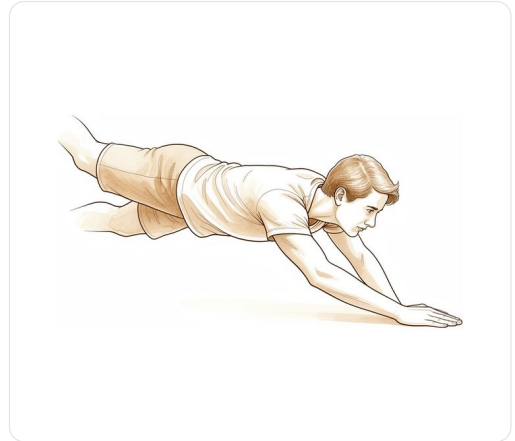


# Substituição da Cabeça Radial

A cabeça radial no cotovelo frequentemente se fragmenta em uma queda sobre a mão estendida; quando não pode ser reparada, é substituída por um implante metálico para manter a estabilidade e a mobilidade do cotovelo.

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 **substituição da cabeça do rádio** no cotovelo (onde uma cabeça do rádio fraturada é substituída por um pequeno implante metálico) 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 permaneça coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano dependendo de como a sua recuperação progride e do que exatamente foi reparado durante a sua operação.

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

## O que esperar

A cabeça radial é a parte superior arredondada de um dos dois ossos do antebraço, onde se articula com o cotovelo. Quando está fragmentada em pedaços demais para ser reparada, é substituída por um **implante metálico** pequeno que restaura um cotovelo estável e congruente e um eixo de rotação do antebraço suave. Isso frequentemente é realizado como parte do reparo de uma lesão mais complexa, uma fratura-luxação às vezes chamada de **“terceiro terrível”**, na qual a cabeça radial, uma parte do coronoide e os ligamentos laterais do cotovelo estão todos lesionados simultaneamente.

Como o implante restaura a estabilidade, a prioridade da sua reabilitação é o movimento precoce e protegido para prevenir rigidez; os cotovelos são muito propensos a ficar rígidos após esse tipo de lesão, e a melhor proteção contra isso é iniciar o movimento precocemente. Seu cotovelo é mantido em repouso em uma **mouchara simples para conforto** entre os exercícios (não uma órtese articulada), e a mouchara é removida para os exercícios e para a higiene.

Dois fatores determinam a rapidez e a amplitude do seu movimento:

- **Quaisquer ligamentos reparados precisam de proteção.** Se o ligamento do lado externo do cotovelo (ligamento colateral lateral) foi reparado, o antebraço é mantido e exercitado **com a palma voltada para baixo (pronação)** nas fases iniciais; se o ligamento do lado interno (ligamento colateral medial) foi reparado, é mantido **com a palma voltada para cima (supinação)**; se ambos, em uma posição neutra intermediária. Seu fisioterapeuta informará qual protocolo se aplica ao seu caso.
- **O cotovelo deve ser protegido contra estresse em varo (lateral) e, nas fases iniciais, contra a extensão completa** se o cotovelo era instável. É por isso que o movimento é liberado em etapas, e não de uma só vez.

A amplitude de movimento é progressiva, com o fortalecimento geralmente iniciando por volta das seis semanas e o retorno às atividades completas por volta dos três meses. O implante e a cicatrização continuam se ajustando por vários meses, razão pela qual a carga mais pesada é reintroduzida gradualmente.

## Precauções e limitações

---

- Use a simples atadura para conforto, conforme orientado; não é uma órtese articulada, e deve ser removida para os exercícios e para a higiene.
- Mantenha o antebraço na posição indicada pelo seu terapeuta durante os exercícios iniciais (palma para baixo se o ligamento lateral externo foi reparado, palma para cima se o ligamento medial foi reparado, neutro se ambos), o que protege o reparo.
- **NÃO** aplique stress de valgo no cotovelo; evite apoiar-se no cotovelo ou deixar o braço pendurado sem suporte através do corpo nas fases iniciais.
- **NÃO** force a extensão completa nas fases iniciais se lhe foi dito que o cotovelo era instável; estenda apenas dentro da amplitude permitida.
- **NÃO** levante, empurre, puxe ou suporte peso através do braço operado até ser autorizado (comumente por volta das seis semanas); mantenha o uso da mão nas fases iniciais leve.
- Mantenha o ombro, o pulso e os dedos em movimento desde o início, e **NÃO** conduza enquanto o braço estiver na atadura ou não conseguir controlar o volante com segurança.

Para a gestão da ferida, edema e cicatriz, consulte as orientações de [cuidados da ferida](#) da clínica.

## Seus exercícios

---

Estes são os exercícios do seu material. Inicie-os apenas conforme orientado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, mantendo-se dentro da amplitude e da posição do antebraço que lhe foram indicadas. Os exercícios iniciais mantêm o cotovelo e o antebraço em movimento para prevenir rigidez, sem sobrecarregar qualquer reparo: flexão e extensão do cotovelo assistidas pelo paciente, rotação suave do antebraço na direção permitida e manutenção da liberdade do ombro e da mão. O fortalecimento e o cuidado com a cicatriz

pertencem a fases posteriores e não devem ser iniciados até que você receba liberação específica. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda ou a sensação de que o cotovelo está cedendo.

## Seu protocolo clínico

---

O restante desta página é o protocolo clínico em fases para reabilitação após substituição da cabeça do rádio (artroplastia da cabeça do rádio), mais comumente realizada para uma fratura cominutiva da cabeça do rádio não reconstrutível, frequentemente como parte de uma fratura-subluxação do tríade terrível. Esta seção deve ser fornecida ao terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem clara do que está ocorrendo. O implante restaura uma articulação radiocapitelar estável e congruente, portanto, o princípio orientador é o movimento precoce protegido para prevenir a rigidez a que estes cotovelos estão propensos, com o arco de movimento e a rotação do antebraço condicionados pela integridade de quaisquer reparos dos ligamentos colaterais e do coronoide.

*Antes do tratamento, verifique o relatório cirúrgico do paciente e a avaliação de estabilidade sob anestesia, e entre em contato com o cirurgião assistente sobre: quais ligamentos colaterais e/ou coronoide foram reparados, o arco estável demonstrado intraoperatoriamente e a rotação protegida do antebraço. O Dr. Hirpara mantém o cotovelo em uma simples atadura para conforto (sem órtese articulada) e favorece uma abordagem de movimento precoce acelerado, onde a estabilidade permitir. Regra da posição do antebraço: reparo do LCL → exercício/repouso em pronação; reparo do MCL → supinação; ambos → posição neutra intermediária; evite estresse em varo e, onde o cotovelo era instável, a extensão terminal precoce.*

### FASE I – MOVIMENTO PROTEGIDO PRECOCE (SEMANAS 0 A 2)

As primeiras duas semanas iniciam com movimento protegido suave assim que a estabilidade da ferida o permitir (frequentemente dentro da primeira semana), para prevenir o desenvolvimento de rigidez. O braço repousa em uma simples atadura para conforto, sendo removida para os exercícios e higiene. O cotovelo percorre seu arco seguro com o antebraço mantido na rotação protetora para o ligamento que foi reparado.

#### Para o seu terapeuta da mão:

**Educação e precauções** - Imobilizar com uma **simples atadura para conforto** (sem órtese articulada); removê-la para exercícios e lavagem - Iniciar flexão-extensão ativa-assistida/ativa do cotovelo dentro do **arco estável demonstrado intraoperatoriamente**; evitar a extensão terminal se o cotovelo estava instável -

**Rotação do antebraço na posição protetora**: pronação se o LCL foi reparado, supinação se o MCL foi reparado, posição neutra na faixa média se ambos foram reparados - **Nenhum estresse em varo** a qualquer momento; realizar exercícios acima da cabeça em decúbito dorsal quando instável para neutralizar o varo e usar a gravidade para coaptar a articulação - Não apoiar peso ou empurrar através do braço operado

**Conduta** - Ferida: curativos cirúrgicos conforme orientação; confirmar a estabilidade da ferida antes de iniciar o movimento - Edema: elevação, bombeamento suave da mão, gelo conforme necessário - Exercícios: AAROM/ flexão-extensão ativa do cotovelo dentro do arco estável; pronação/supinação do antebraço na direção protegida com o cotovelo a 90°; amplitude de movimento (ROM) ativa completa do ombro, punho, mão e preensão

**CrITÉRIOS para progresso** - Estabilização da ferida; movimento controlado e confortável dentro do arco protegido

## **FASE II – PROGRESSÃO DO ARCO DE MOVIMENTO E ROTAÇÃO DO ANTEBRAÇO (SEMANAS 2 A 6)**

Das duas às seis semanas, o arco de movimento protegido é gradualmente alargado em direção à extensão completa e a rotação do antebraço é liberada em ambas as direções, com o objetivo de alcançar pronação/supinação completa por volta das oito semanas. O fortalecimento e a carga continuam sendo evitados.

### **Para o seu terapeuta da mão:**

**Avaliações** - Flexão-extensão do cotovelo ativa e passiva e rotação do antebraço; dor e inchaço; revisão da ferida/cicatriz; sintomas de instabilidade

**Educação e precauções** - Progressão em direção à **extensão completa** conforme a estabilidade permitir (liberar gradualmente qualquer bloqueio precoce de extensão) - Progressão da **rotação do antebraço em ambas as direções** em direção à amplitude total, mantendo cautela com o ligamento reparado no início desta fase - Continuar a evitar estresse em valgo e qualquer carga através do braço

**Conduta** - Exercícios: ampliar o arco de flexão-extensão do cotovelo até a amplitude total; progressão da pronação/supinação em direção à amplitude total (objetivo de amplitude total por volta das 8 semanas); iniciar o manejo da cicatriz assim que a ferida estiver cicatrizada; continuar com a amplitude de movimento do ombro/punho/mão - Um programa de mobilização em decúbito dorsal (supino) permanece útil onde há preocupação com instabilidade residual

**CrITÉRIOS para progresso** - Amplitude de movimento completa e sem dor aproximando-se; sem sintomas de instabilidade; dor  $\leq 3/10$

## **FASE III – FORTALECIMENTO E RETORNO (SEMANAS 6 A 12 E ALÉM)**

Assim que a mobilidade for restaurada e os reparos forem considerados seguros (comumente por volta das seis semanas), inicia-se o fortalecimento, que é progressivo (começando pela pegada, seguido de trabalho de flexão/extensão do cotovelo e antebraço com resistência), avançando ao longo das semanas seguintes. O retorno a atividades mais intensas é baseado em critérios, tipicamente por volta dos três meses.

### **Para o seu terapeuta da mão:**

**Avaliações** - Força do cotovelo e do antebraço em comparação com o lado contralateral; resposta à dor/inchaço ao carregamento; testes funcionais e específicos para trabalho/esporte, conforme apropriado

**Educação e precauções** - Iniciar **fortalecimento com resistência suave** (pegada → flexão/extensão do cotovelo com resistência e pronação/supinação) a partir de cerca de seis semanas; aumentar a carga gradualmente - Progressão para carregamento funcional e específico para o trabalho, conforme tolerado; evitar carregamento pesado súbito ou de impacto no início

**Conduta** - Exercícios: fortalecimento progressivo com resistência do cotovelo/antebraço (banda → pesos leves); fortalecimento da pegada; carregamento funcional graduado; continuar qualquer trabalho de mobilidade residual - Observar e relatar dor persistente ou piorante, sintomas mecânicos ou perda de mobilidade (possível

sobrecarga/afrouxamento do implante ou desgaste capitelar), e encaminhar de volta ao médico assistente se a recuperação estagnar ou houver um resultado desfavorável - Considerar a alta quando a mobilidade for funcional e a força estiver quase simétrica

**Crítérios para retorno à atividade plena** - Amplitude de movimento (ROM) funcional e sem dor; força quase simétrica; cotovelo confiante e estável sob carga

## 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 envolva empurrar, levantar ou apoiar peso através do cotovelo. Como não deve conduzir enquanto o braço estiver na tipóia ou incapaz de controlar o volante com segurança, planeie apoio para os transportes nas primeiras semanas; a condução retoma quando deixar de usar a tipóia e conseguir controlar o carro, conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento.

O fortalecimento geralmente começa por volta das seis semanas e é progressivo. O retorno a trabalhos mais pesados, levantamento de cargas e desporto ocorre tipicamente por volta dos três meses, e baseia-se na recuperação do movimento completo, sem dor, e de força adequada e simétrica, com um cotovelo estável, sendo avaliado pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, e não apenas pelo calendário. O trabalho manual pesado e os desportos de contato seguem a mesma progressão baseada em critérios.

## 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 orientações publicadas de reabilitação após artroplastia da cabeça do rádio e reconstrução do tríade terrível, e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu cotovelo e exatamente o que foi reparado.