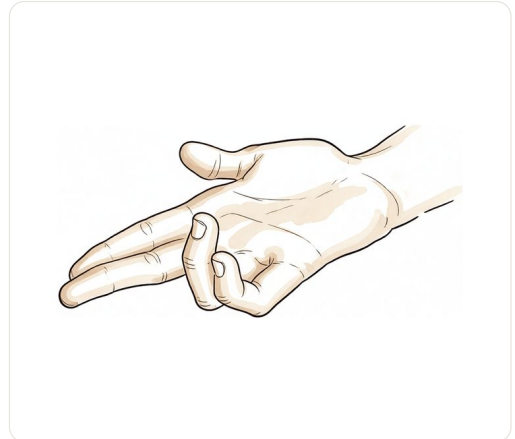


Liberação do Túnel Cubital

O nervo ulnar passando pelo túnel cubital no cotovelo medial, liberado por descompressão cirúrgica.

Mcstrother / Wikimedia Commons, CC BY 3.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Este protocolo orienta a sua recuperação após a libertação cirúrgica do nervo ulnar no cotovelo (descompressão do túnel cubital) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Explica o que esperar, as precauções para as primeiras semanas e os exercícios que mantêm o nervo a deslizar livremente enquanto tudo se estabiliza. Traga esta página ou o seu PDF ao seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano consoante a evolução da sua recuperação.

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida após a cirurgia, entre em contacto com a clínica. É frequentemente útil tirar uma fotografia da ferida e enviá-la por e-mail para avaliação.

Duas operações diferentes, duas recuperações ligeiramente diferentes. O nervo ulnar pode ser libertado de duas formas principais, e a que realizou determina as suas precauções iniciais:

- *Descompressão in situ (simples): o nervo é libertado na sua posição original, sem ser deslocado. Esta é a operação padrão realizada pelo Dr. Hirpara, e a recuperação é rápida: o movimento suave e completo do cotovelo inicia-se cedo. Não é utilizada uma órtese rígida.*
- *Transposição anterior (submuscular) (o nervo é elevado e reposicionado numa posição mais protegida à frente do cotovelo): realizada apenas na situação menos comum em que o nervo subluxa ou luxa sobre o proeminência óssea (epitróclea medial) quando o cotovelo é flexionado. Isto requer uma fase inicial mais cuidadosa, evitando a flexão e extensão do cotovelo até ao final da amplitude de movimento durante as primeiras semanas, enquanto o nervo e os tecidos moles se estabilizam na sua nova posição. Pode ser utilizado um simples esparadrapo ou sling apenas para conforto.*

Siga as orientações abaixo para a operação que realizou: in situ na maioria dos casos, transposição onde o seu nervo era instável.

O que esperar

Para o tratamento de feridas, edema e cicatrizes, consulte as orientações da prática clínica sobre [cuidados com feridas](#).

O objetivo da cirurgia é aliviar a pressão sobre o nervo ulnar (o nervo que fornece sensibilidade ao dedo mínimo e ao dedo anelar e controla muitos dos músculos pequenos da mão). Uma vez aliviada a pressão, o nervo começa a recuperar, mas os nervos cicatrizam lentamente.

A rapidez com que os seus sintomas melhoram depende muito de quanto tempo o nervo esteve comprimido e do grau de irritação que tinha antes da cirurgia. A dormência e as sensações de formigueiro e agulhadas costumam melhorar primeiro, por vezes em dias ou semanas. A perda de sensibilidade e a força da mão demoram mais tempo (frequentemente meses), e o resultado final pode continuar a melhorar até um ano ou mais após a operação. Quando o nervo esteve muito irritado durante um longo período antes da cirurgia, é possível que alguma perda de sensibilidade ou fraqueza não se recupere totalmente; neste caso, a cirurgia visa impedir que a situação piore e dar ao nervo a melhor hipótese de recuperação.

Ao comparar as duas operações, revisões abrangentes dos ensaios publicados concluíram que a descompressão simples in situ e a transposição anterior apresentam resultados gerais semelhantes, sendo que a descompressão simples tende a ter menos complicações nas feridas e nos tecidos moles [1][2]. A escolha entre uma e outra é feita pelo seu cirurgião com base no seu nervo e no seu cotovelo.

Precauções e limitações

O uso funcional leve da mão para tarefas diárias, como cuidados pessoais, alimentação, vestir-se, escrever e digitar, é incentivado desde o início, dentro dos limites do conforto.

Os limites iniciais dependem do tipo de cirurgia realizada:

- **Após descompressão in situ (simples) (a cirurgia habitual):** movimentos suaves e completos do cotovelo, antebraço, punho e mão são incentivados precocemente para manter o deslizamento do nervo. Não é utilizada tala. Mantenha o levantamento de peso, a preensão e o apoio de peso através do braço leves durante as primeiras seis semanas aproximadamente, aumentando gradualmente depois.
- **Após transposição anterior (apenas se o seu nervo era instável):** o cotovelo é protegido nas primeiras semanas; evite forçá-lo em flexão completa ou extensão completa, e evite mantê-lo em flexão por longos períodos, enquanto o nervo se estabiliza na sua nova posição. Pode ser utilizada uma simples atadura para conforto apenas. Os exercícios de deslizamento do nervo começam um pouco mais tarde do que após uma liberação simples (geralmente entre duas a três semanas). Tal como na liberação in situ, mantenha o levantamento de peso e a resistência leves durante as primeiras seis semanas aproximadamente, aumentando gradualmente depois.

Como orientação geral, o levantamento de peso e o fortalecimento com resistência são mantidos leves até cerca de seis semanas, sendo depois aumentados gradualmente [3][4].

Apoiar-se no cotovelo (apoiar o cotovelo numa superfície dura) exerce pressão diretamente sobre o nervo e deve ser evitado enquanto este se recupera.

Assim que a ferida cirúrgica estiver cicatrizada, a massagem na cicatriz ajuda a manter a pele e os tecidos flexíveis sobre o nervo. A página [cuidados com a ferida](#) contém mais informações sobre a gestão da cicatriz.

Estes são os exercícios do seu folheto informativo, realizados conforme descrito em cada cartão. Inicie-os conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta: a data de início dos exercícios de deslizamento do nervo e qualquer limite de amplitude de movimento do cotovelo dependem do tipo de cirurgia realizada.

Seus exercícios

Retorno ao trabalho e às atividades

A maioria das pessoas retorna a trabalhos de escritório ou leves dentro de uma a duas semanas, enquanto funções mais pesadas, repetitivas ou manuais geralmente levam cerca de quatro a oito semanas. Você está pronto para uma tarefa específica quando sua cicatriz tolera o contato e a pressão que ela envolve, e você consegue realizá-la confortavelmente dentro das precauções acima. Se o seu trabalho for pesado, envolver apoio no cotovelo ou utilizar ferramentas vibratórias, informe isso na sua consulta de revisão pós-operatória para que um plano (incluindo quaisquer tarefas modificadas) possa ser elaborado.

A condução de veículos geralmente é retomada entre duas e três semanas, após a retirada do talabarte e quando você consegue controlar o veículo e reagir em uma emergência sem dor. O retorno aos esportes e às atividades acima da cabeça geralmente ocorre entre três e seis meses.

A recuperação nervosa segue um cronograma mais lento, por si só. A formigamento geralmente melhora primeiro, dentro de dias a semanas, enquanto a dormência e a força continuam a melhorar ao longo de muitos meses e podem continuar a melhorar por até cerca de um ano. Onde o nervo estava muito comprimido por um longo período, alguma dormência ou fraqueza pode não se recuperar completamente, e a cirurgia visa então impedir a progressão dos sintomas.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica: consulte [o manejo da dor pós-operatória](#), [o cuidado com a ferida](#) e [os fundamentos da terapia manual](#). O plano em fases acima está de acordo com as evidências publicadas sobre a descompressão do nervo ulnar no cotovelo, e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão, conforme a evolução do seu nervo e do cotovelo.

Referências

- [1] Said J, Van Nest D, Foltz C, et al. Descompressão in situ do nervo ulnar versus transposição para a síndrome do túnel cubital idiopática: uma meta-análise atualizada. *J Hand Microsurg.* 2019;11(1):18–27. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6431285/> [2] Macadam SA, Gandhi R, Bezuhly M, Lefavre KA. Descompressão simples versus transposição subcutânea anterior e submuscular do nervo ulnar para a síndrome do túnel cubital: uma meta-análise. *J Hand Surg Am.* 2008;33(8):1314.e1–12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18929194/> [3] Caliandro P, La Torre G, Padua R, Giannini F, Padua L. Tratamento da neuropatia ulnar no cotovelo. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11:CD006839. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006839.pub4/full> [4] Andrews K, Rowland A, Pranjal A, Ebraheim N. Síndrome do túnel cubital: anatomia, apresentação clínica e manejo. *J Orthop.* 2018;15(3):832–836. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6082832/>