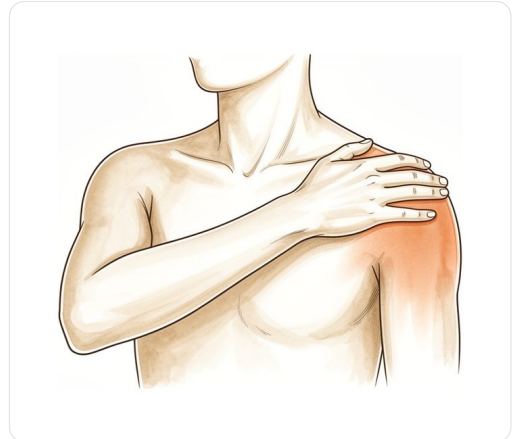


# Excisão da Clavícula Distal

A extremidade lateral da clavícula na articulação acromioclavicular.

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.

Este protocolo orienta a sua recuperação após a excisão artroscópica da clavícula distal (também conhecida como excisão da articulação AC ou procedimento de Mumford) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Cada fase abaixo inicia com uma explicação em linguagem simples do que é mais importante, seguida pelo protocolo estruturado escrito para o seu fisioterapeuta; leve esta página ou o seu PDF à sua primeira consulta de fisioterapia para que a sua reabilitação permaneça coordenada. O seu fisioterapeuta irá progredir nas fases com base na recuperação do seu ombro, e não no calendário.

Este protocolo aplica-se a uma excisão isolada da clavícula distal. Se a sua cirurgia também incluiu uma reparação do manguito rotador, siga o [protocolo de reparação do manguito rotador](#) em vez deste, pois o tendão reparado impõe um ritmo mais lento. (A excisão da clavícula distal é também frequentemente combinada com uma descompressão subacromial; o protocolo abaixo aplica-se igualmente nesse caso.)

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.

## O que esperar

A excisão da clavícula distal remove alguns milímetros de osso da extremidade da clavícula, de modo que as superfícies desgastadas da articulação acromioclavicular (a pequena articulação no topo do ombro) deixam de atritar uma contra a outra. Nada é reparado que necessite de proteção durante a cicatrização, pelo que a reabilitação é rápida: a tipóia é apenas para conforto e a maioria das pessoas deixa de usar nas primeiras duas semanas; os movimentos começam imediatamente, e os protocolos publicados para esta operação privilegiam todos o movimento precoce em detrimento do repouso.

Dois aspetos são específicos desta operação e definem o protocolo:

- **Atingir através do corpo é o movimento mais lento.** Os movimentos de adução horizontal (através do corpo) comprimem a área onde o osso foi removido, pelo que são frequentemente os últimos movimentos a tornar-se confortáveis. Nas fases iniciais, são deliberadamente evitados e, posteriormente, reintroduzidos gradualmente.
- **A pressão pesada surge por último.** Os exercícios que sobrecarregam intensamente a articulação acromioclavicular (supino, paralelas e flexões) são as últimas atividades a ser reintegradas, tipicamente ao longo de três a quatro meses. A maioria das outras atividades regressa bem antes desse período.

A evolução, numa visão geral:

- **Fase I – Recuperação inicial e movimento** – semana 0–2
- **Fase II – Restauração da amplitude de movimento** – semana 2–6
- **Fase III – Fortalecimento e regresso à atividade** – semana 6–12
- **Fase IV – Regresso à atividade total** – semana 12 em diante

A maioria das pessoas utiliza o braço para tarefas leves do dia a dia nas primeiras duas semanas, regressa à maioria das atividades normais entre quatro e seis semanas, e regressa ao desporto e a trabalhos mais pesados entre oito e doze semanas. Os atletas em desportos repetitivos acima da cabeça (lançamento, natação, ténis) tipicamente demoram um pouco mais, na ordem dos dois a quatro meses.

## Fase I – Recuperação inicial e mobilização (Semana 0–2)

---

As primeiras duas semanas consistem em controlar a dor e o inchaço, ao mesmo tempo que se promove a mobilização do ombro. Utilize gelo regularmente: três a quatro vezes ao dia é o habitual nas primeiras uma ou duas semanas. A tipóia destina-se apenas ao conforto: use-a tanto quanto for necessário para aliviar o desconforto, retire o braço frequentemente e deixe de a utilizar assim que se sentir confortável sem ela. Muitas pessoas consideram-na mais útil quando estão fora de casa, para evitar que outras pessoas batam no braço. Não conduza enquanto estiver a usar a tipóia.

Comece a movimentar-se imediatamente: o cotovelo, o pulso e a mão devem movimentar-se desde o primeiro dia, juntamente com exercícios pendulares suaves e movimentos assistidos do ombro (utilizando o outro braço, uma vara ou um sistema de roldanas para ajudar o braço operado a subir e a abduzir). Tome os analgésicos antes dos exercícios e antes das consultas de fisioterapia. O único movimento que deve evitar neste momento é o de alcançar o corpo através da linha média, em direção ao ombro oposto.

### Para o seu fisioterapeuta:

#### Objetivos

- Controlar a dor e o inchaço
- Mobilidade articular precoce: aproximadamente 140° de flexão anterior e 40° de rotação externa ao lado do corpo, até ao final desta fase

- Independência no programa de exercícios em casa

## Gestão

- Tipóia apenas para conforto: reduzir e descontinuar nas primeiras 1–2 semanas, conforme o conforto permitir
- Crioterapia 3–4 vezes ao dia, especialmente após o exercício
- Mobilidade articular ativa imediata do pescoço, cotovelo, antebraço, pulso e mão
- Exercícios pendulares desde o primeiro dia
- Mobilidade articular passiva e ativo-assistida do ombro, conforme tolerado: elevação anterior, rotação externa e rotação interna atrás das costas, utilizando roldanas, uma vara ou bengala, e posições assistidas pela gravidade em decúbito dorsal
- Posicionamento da escápula e mobilidade articular periescapular; atenção ao ritmo escapuloumeral desde o início
- Fortalecimento da preensão; isometria suave do ombro, conforme a dor permitir
- Analgesia antes dos exercícios e das sessões de fisioterapia
- Programa em casa realizado 3–5 vezes ao dia

## Precauções

- Evitar a adução transversal (horizontal)
- Sem exercícios de resistência do ombro além de isometria suave
- Sem levantamento de peso além de objetos leves do dia a dia; sem carga através do braço (empurrar para levantar de uma cadeira ou da cama)
- Não conduzir enquanto estiver a usar a tipóia

## Crítérios para progressão

- Tipóia descontinuada e dor controlada
- Elevação assistida confortável até aproximadamente 140° e rotação externa até aproximadamente 40°

## Fase II – Restaurando a amplitude de movimento (Semanas 2–6)

---

Com a atadura removida, esta fase trabalha o ombro em direção à amplitude completa de movimento em todas as direções: movimentos assistidos primeiro, seguidos de movimentos ativos. Quando a amplitude de movimento estiver próxima do normal, inicia-se o fortalecimento suave do manguito rotador e dos músculos escapulares com elásticos e pesos leves. Utilize o braço normalmente nas atividades diárias, mas mantenha o levantamento de carga modesto (não mais do que cerca de 5 kg) e evite qualquer atividade que exerça pressão ou carga intensa no braço. O movimento de adução transversal (alcançar através do corpo) é reintroduzido gradualmente durante esta fase, conforme a tolerância; é comum sentir uma sensação de pinçamento no final

desse movimento, que desaparece com o tempo. Muitas pessoas consideram útil aplicar calor antes do alongamento e gelo após, e retomar exercícios de membros inferiores de menor intensidade, como caminhada, bicicleta ergométrica ou corrida, geralmente a partir da quarta semana.

### **Para o seu fisioterapeuta:**

#### **Objetivos**

- Amplitude de movimento ativa completa ou quase completa em todos os planos até o final da fase
- Cinemática escapuloumeral normalizada
- Iniciar o fortalecimento do manguito rotador e dos músculos periescapulares assim que a amplitude de movimento ativa estiver próxima do normal

#### **Conduta**

- Progressão da amplitude de movimento passiva e assistida para a amplitude ativa em todos os planos: flexão e elevação no plano escapular em direção ao normal, rotação externa ao lado do corpo e a 90° de abdução conforme tolerado, rotação interna atrás das costas com alongamento suave da cápsula posterior
- Reintroduzir gradualmente a amplitude de adução transversal, guiada pelos sintomas
- Terapia manual e mobilização glenoumeral conforme indicado
- Progressão de isometria para fortalecimento do manguito rotador e dos estabilizadores escapulares com elásticos, assim que a amplitude de movimento ativa estiver próxima do normal: altas repetições, baixa carga
- Aplicar calor antes e gelo após as sessões, conforme preferência; analgesia antes dos exercícios
- Retorno graduado às atividades diárias normais; condicionamento leve de membros inferiores (caminhada, bicicleta ergométrica, corrida) a partir da quarta semana aproximadamente

#### **Precauções**

- Manter a carga leve: aproximadamente 5 kg ou menos no lado operado
- Evitar adução horizontal com carga no final da amplitude e posições de impingement
- Sem exercícios de empurrar: supino, paralelas, flexões de braço
- Adiar o alongamento combinado de abdução-rotação (90/90) se o ombro estiver irritável

#### **Critérios para progressão**

- Amplitude de movimento ativa completa ou quase completa sem desconforto significativo
- Fortalecimento com elásticos tolerado sem exacerbação da dor

## Fase III – Fortalecimento e retorno às atividades (Semanas 6–12)

---

Com o retorno completo da amplitude de movimento, a atenção volta-se para o **重建** da força e para o seu retorno às suas atividades habituais. O trabalho de resistência progride de bandas elásticas para halteres nos músculos do manguito rotador, deltoide e da escápula, e os exercícios tornam-se mais funcionais: treino na academia, natação, um programa de lançamento progressivo para lançadores, e um retorno escalonado às tarefas laborais e desportivas. A maioria das pessoas retorna ao desporto e a trabalhos mais pesados durante esta fase, entre aproximadamente oito e doze semanas, orientada pelo conforto e pela força, e não pelo calendário. Os exercícios de pressão que sobrecarregam mais a articulação acromioclavicular (supino, mergulhos e flexões de braços) são os últimos a ser reintroduzidos, começando com carga leve e amplitude reduzida.

### Para o seu fisioterapeuta:

#### Objetivos

- Restaurar a força, a resistência e o controlo neuromuscular da cintura escapular
- Retorno gradual às tarefas laborais, atividades recreativas e treino específico do desporto

#### Gestão

- Resistência progressiva para o manguito rotador, deltoide e estabilizadores escapulares: de bandas elásticas a halteres leves, tipicamente 2–3 séries de 8–15 repetições
- Adicionar trabalho excêntrico, exercícios de cadeia cinética fechada e, no final da fase, exercícios pliométricos, quando relevantes para o desporto do paciente
- Treino funcional e específico do desporto: natação, programa de lançamento por intervalos para lançadores, drills desportivos sob condições controladas
- Retorno gradual às tarefas laborais completas e ao desporto, baseado em critérios

#### Precauções

- Reintroduzir os exercícios de pressão que sobrecarregam a articulação acromioclavicular (supino, mergulhos, flexões de braços) por último: começar com carga leve, com amplitude de movimento reduzida, e evitar que os cotovelos desçam abaixo ou fiquem atrás da linha do corpo
- A progressão permanece orientada pelos sintomas: uma articulação acromioclavicular irritável melhora com uma breve redução da carga, e não ao forçar a dor

#### Crítérios para progressão

- Amplitude de movimento funcional completa e sem dor
- Sem dor ou sensibilidade na área operada durante a carga
- Força a aproximar-se do lado contralateral nos testes

## Fase IV – Retorno à atividade plena (a partir da 12<sup>a</sup> semana)

---

A fase final é o retorno à atividade sem restrições. A vida cotidiana e a maioria dos esportes geralmente retornam bem antes deste ponto; o que permanece é a carga mais intensa. A força de pressão na academia é reconstruída progressivamente, e o retorno ao desempenho anterior no supino pode levar até cerca de quatro meses. Atletas em esportes repetitivos acima da cabeça são reintegrados progressivamente ao longo de aproximadamente dois a quatro meses após a cirurgia. O retorno completo ao esporte e ao trabalho pesado é confirmado na sua consulta de acompanhamento, com base na amplitude de movimento completa, carga confortável e exame satisfatório.

### Para o seu fisioterapeuta:

#### Objetivos

- Retorno irrestrito ao trabalho, academia e esporte
- Manter a força e a mecânica da cintura escapular a longo prazo

#### Conduta

- Avançar o condicionamento específico para academia e esporte, conforme tolerado, incluindo pressão pesada progressiva com atenção à técnica que limite a tensão na articulação acromioclavicular (profundidade controlada, cotovelos não ultrapassando a linha do corpo)
- Completar as progressões de arremesso intervalado e de esportes acima da cabeça, quando aplicável

#### Precauções

- A progressão permanece guiada pelos sintomas: dor recorrente na região da articulação acromioclavicular com um determinado exercício é um sinal para ajustar a carga ou a técnica antes de progredir

## Após o seu protocolo

---

As fases acima são adaptadas de protocolos de reabilitação publicados para a excisão da clavícula distal (Departamento de Cirurgia Ortopédica da Universidade de Saint Louis, Medicina Desportiva da Universidade de Utah, Sports Surgery New York, Instituto Ortopédico de Palm Beach, OrthoVirginia e Especialistas em Medicina de Illinois), com os intervalos de semanas expressos como típicos, e não fixos. A sua reabilitação é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta, em colaboração com a prática clínica, com base na recuperação do seu ombro. Esta página complementa as orientações gerais de recuperação da prática clínica; consulte [o controle da dor pós-operatória](#) e [os cuidados com a ferida](#). Para a operação em si, consulte [a excisão da clavícula distal](#).

As evidências clínicas subjacentes a esta operação e à sua reabilitação (incluindo a comparação entre a abordagem aberta e a artroscópica, a quantidade de osso removido e o motivo, bem como os protocolos publicados em que esta página se baseia) estão resumidas, com referências completas, na secção de evidências, disponível em formato PDF no topo desta página.