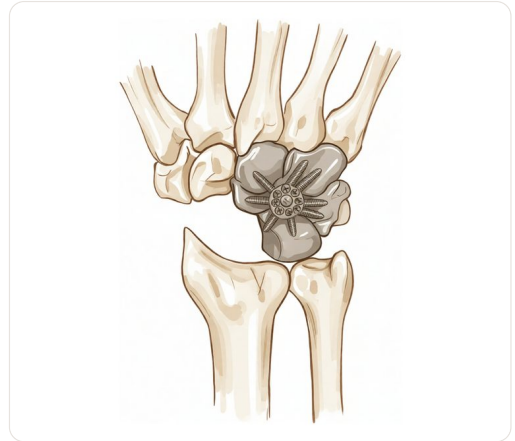


Fusão Parcial do Pulso

Na fusão parcial do punho, o escafoide desgastado é removido e o capitato é fundido ao lunato (uma fusão capitulunada); a articulação entre o lunato e o rádio é preservada intencionalmente, de modo que o punho mantém uma amplitude de movimento útil, ainda que reduzida.

Cypoucke / Wikimedia Commons, CC BY-SA 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 uma **fusão parcial do punho** (uma cirurgia que remove o osso escafoide desgastado e funde os pequenos ossos no centro do punho, mais frequentemente o **capitato ao lunatum**, numa *fusão capitulunar*) com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. Começa com o seu programa de exercícios em casa, seguido pelo protocolo clínico estruturado escrito **para o seu terapeuta da mão**: traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira sessão de terapia para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu terapeuta da mão pode ajustar o plano dependendo da 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.

O que esperar

A fusão parcial do punho trata um punho desgastado (artrose) ao longo do trajeto que segue um problema antigo do escafoides: seja uma **lesão do ligamento escafolunar (um punho “SLAC”)** ou uma **fratura antiga do escafoides que não consolidou (um punho “SNAC”)**. O escafoides danificado é removido, e os ossos do punho médio são fundidos para que deixem de atritar. O Dr. Hirpara mais frequentemente funde o **capitato ao lunatum** (uma fusão capitulunar), por vezes incluindo os ossos vizinhos; quando o lunatum, capitato, triquetrum e hamatum são todos fundidos, isso é chamado de **fusão de quatro ossos**, e segue os mesmos princípios de recuperação.

A ideia central desta operação é que **apenas uma parte do punho é fundida, não toda ela**. A articulação entre o lunatum e o osso do antebraço (o rádio) é deliberadamente preservada. Essa articulação preservada é o que permite ao punho manter o movimento:

- **Fundir as superfícies desgastadas elimina a dor:** esse é o objetivo principal, e é alcançado de forma consistente.
- **Manter a articulação rádio-lunar significa manter um movimento útil.** A contrapartida é que o movimento fica reduzido: a maioria das pessoas termina com aproximadamente metade a dois terços da sua amplitude de flexão anterior, e força de preensão de cerca de três quartos do lado oposto. Este é um resultado normal e esperado (não uma complicação) e, para um punho doloroso e desgastado, geralmente é uma troca muito vantajosa.

Os ossos fundidos precisam de tempo para consolidar firmemente, tal como numa fratura. Durante as **primeiras seis a oito semanas**, o punho é mantido imobilizado num gesso ou talha enquanto isso acontece. Durante esse período, os dedos, o polegar e o antebraço são mantidos em movimento livre, mas o próprio punho é repousado. Uma vez que o cirurgião confirme nos raios-X que os ossos **consolidaram**, o movimento do punho e, em seguida, o fortalecimento são iniciados em etapas cuidadosas. Definir as suas expectativas desde o início (um punho confortável e útil, em vez de um totalmente móvel) é uma parte importante da recuperação.

Precauções e limitações

- Mantenha o pulso imóvel no gesso ou tala até que o seu cirurgião confirme que a fusão cicatrizou (geralmente cerca de seis a oito semanas): os ossos devem consolidar antes de o pulso ser mobilizado.
- Mantenha os dedos, o polegar e o antebraço em movimento desde o primeiro dia, mas **NÃO** mobilize o próprio pulso até que lhe seja autorizado.
- **NÃO** force a pega, levante, empurre, puxe ou suporte peso através do pulso até que a fusão seja confirmada como sólida: isto protege o osso em consolidação e qualquer placa, parafusos ou grampos.
- Espere uma amplitude de movimento final reduzida: este é o resultado planeado da fusão de parte do pulso, não um sinal de que algo correu mal.
- Mantenha o gesso ou o curativo limpos e secos, e **NÃO** conduza enquanto estiver de gesso ou não conseguir controlar o volante com segurança.

Para a gestão da ferida, do edema e da cicatriz, consulte as orientações da prática sobre [cuidados com a ferida](#).

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material impresso. Inicie-os apenas conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, mantendo-se dentro da amplitude e dos limites que lhe foram indicados. Os exercícios iniciais mantêm os dedos, o polegar e o antebraço em movimento, sem perturbar a fusão em processo de cicatrização; o próprio punho permanece imóvel dentro do seu gesso ou taladeira. **A mobilização do punho e o**

fortalecimento da preensão pertencem a fases posteriores e não devem ser iniciados até que o seu cirurgião confirme a consolidação óssea. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda no punho.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico por fases para reabilitação após uma fusão parcial do punho (capitolunar ± excisão do escafoide; os mesmos princípios se aplicam à fusão de quatro ossos). Esta seção deve ser fornecida ao seu terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem simples do que está ocorrendo. Ao contrário de um reparo de tendão, a construção aqui é óssea, e a progressão é condicionada pela consolidação radiográfica da fusão, não por um calendário fixo. Até que o cirurgião confirme a consolidação, o punho é imobilizado e apenas os dedos, o polegar e o antebraço são mobilizados; posteriormente, a amplitude de movimento do punho e, em seguida, a carga são restauradas, com um limite realista de aproximadamente 50–65% da flexão-extensão do lado contralateral e ~70–80% da força de preensão.

Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e confirme a fixação utilizada (placa circular/dorsal, parafusos compressivos sem cabeça, grampos ou fios de Kirschner) e se o escafoide foi excisado. NÃO inicie a mobilização do punho até que o cirurgião assistente confirme a consolidação radiográfica (tipicamente 6–8 semanas, às vezes mais tempo com fixação por parafusos ou grampos). Aconselhe o paciente desde a primeira visita de que o objetivo é um punho funcional e sem dor, com uma amplitude de movimento deliberadamente reduzida, e não mobilidade completa.

FASE I – IMOBILIZAÇÃO PROTEGIDA ATÉ A CONSOLIDAÇÃO (SEMANAS 0 A ~6–8)

A fusão está cicatrizando como uma fratura, portanto, o punho é mantido imóvel enquanto os ossos se unem. A mão e o antebraço são mantidos totalmente móveis para prevenir rigidez e aderência dos tendões, mas o punho não é movimentado.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Punho **imobilizado** em gesso ou tala até que o cirurgião confirme a consolidação radiográfica (tipicamente 6–8 semanas) - **Nenhum movimento ativo ou passivo do punho** durante esta fase - **Nenhum preensão, levantamento, empurrão, puxão ou apoio de peso** através do punho operado - Estabeleça a expectativa desde o início: o movimento final será **reduzido** (a articulação radiolunar é preservada; a articulação mediocarpal é fundida)

Conduta - Ferida: curativos cirúrgicos conforme orientação; curativo volumoso/tala por ~10–14 dias, depois gesso de antebraço ou tala termoplástica; monitorar infecção - Edema: elevação acima do nível do coração, bombeamento suave da mão, gelo conforme necessário - Exercícios: **movimento ativo completo dos dedos, polegar e ROM das articulações MCP/IP; pronação/supinação do antebraço**; ROM suave do ombro e cotovelo; **sem movimento do punho**

Crterios para progresso - **Consolidação radiográfica confirmada pelo cirurgião** (não progredir apenas com base no calendário); ferida cicatrizada; edema controlado

FASE II – RESTAURAÇÃO DA MOBILIDADE DO PUNHO (APÓS A CONSOLIDAÇÃO, APROXIMADAMENTE DAS SEMANAS 6–8 ATÉ ÀS 12)

Uma vez que o cirurgião confirme que a fusão está sólida, o punho é retirado do gesso e iniciam-se movimentos suaves do punho. A progressão é gradual; o paciente é lembrado de que a parte fundida não se moverá e que o arco de movimento alcançável será menor do que anteriormente.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Amplitude de movimento (AM) ativa e passiva do punho (flexão/extensão, desvio radial/ulnar), rotação do antebraço, força de preensão basal, dor e inchaço, revisão da ferida/cicatriz

Educação e precauções - Iniciar **AM ativa e ativa-assistida do punho** dentro dos limites do conforto; transicionar para uma tala de punho removível para conforto/proteção entre as sessões - **Continuar a evitar preensão forte, levantamento de cargas e apoio de peso** através do punho até que seja autorizado para o fortalecimento - Reforçar a **expectativa de redução do movimento** (objetivo de ~50–65% do arco de flexão–extensão do lado contralateral)

Conduta - Exercícios: flexão, extensão, desvio radial e ulnar do punho ativos/ativos-assistidos; iniciar **massagem cicatricial e dessensibilização** assim que a ferida estiver totalmente cicatrizada; continuar AM completa dos dedos/polegar e rotação do antebraço; gestão do edema conforme necessário

Crítérios para progressão - Arco de movimento do punho confortável e controlado dentro da faixa reduzida esperada; dor a diminuir; **autorização do cirurgião para fortalecimento**

FASE III – FORTALECIMENTO E RETORNO ÀS FUNÇÕES (A PARTIR DE ~12 SEMANAS)

Com a fusão consolidada e o movimento restaurado até seu limite funcional útil, o fortalecimento e a carga progressiva são iniciados e incrementados ao longo de semanas. O retorno ao trabalho manual e ao esporte é baseado em critérios.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Força de preensão e pinça em comparação ao lado contralateral; resposta à dor/inchaço durante a carga; testes funcionais específicos para tarefas e ocupação

Educação e precauções - Iniciar **fortalecimento progressivo de preensão e punho** (massa de modelar, bola, depois resistência graduada) após liberação - Introduzir **tarefas com carga e suporte de peso gradualmente**; aumentar a intensidade ao longo de várias semanas, e não de uma só vez - Meta esperada: recuperação da preensão para aproximadamente ~**70–80%** do lado contralateral e um **arco útil, sem dor e reduzido**

Conduta - Exercícios: preensão progressiva e fortalecimento do antebraço/punho; simulação funcional e ocupacional graduada; manejo contínuo da cicatriz e manutenção da amplitude de movimento - Observar e encaminhar de volta ao cirurgião em caso de dor dorsal persistente no punho durante a extensão (possível **impacto dorsal**), suspeita de **não união** ou platô na recuperação - Considerar alta quando a força e a função forem adequadas para as necessidades diárias e ocupacionais do paciente

Crítérios para retorno à carga / trabalho - Fusão consolidada, sem dor dentro do arco restaurado, preensão adequada para a tarefa; demandas manuais pesadas adiadas até ~4–6 meses e incrementadas gradualmente

Retornar ao trabalho e às atividades

O uso leve das mãos nas atividades diárias (comer, escrever, cuidados pessoais leves) é incentivado desde o início, dentro dos limites do conforto, desde que não sobrecarregue ou torça o punho. Como não deve conduzir enquanto o punho estiver em gesso ou incapaz de controlar o volante com segurança, planeie apoio para os transportes nas primeiras semanas; a condução só recomeça quando estiver sem o gesso e conseguir controlar o carro com confiança, conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento.

A preensão, o levantamento de pesos e a carga através do punho só são permitidos após confirmação de que a fusão está sólida (normalmente após cerca de seis a oito semanas), sendo progressivamente intensificados. Pessoas com trabalho de secretariado ou leve geralmente retornam por volta dos três meses; o trabalho manual mais pesado só é retomado, geralmente, entre quatro e seis meses, de forma gradual. Durante todo o processo, lembre-se de que o objetivo é um punho confortável e funcional, com amplitude de movimento reduzida, avaliados pela sensação e pelo funcionamento do punho, sendo o ritmo definido pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, e não apenas pelo calendário.

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 [o manejo da cicatriz](#). O plano em fases acima reflete as diretrizes publicadas de reabilitação após a fusão parcial do punho, e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a cicatrização e a evolução do seu punho.