

Osteotomia do fêmur distal

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	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA	PLATÔ DO RESULTADO FINAL
trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	trabalho manual, esporte, academia	dor e força
—	16.9 months	—
	O retorno ao esporte e ao trabalho pode levar bem mais de um ano após procedimentos combinados, com uma média relatada de 16,9 meses.	

Por que esta cirurgia foi recomendada

Esta cirurgia, chamada osteotomia femoral distal, consiste em cortar e remodelar a extremidade inferior do fêmur, de modo a alterar a forma como o peso é transmitido ao joelho. Geralmente a recomendamos para pessoas jovens e ativas cuja dor no joelho se deve à artrose (osteoartrite) no lado externo da articulação, associada a um alinhamento dos membros em valgo. Ela também pode ser útil caso a sua rótula se desloque com frequência ou pareça instável. Para problemas crônicos como esses, geralmente tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos, como modificações nas atividades físicas e fisioterapia; a cirurgia é considerada somente quando essas medidas não produzem melhora suficiente. O objetivo é endireitar o membro, desviando a carga da área afetada pela desgaste, aliviando a dor e permitindo que você permaneça ativo e continue praticando esportes por 10 anos ou mais.

Antes da operação

Para planejar a sua cirurgia, tiramos radiografias do seu joelho enquanto você está em pé; às vezes também realizamos ressonância magnética ou ultrassonografia. Esses exames mostram quanto cartilagem ainda resta,

como a rótula se move e como toda a perna se alinha, desde o quadril até o tornozelo. As medições obtidas orientam exatamente onde o osso deve ser cortado.

Na semana anterior à cirurgia, pare de tomar qualquer medicamento anti-inflamatório e consulte-nos sobre o uso de anticoagulantes. Não coma nem beba nada nas sete horas que antecedem a operação. Pedimos que esse período seja de sete horas, e não seis, para que possamos adiantar o seu atendimento caso a agenda cirúrgica permita. Providencie alguém para levá-lo para casa e traga uma lista dos seus medicamentos atuais, além de roupas confortáveis e largas para trocar. Caso tenha outras condições médicas, talvez seja necessário realizar exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Lá, encontrará o anestesista. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Às vezes, um bloqueio nervoso regional é adicionado para alívio da dor pós-operatória; o anestesista conversará com você sobre isso no próprio dia. Em seguida, você é levado à sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Você acorda na área de recuperação, onde as enfermeiras monitoram você enquanto a anestesia vai passando. Assim que sua condição se estabilizar, você será encaminhado para o quarto ou liberado para ir para casa, dependendo do tipo de procedimento e de sua recuperação.

Como é realizada a operação

O cirurgião faz um corte em um dos lados do seu joelho, na parte inferior do fêmur. O lado exato depende da técnica mais adequada para o seu joelho. Por meio desse corte, o osso é cortado quase até a metade e, em seguida, suavemente endireitado, de modo que a perna fique alinhada de forma mais uniforme. O corte em formato de “V” utilizado em uma técnica comum permite que o cirurgião realize uma grande correção, mantendo o osso estável, sem a necessidade de remover nenhum pedaço de osso.

Uma vez que o osso está na nova posição, uma placa metálica e parafusos o mantêm nesse lugar enquanto cicatriza. A placa é posicionada cuidadosamente na parte posterior do osso, de modo a impedir que as extremidades cortadas se movam uma em relação à outra ao dobrar o joelho. Em algumas técnicas, utiliza-se uma placa travada, na qual os parafusos se fixam à própria placa, formando uma estrutura estável que permite a carga precoce sobre a perna.

O corte é fechado com pontos de sutura e coberto com um curativo. Toda a operação é realizada por meio dessa única incisão, e essa técnica reduz tanto o tempo cirúrgico quanto a perda sanguínea.

Caso a patela também seja parte do problema, a mesma operação pode girar suavemente o fêmur, fazendo com que a patela deslize em seu sulco natural em vez de deslocar-se para fora. Às vezes, outros procedimentos são associados ao corte ósseo, como o transplante de menisco (um “amortecedor” doador para o joelho) ou o enxerto de cartilagem para reparar áreas ósseas desgastadas. O cirurgião informará previamente se algum desses procedimentos se aplica ao seu caso.

Após a operação

Você acorda na sala de recuperação e, quando estiver pronto, é transferido para o quarto. As enfermeiras ficam de olho em você e administram analgésicos para que você se sinta confortável. A ferida na perna ficará coberta por um curativo; você poderá começar a colocar peso sobre ela logo, usando uma andador ou muletas. Alguém deve ficar com você nas primeiras 24 horas após voltar para casa. Sua 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 examinamos.

Recuperação

Nos primeiros dias, o seu joelho ficará dolorido e inchado. Os analgésicos ajudam a manter o conforto, e o inchaço diminuirá gradualmente ao longo das semanas seguintes. Deitar-se com a perna elevada também ajuda, assim como o uso de gelo e os medicamentos para dor prescritos pela sua equipe médica.

Nos primeiros dias, você caminhará com uma andador ou muletas, apoiando parte do peso na perna conforme autorizado pelo cirurgião. Um fisioterapeuta orientará os exercícios necessários para manter o movimento do joelho e a força dos músculos da coxa. É possível circular pela casa e realizar tarefas cotidianas leves, mas evite insistir mesmo diante da dor. No início, dormir de costas, com a perna bem apoiada, é a melhor opção.

À medida que o inchaço diminui e a mobilidade retorna, você deixará as muletas e começará a caminhar sozinho. Assim que o cirurgião autorizar, poderá voltar a dirigir; nosso guia de direção explica as regras aplicáveis. Quando o joelho estiver novamente forte e estável, você poderá retomar o trabalho e as atividades esportivas, gradualmente. A maioria das pessoas volta ao trabalho e às atividades que gosta; muitas retomam o nível esportivo anterior à lesão.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. O seu cronograma pode ser diferente, e o cirurgião e o 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.

Às vezes, o osso não se consolida conforme o planejado, ou se consolida numa posição ligeiramente diferente da desejada. Você pode notar dor contínua no local da incisão, ou a sensação de que a perna ainda não está reta. A placa metálica e os parafusos também podem causar irritação, ou um parafuso pode quebrar. Se sentir novos estalos ou ruídos na articulação do joelho, ou dor que reaparece após ter diminuído, mencione isso na próxima consulta.

A ferida também pode apresentar problemas. Fique atento a vermelhidão que se espalha a partir da ferida, vazamento de líquido através do curativo, ou dor profunda e latejante que não melhora com analgésicos

comuns. Esses podem ser sinais de infecção ou acúmulo de sangue sob a ferida. Ligue para a clínica caso perceba algum desses sintomas. Se sentir-se mal, com febre, ou se a vermelhidão se espalhar rapidamente, vá ao pronto-socorro.

Em casos raros, o inchaço na perna pode tornar-se perigoso. Se notar inchaço e sensibilidade súbitos na panturrilha, ou se a parte inferior da perna ficar tensa, dolorida e dormente, vá imediatamente ao pronto-socorro. O mesmo vale se os dedos dos pés ficarem pálidos ou frios.

Durante a cirurgia, existe uma pequena chance de lesão a um vaso sanguíneo ou nervo próximo ao joelho, ou de surgir uma pequena fissura no osso durante o processo de endireitamento. O seu cirurgião fica atento a isso durante a operação e trata essas situações caso ocorram.

Às vezes, a correção não se mantém, ou o joelho não dobra com a liberdade esperada. Se a dor ou rigidez persistirem, o seu cirurgião discutirá as opções disponíveis, que podem incluir nova cirurgia ou, anos depois, uma prótese de joelho caso a artrose progrida.

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

Quando nos contatar

Confie no seu instinto. Se não estiver se sentindo bem, ligue para nós. Entre em contato com a clínica caso note febre, aumento da vermelhidão ou secreção na ferida, ou dor que continua piorando. Procure o pronto-socorro se sentir dor intensa e súbita, inchaço na panturrilha ou dificuldade para respirar. Também deve ir ao pronto-socorro se a perna ficar dormente, fria, pálida ou se você não conseguir movê-la. Esses sintomas exigem avaliação urgente. Em caso de dúvida, ligue para nós e lhe orientaremos.

Osteotomia do fêmur distal

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
Complicações intraoperatórias	1.2%	Taxa relatada em uma série de 15 anos envolvendo osteotomias da tíbia proximal e do fêmur distal.
Complicações pós-operatórias precoces	42.0%	Taxa de complicações dentro de 90 dias, conforme observada em uma série de 15 anos de osteotomias da tíbia proximal e do fêmur distal.
Lesão neurovascular	—	Listada como complicação da osteotomia do fêmur distal de cunha de fechamento medial; nenhuma lesão neurovascular foi relatada em uma coorte que utilizou instrumentação personalizada para o paciente.
Infecção (profunda)	—	Listada como complicação da osteotomia do fêmur distal de cunha de fechamento medial; não foram relatadas infecções em uma revisão sistemática sobre osteotomia de desrotacionamento associada à reconstrução do ligamento patelofemoral medial.
Hematoma	—	Listado como complicação da osteotomia do fêmur distal de cunha de fechamento medial.
Síndrome compartimental	—	Listada como complicação da osteotomia do fêmur distal de cunha de fechamento medial.
Fratura da dobradiça	—	Achado comum na osteotomia do fêmur distal de cunha de abertura lateral, com três tipos distintos; constitui um risco de falha cirúrgica na técnica de cunha de fechamento medial.
Não união óssea	—	Risco de falha cirúrgica na técnica de cunha de fechamento medial; a técnica de cunha de abertura pode apresentar taxa maior de não união óssea em comparação à cunha de fechamento medial.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Consolidação viciosa	—	Risco de falha cirúrgica na osteotomia do fêmur distal de cunha de fechamento medial, podendo exigir intervenção cirúrgica adicional.
Perda da correção obtida	—	Risco de falha cirúrgica na osteotomia do fêmur distal de cunha de fechamento medial, podendo exigir intervenção cirúrgica adicional.
Ruptura do implante	—	Risco de falha cirúrgica na osteotomia do fêmur distal de cunha de fechamento medial; em um caso relatado, um parafuso quebrado migrou para a articulação do joelho.
Rigidez articular	53.8%	A complicação major mais comum no curto prazo após osteotomia de desrotacionamento do fêmur distal associada à reconstrução do ligamento patelofemoral medial (7 de 13 casos).
Cirurgia de revisão	22%	Taxa de, no mínimo, uma reoperação relacionada e não planejada em uma coorte que utilizou instrumentação personalizada para osteotomias corretivas da tíbia proximal e do fêmur distal.
Conversão para artroplastia total do joelho	5-15%	Taxas de conversão de osteotomia do fêmur distal para artroplastia total do joelho, observadas após oito a 15 anos de acompanhamento.

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