

Instabilidade do Cotovelo

Os ligamentos colaterais nas faces externa (lateral) e interna (medial) do cotovelo, que são reparados ou protegidos após uma lesão de instabilidade.

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 cirurgia para **instabilidade do cotovelo** com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Ele abrange dois tipos diferentes de instabilidade, e o seu cirurgião informará qual se aplica ao seu caso:

- **(A) Lesão lateral (lado externo):** como uma lesão do “terceiro terrível” (terrible triad), uma luxação-fratura ou uma reparação do ligamento colateral lateral (LCL). Estas lesões são estabilizadas para que o cotovelo deixe de deslocar-se ou rodar fora do lugar.
- **(B) Lesão por arremesso (medial, lado interno):** uma reparação ou reconstrução do ligamento colateral ulnar (UCL), geralmente em atletas que praticam lançamentos.

Todo o plano baseia-se numa ideia central: **movimento precoce protegido, não imobilização**. Períodos prolongados em gesso ou talas são a principal causa de um cotovelo permanentemente rígido, pelo que o objetivo é iniciar o movimento de forma segura e precoce. Traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira sessão de fisioterapia para que a reabilitação seja coordenada. O seu fisioterapeuta pode ajustar o plano consoante a evolução da sua recuperação.

Se tiver alguma preocupação sobre a sua ferida cirúrgica após a operação, 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

O cotovelo é mantido no lugar por ligamentos nas faces medial e lateral da articulação. Quando estes são lesados (por luxação, luxação-fratura ou arremessos repetidos), a articulação pode tornar-se instável. A cirurgia repara ou reconstrói as estruturas danificadas para que a articulação volte a estar corretamente posicionada.

A abordagem do Dr. Hirpara evita o uso de uma órtese externa articulada volumosa. Se a reparação for estável em toda a amplitude de movimento no momento da cirurgia, utilizará apenas uma atadura leve para conforto e

iniciará os movimentos do cotovelo precocemente, dentro de posições seguras. Se a estabilidade necessitar de maior proteção, pode ser colocada uma **estabilizador articular interno** no momento da cirurgia: uma pequena dobradiça interna que mantém o cotovelo corretamente reduzido por dentro, permitindo ainda assim a flexão e extensão precoces. Como a proteção é interna, evita-se ainda uma órtese externa que limite o arco de movimento. Se utilizada, este dispositivo interno é geralmente removido após a cicatrização dos ligamentos, por volta de quatro a seis meses.

Para o tratamento da ferida, edema e cicatriz, consulte as orientações da clínica sobre [cuidados com a ferida](#).

O hábito mais importante nesta recuperação é **manter o movimento dentro da sua amplitude segura**, respeitando as posições que o seu cirurgião lhe pede para evitar. Os exercícios abaixo apresentados constituem o seu ponto de partida.

Precauções e limitações

As posições de proteção dependem do tipo de lesão que você tem. Seu cirurgião e terapeuta confirmarão as suas.

Para uma lesão lateral (lado externo) (tríade terrível / LCL):

- **Faça** manter o antebraço virado **palma para baixo (pronado)** durante os movimentos; isso centraliza a articulação e protege o reparo lateral.
- **Faça** exercícios com o braço à frente do corpo, ou deitado com o braço apontando para o teto, se solicitado, para que a gravidade ajude a manter a articulação estabilizada.
- **Não permita** que o braço caia para o lado (evite abdução do ombro) nem suporte peso através dele nas fases iniciais; a gravidade, nesse caso, pode separar o reparo.
- **Não combine** a extensão completa do cotovelo com o antebraço em pronação (palma para cima) até que seu cirurgião autorize (por volta de 16 semanas); esta é a posição em que a articulação pode voltar a subluxar.
- **Não empurre** nem estique o cotovelo até a dor, e evite suporte de peso e cargas de impacto nos primeiros meses.

Para uma lesão por arremesso (medial, lado interno) (LUC):

- **Faça** manter o antebraço em posição **palma para cima (supinada) ou neutra**, conforme orientado.
- **Não carregue** o ombro em rotação externa nas fases iniciais; isso sobrecarrega o reparo medial. Isso geralmente é evitado até cerca de 6 semanas.

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material didático, para recuperar o movimento seguro e manter a funcionalidade da mão, antebraço e ombro enquanto o cotovelo está protegido. Inicie-os e avance conforme orientado pelo Dr. Hirpara e seu terapeuta; a posição segura do antebraço e a amplitude de movimento dependem da sua lesão específica.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico para seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão. Ele está escrito em dois fluxos porque as duas lesões são protegidas de maneira diferente. Cada fase é regida por critérios: o progresso ocorre quando as metas são atingidas, e não simplesmente pelo calendário.

Antes do tratamento, verifique o raio-X do paciente, o laudo cirúrgico e o histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente para discutir a estabilidade alcançada na cirurgia, o arco seguro e a rotação do antebraço, e se foi implantado um estabilizador articular interno. O Dr. Hirpara não utiliza órtese externa com dobradiça: uma reparação estável em amplitude completa é manejada com uma simples atadura (sling) e movimento precoce para conforto; onde a estabilidade precisa ser protegida, um estabilizador articular interno mantém a redução internamente enquanto permite a extensão até o conforto.

TRACK A – TRIÁDE TERRÍVEL / FRATURA-LUXAÇÃO / REPARO DO LCL (LUCL)

Objetivo: Um cotovelo estável, reduzido concentricamente, que se movimenta precocemente; prevenir a re-subluxação rotatória posterolateral.

Precauções essenciais durante toda a fase inicial:

- Manter o **antebraço em pronação** para uma lesão lateral isolada (tensiona as estruturas laterais e posiciona a articulação radiocapitelar). Se ambas as colunas foram reparadas, manter o antebraço em **neutro**; a supinação é permitida apenas com o cotovelo flexionado a ~90°.
- **Evitar estresse em varo e abdução do ombro:** a gravidade impõe uma carga em varo sobre o reparo lateral. Realizar amplitude de movimento ativa com o braço à frente do corpo, ou supino-sobre a cabeça (reduzido pela gravidade) se o reparo for delicado.
- **Sem extensão completa com supinação** até ~16 semanas (reproduz o sinal de pivot-shift).
- Sem apoio de peso / carga em cadeia fechada por 8–16 semanas.

Semanas 0–2: Movimento precoce. Tala simples para conforto. Iniciar amplitude de movimento ativa dos dedos, punho e ombro imediatamente. Iniciar amplitude de movimento ativa e ativa-assistida do cotovelo **até o conforto a partir do dia 2–3**, com o antebraço em pronação e o braço apoiado à frente do corpo (ou supino-sobre a cabeça se o reparo for delicado, de modo que a gravidade comprima a articulação). **Quando um estabilizador articular interno está em posição, progredir para a extensão completa confortável precocemente; o dispositivo protege a redução; não é utilizada tala externa.**

Semanas 2–6: Restaurar o arco. Progredir para flexão e extensão confortáveis completas (extensão até o conforto durante todo o período; um estabilizador interno, se presente, permite isso). Manter a inclinação para a pronação; evitar carga em varo. *Critérios para progredir:* arco passivo completo recuperado, sem re-subluxação no exame ou na radiografia, dor $\leq 3/10$.

Semanas 6–12: Fortalecimento. Uma vez curado clinicamente e radiograficamente (~semana 6), iniciar fortalecimento progressivo; introduzir tala estática-progressiva se estiver se desenvolvendo uma contratatura. Continuar a evitar carga em varo. Um estabilizador interno, se utilizado, geralmente é mantido até a cicatrização dos ligamentos.

Semanas 12–20+: Avançado / retorno. Resistência progressiva; retorno ao trabalho pesado. **Esportes de contato e acima da cabeça em aproximadamente 6–9 meses** (e após qualquer remoção do estabilizador interno). Continuar a evitar fortalecimento com carga em varo.

RASTREAMENTO B – REPARAÇÃO / RECONSTRUÇÃO DO LUC MEDIAL (LANÇAMENTO)

Este é um problema crônico por sobrecarga no lado medial. A preferência do Dr. Hirpara é **não utilizar órtese externa com dobradiça**: a augmentação com internal-brace de fita de sutura (reparação) ou o enxerto tendinoso (reconstrução) fornecem a proteção, e a reabilitação é específica para o lançamento. O antebraço é posicionado preferencialmente em **supinação/neutro**; a rotação externa resistida do ombro é evitada até aproximadamente a semana 6, pois sobrecarrega o enxerto em valgo.

Reparação com augmentação de internal-brace (acelerada, compatível com a abordagem sem órtese externa):

- Movimento precoce protegido até o conforto, semanas 0–4 (arco completo por volta da semana 6).
- Programa Thrower’s Ten a partir de aproximadamente a semana 3; pliometria a partir de aproximadamente a semana 6.
- **Programa de lançamentos intervalados a partir de aproximadamente a semana 11; retorno ao esporte por volta de 5–7 meses.**

Rastreamento de reconstrução (enxerto), se utilizada (mais lento):

- Arco completo por volta da semana 6; lançamentos intervalados nas semanas 14–16; lançamentos a partir de montículo não antes de 6 meses; retorno competitivo ao esporte tipicamente entre 9–16 meses.

Retornar ao trabalho e às atividades

A rapidez do seu retorno depende do tipo de lesão que sofreu e das exigências do seu trabalho ou desporto.

- **Lesão lateral (tríade terrível / LCL):** tarefas leves de secretariado e de autocuidado podem ser retomadas precocemente, dentro das posições seguras. O fortalecimento geralmente inicia por volta das 6 semanas, após a consolidação clínica e radiográfica do cotovelo. Os desportos de contato e acima da cabeça são normalmente adiados para cerca de 6–9 meses, e após a remoção de um estabilizador articular interno, se tiver sido implantado. Evite apoiar peso no braço ou submetê-lo a cargas laterais até que o seu cirurgião o autorize.
- **Lesão por lançamento (LUC):** com uma reparação reforçada por brace interno, um programa estruturado de lançamentos por intervalos geralmente inicia por volta das 11 semanas, com o retorno ao desporto em cerca de 5–7 meses. Após uma reconstrução, o retorno aos lançamentos competitivos é mais lento, geralmente entre 9–16 meses.

A condução é retomada quando tiver controlo confortável e seguro do braço fora da atadura e o seu cirurgião tiver confirmado que é adequado na consulta de seguimento. O seu terapeuta irá progredir o seu fortalecimento e os exercícios específicos para o desporto ou trabalho, em direção aos seus objetivos individuais.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#) e [o cuidado com a ferida](#). A sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu cotovelo e com o tipo de lesão que sofreu. O resumo baseado em evidências para profissionais de saúde referente a este protocolo está disponível junto a esta página.