

Osteotomia tibial alta

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 120 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
6 weeks A deambulação com carga total geralmente tem início às 6 semanas pós-operatório, nos protocolos de reabilitação conservadora.	6-12 months A maioria dos pacientes retorna às atividades esportivas em nível igual ou superior ao pré-operatório; os bons resultados clínicos permitem o retorno a atividades recreativas.	12 months A máxima melhora e a estabilização dos resultados referentes à dor e à força são normalmente observadas no primeiro ano pós-operatório.

Por que esta cirurgia foi recomendada

A cirurgia consiste em cortar e remodelar o osso principal da perna, a tíbia, de modo que o peso do corpo seja desviado da área do joelho já desgastada. Geralmente a indicamos para pessoas mais jovens e ativas, frequentemente com menos de 60 anos, cuja artrose afeta apenas uma parte do joelho, e não toda a articulação. É adequada para pessoas que exercem atividades físicas ou que desejam continuar praticando esportes.

O objetivo é aliviar a dor e permitir que você permaneça ativo, mantendo o próprio joelho. A taxa de sucesso desta cirurgia é superior a 96% aos 5 anos. Conversaremos sobre se ela é adequada para você e tomaremos a decisão em conjunto.

Antes da operação

Após a decisão de realizar a cirurgia, planejamo-la cuidadosamente. Será necessário fazer radiografias com o paciente em pé; às vezes, também é indicada uma ressonância magnética, que utiliza ímãs para visualizar as

partes moles do joelho. Essas imagens mostram onde a cartilagem está desgastada e nos ajudam a determinar exatamente quanto osso deve ser remodelado. Na maioria dos casos, nada mais é necessário. Caso o paciente tenha outras condições médicas, podem ser necessários exames de sangue ou uma avaliação com o anestesiologista, o médico responsável por induzir o sono. Nos dias que antecedem a cirurgia, informaremos quais medicamentos devem ser suspensos e quando. Não deve ingerir nada por sete horas antes da operação; pedimos esse período um pouco maior que o habitual para que seu horário possa ser antecipado, caso a agenda cirúrgica permita. Providencie alguém para levá-lo para casa e use roupas largas e confortáveis.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Conhece o anestesiologista, o médico 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 anestesiologista conversará com você sobre isso no próprio dia. Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Você acorda na sala de recuperação, onde enfermeiros cuidam de você enquanto a anestesia vai passando. Assim que sua condição se estabiliza, você é encaminhado para o quarto ou vai para casa, dependendo do procedimento e da sua recuperação.

Como é realizada a operação

A operação é feita através de um corte no lado interno do joelho, na parte superior da tíbia, o principal osso da perna. O cirurgião corta quase completamente esse osso e, em seguida, abre suavemente o espaço resultante, alterando o ângulo do osso abaixo do joelho. Isso desloca o peso do corpo para o lado mais saudável e menos desgastado da articulação.

Quando o osso atinge a posição planejada, uma placa metálica com parafusos o mantém no lugar enquanto cicatriza. A placa permanece dentro do joelho. Em alguns casos, ela é removida posteriormente pela mesma incisão, o que pode aliviar os sintomas em determinadas pessoas. Por fim, o corte é fechado e coberto com um curativo.

O objetivo de todo esse procedimento é diminuir a carga sobre a parte desgastada do joelho, o que ajuda a aliviar a dor. Antes da operação, o cirurgião planeja cuidadosamente a correção com base nas radiografias em pé do paciente, de modo que o osso seja aberto exatamente na medida calculada para cada perna.

Após a operação

Você acorda na sala de recuperação, onde as enfermeiras cuidam de você enquanto o efeito da anestesia passa. O seu joelho ficará coberto por um curativo, e você pode sentir alguma dor à medida que a dormência desaparece. As enfermeiras lhe darão medicamentos para mantê-lo confortável. Um fisioterapeuta poderá ajudá-lo a ficar de pé e dar alguns passos, usando muletas, no dia da cirurgia ou na manhã seguinte. 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 lhe seja indicado. Trocamos ou retiramos o curativo quando o examinamos.

Recuperação

Nos primeiros dias, o foco é o conforto. O seu joelho ficará dolorido e inchado, e a pele próxima ao corte pode parecer tensa. Os analgésicos ajudam a controlar essa dor, e repousar com a perna elevada contribui para reduzir o inchaço. Algumas pessoas percebem que, inicialmente, o inchaço é maior à noite. O uso de compressas de gelo, envoltas em uma toalha, pode aliviar esse desconforto.

No início, você caminhará com muletas, apoiando apenas parte do peso na perna enquanto o osso cicatriza. Um fisioterapeuta orientará os exercícios, que começam de forma suave – movimentando o joelho e mantendo os músculos da coxa ativos – e vão aumentando de intensidade à medida que o osso se consolida. O curativo permanece no local por cerca de 10 dias; trocamos ou retiramos quando você nos visitar.

No dia a dia, por algum tempo você precisará de ajuda para subir escadas e fazer compras. Pode circular pela casa, repousar com a perna elevada e fazer os exercícios várias vezes ao dia. Geralmente, dormir de costas com a perna apoiada é a posição mais confortável. Você poderá tomar banho assim que autorizarmos a retirada do curativo.

Os marcos da recuperação referem-se a acontecimentos, não a datas específicas. Quando o osso estiver suficientemente consolidado para suportar todo o peso, a caminhada se tornará mais estável e as muletas serão gradativamente descartadas. À medida que a força muscular retorna, você poderá fazer caminhadas mais longas e, posteriormente, retomar o trabalho e as atividades esportivas conforme o joelho permitir. A maioria das pessoas volta a praticar esportes em nível semelhante ou até melhor do que antes da cirurgia.

A recuperação varia de pessoa para pessoa. O seu cirurgião e o fisioterapeuta orientarão o cronograma adequado para você.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe monitoram você de perto para detectar qualquer problema precocemente.

O osso pode demorar a se unir ou, em casos raros, pode não se unir de forma alguma. Você pode notar dor no local da incisão que não melhora, ou a sensação de que o joelho está “cedendo”. Se isso acontecer, mencione-o na próxima consulta de acompanhamento.

Às vezes, a placa metálica pode causar irritação. Isso geralmente se manifesta como dor ou sensibilidade na região da placa, especialmente em dias frios ou após atividade física. Caso isso o incomode, a placa pode ser removida posteriormente por meio de uma pequena incisão na mesma área. Fale sobre isso na sua consulta.

Infecções são raras, mas podem ocorrer. Fique atento a vermelhidão que se espalha a partir da ferida, calor, inchaço que piora em vez de melhorar, ou vazamento de líquido da incisão. Você também pode sentir febre. Se notar algum desses sinais, ligue imediatamente para a clínica.

Pode ocorrer a formação de coágulos sanguíneos nas veias profundas da perna. Isso se manifesta como inchaço e sensibilidade repentinos na panturrilha, às vezes com a pele quente ao toque. Se perceber isso, entre em contato com a clínica ainda no mesmo dia. Caso sinta falta de ar ou dor no peito, vá ao pronto-socorro.

Os nervos próximos ao joelho podem ser lesionados durante a cirurgia. Isso pode gerar dormência, formigamento ou fraqueza no pé ou nos dedos, além de dificuldade para levantar o pé. Na maioria dos casos, esses sintomas desaparecem sozinhos. Informe ao cirurgião na próxima consulta se notar algum desses sinais.

Em casos muito raros, o osso corrigido pode voltar à sua posição original. Você pode perceber que o joelho está novamente desalinhado ou que a dor retorna no lado afetado. Mencione isso na sua consulta de acompanhamento.

Outros problemas possíveis incluem fratura durante a operação, rigidez no joelho ou uma condição dolorosa rara que causa queimação, sensibilidade e inchaço muito além do período normal de cicatrização. A equipe médica identificará e tratará esses problemas junto com você.

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

Quando nos contatar

A maioria dos problemas aparece logo no início; por isso, preferimos ser informados o quanto antes. Contate-nos se tiver febre, se a vermelhidão ao redor do ferimento estiver se espalhando ou se houver vazamento de líquido da incisão. Entre em contato conosco ainda no mesmo dia se a sua panturrilha ficar subitamente inchada e sensível ao toque. Procure atendimento de emergência se sentir falta de ar ou dor no peito. Procure atendimento de emergência se perder a sensibilidade na perna ou no pé, ou se não conseguir movimentá-los. Contate-nos se a dor piorar repentinamente ou se o inchaço continuar aumentando após os primeiros dias.

Osteotomia tibial alta

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 120 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 gerais	10-15%	Taxas esperadas de complicações pós-operatórias na osteotomia tibial alta.
Complicações graves que exigem cirurgia não programada	6.5%	Estudos que utilizaram a placa bloqueada Tomofix demonstraram baixa incidência de complicações graves.
Não-união óssea	—	Mais comum nas osteotomias tipo “abertura”, especialmente quando há grandes correções; a união sem complicações ocorreu em 93% dos casos de osteotomia medial tipo abertura.
Trombose venosa profunda	44.7%	Incidência geral de TVP precoce após osteotomia tibial alta tipo abertura; os fatores de risco incluem sexo feminino, diabetes e hiperlipidemia.
Lesão do nervo peroneo	—	Geralmente associada à osteotomia da fíbula; mais frequente nas osteotomias tipo “fechamento”; em algumas séries, observou-se disfunção transitória.
Infecção (superficial)	2.9%	Taxa de complicações pós-operatórias por infecção; os fatores de risco incluem o uso de enxerto ósseo artificial e tempo prolongado de anestesia.
Infecção (profunda)	—	Infecções profundas tratadas com desbridamento e antibioterapia foram registradas em grupos de pacientes jovens e ativos.
Perda da correção obtida	1.2%	Taxa de complicações pós-operatórias; a recorrência se deve à correção inicial insuficiente, sendo mitigada por uma correção excessiva além do ângulo valgo normal.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Remoção do material de fixação	33.3%	Taxa de remoção da placa devido à intolerância em pacientes submetidos à osteotomia medial tipo abertura; a remoção do material foi relatada em 67,2% dos casos de osteotomia medial tipo fechamento.
Fratura da “dobradiça” óssea	2.9%	Fraturas laterais intraoperatórias na “dobradiça” óssea ocorreram na osteotomia medial tipo fechamento, exigindo fixação adicional.
Patela baixa	—	Mais comum após osteotomia tibial alta; os fatores incluem encurtamento do tendão patelar e formação óssea nova no local da osteotomia.
Rigidez articular	—	A rigidez residual pode ser tratada de forma não cirúrgica em alguns casos; pode ocorrer contratura transitória de flexão do joelho devido ao aumento da tensão no músculo gastrocnêmio.
Lesão vascular	—	Ruptura da artéria poplítea e paresia do nervo tibial são eventos raros, porém documentados; a proteção depende da colocação correta dos retratores.

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