
Instabilidade lateral	2-12%	Instabilidade no plano coronal ocorre em 2-3% dos casos, com instabilidade significativa exigindo reconstrução ligamentar ou revisão.
Afrouxamento do implante	2-22%	O afrouxamento dos componentes é uma causa significativa de falha, particularmente em designs de implantes mais antigos.
Fratura do implante	1-9%	A fratura de silicone aumenta com o tempo, de 9% no acompanhamento de curto prazo para 30% no acompanhamento de longo prazo; a maioria das fraturas é assintomática devido à encapsulação fibrosa.
Infecção	1-4%	Infecção profunda ocorre em 0-5,3% dos casos; infecções profundas podem exigir remoção do implante, lavagens e antibióticos prolongados.
Fratura periprotética	1-9%	Fratura óssea ao redor do implante pode ocorrer durante ou após a cirurgia, exigindo fixação ou revisão.
Sinovite por silicone	Rare	Reação inflamatória às partículas de desgaste do silicone; pode exigir remoção do implante.
Problemas de cicatrização da ferida	Rare	Cicatrização retardada com má qualidade da pele, doença vascular ou tabagismo.

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 – IMPRIMIR NOME

ASSINATURA

DATA

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