

Artroscopia do Punho

A artroscopia do punho é uma cirurgia minimamente invasiva: uma câmera e instrumentos finos são utilizados por meio de pequenas incisões na parte dorsal do punho. A sua recuperação dependerá do procedimento realizado no interior da articulação.

Kieran Hirpara © ① ④ 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 cirurgia **artroscópica (de “olho de boi”) do pulso** com o Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. A artroscopia do pulso é realizada através de pequenas incisões (portais) na parte dorsal do pulso, o que permite uma rápida cicatrização da pele, mas o ritmo da sua recuperação depende do que foi feito no interior da articulação. Começa com o seu programa de exercícios em casa, seguido pelo protocolo clínico estruturado elaborado para o seu terapeuta da mão. Traga esta página ou o seu PDF para a sua primeira sessão de terapia, de modo a que a sua reabilitação seja coordenada e o seu terapeuta siga o plano adequado à sua cirurgia. O seu terapeuta pode ajustar o plano consoante a evolução da sua recuperação.

Se tiver alguma preocupação sobre as suas feridas 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 artroscopia do pulso significa que o cirurgião atua dentro do seu pulso através de pequenas incisões (portais) utilizando uma pequena câmera e instrumentos finos. Como os cortes são pequenos, a pele e os tecidos moles cicatrizam rapidamente, mas o interior do pulso define o cronograma, e existem dois caminhos de recuperação muito diferentes:

- **Uma limpeza (desbridamento, sinovectomia, remoção de gânglio dorsal ou uma limpeza central do TFCC).** Aqui, nada é suturado de volta para ser protegido; o tecido danificado ou inflamado é simplesmente aparado ou removido. Portanto, a imobilização é breve (frequentemente apenas um curativo macio ou uma tala curta para conforto), o movimento do pulso começa dentro de alguns dias e você retorna à maioria das atividades em algumas semanas. A parte central do TFCC (a almofada no lado do dedo mínimo do pulso) não tem suprimento sanguíneo e não pode cicatrizar se suturada, por isso, quando há uma ruptura nessa região, ela é aparada em vez de reparada, e esse aparcamento comporta-se como uma limpeza.

- **Um reparo do TFCC (uma ruptura periférica ou foveal suturada de volta ao seu lugar).** A borda externa do TFCC *tem* suprimento sanguíneo e *pode* cicatrizar, por isso, quando há uma ruptura nessa região, ela é reparada, e esse reparo deve ser protegido. A maior tensão sobre um reparo do TFCC em cicatrização é **girar o antebraço** (rotacionar a palma para cima e para baixo). Devido a isso, o pulso e o antebraço são mantidos em repouso em uma tala ou um gesso de Muenster (acima do cotovelo) por cerca de quatro a seis semanas; isso permite que o cotovelo dobre, mas bloqueia a rotação do antebraço que puxaria o reparo. O movimento e, em seguida, a força, são reconstruídos em etapas cuidadosas, e a recuperação completa leva cerca de três meses ou mais.

Durante ambos os caminhos, os dedos são mantidos em movimento desde o início (não foram operados), o inchaço é controlado e as pequenas cicatrizes dos portais são cuidadas. Seu terapeuta da mão seguirá o plano para o que foi realmente feito no seu pulso; se você não tiver certeza de qual caminho está seguindo, pergunte ao Dr. Hirpara ou verifique a nota da sua operação.

Precauções e limitações

- **Mantenha os dedos em movimento desde o início:** feche o punho e estique completamente, várias vezes ao dia. Isso é sempre permitido e previne rigidez e inchaço.
- **Siga o plano para o procedimento realizado.** Após uma **limpeza**, movimentos suaves do punho começam dentro de alguns dias. Após uma **reparação do TFCC**, o punho e o antebraço permanecem protegidos em uma tala ou gesso, e você **NÃO** deve girar o antebraço (palma para cima / palma para baixo) até que seu terapeuta da mão autorize (cerca de quatro a seis semanas).
- Após uma **reparação do TFCC**, não force nem carregue a rotação do antebraço, e não faça força de preensão ou levante pesos pesados até ser liberado; a rotação e a carga são exatamente o que estressam a reparação.
- Mantenha os portais da artroscopia limpos e secos até a cicatrização; não **MERCHE** nem os esfregue. Cuide das pequenas cicatrizes após a cicatrização.
- Não **DIRIJA** enquanto o punho estiver em tala, gessado ou incapaz de controlar o volante com segurança; organize ajuda com transporte nas primeiras semanas.
- Use a mão para tarefas leves do dia a dia dentro do conforto, desde que não envolva os movimentos ou cargas que você foi instruído a evitar.

Para o manejo de feridas, inchaço e cicatrizes, consulte as diretrizes de [cuidados com feridas](#) da prática.

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 dos limites que lhe foram fornecidos. **Movimento dos dedos e controle do inchaço** começam desde o início para todos. **Movimento do punho, rotação do antebraço e preensão** são condicionados pelo procedimento realizado: precocemente após uma limpeza, mas

mantidos restritos após uma reparação do TFCC (especialmente a rotação do antebraço, que é a última a ser liberada). O cuidado com a cicatriz e os portais de acesso inicia-se após a cicatrização das pequenas feridas. Interrompa qualquer atividade que cause dor aguda.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo clínico por fases para reabilitação após artroscopia do punho. 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 protocolo bifurca-se conforme o procedimento realizado.** Uma limpeza diagnóstica ou terapêutica (desbridamento, sinovectomia, excisão de gânglio dorsal, desbridamento condral ou escafolunar, desbridamento central do TFCC) segue o **caminho de movimento precoce**. Uma **reparação periférica/foveal do TFCC** segue o **caminho de rotação protegida**, porque a rotação do antebraço sobrecarrega a reparação. Confirme sempre com o laudo cirúrgico e o cirurgião assistente qual caminho se aplica.

Antes do tratamento, verifique o relatório operatório do paciente e o histórico médico, e entre em contato com o cirurgião assistente em relação ao procedimento realizado (desbridamento/sinovectomia/excisão de gânglio/desbridamento central do TFCC puros vs. reparação periférica/foveal do TFCC), qualquer instabilidade associada da articulação distal rádio-ulnar e a imobilização prescrita. As duas vias abaixo diferem principalmente em relação ao tempo de proteção da rotação do antebraço.

CAMINHO A – DESBRIDAMENTO (DESBRIDAMENTO / SINOVECTOMIA / GANGLION / DESBRIDAMENTO DO TFCC CENTRAL): MOBILIZAÇÃO PRECOCE

O caminho do desbridamento remove ou trima tecidos sem criar uma estrutura que precise ser protegida, portanto, o objetivo é restaurar a mobilização precocemente e evitar a rigidez. A imobilização é breve e apenas para conforto.

Fase I – mobilização precoce (semanas 0 a 2)

As primeiras semanas visam controlar o edema e a dor, enquanto a mobilização começa quase imediatamente.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - A imobilização é feita com **curativo macio ou tala curta apenas para conforto**, geralmente até ~2 semanas; sem restrição de rotação para um desbridamento/sinovectomia/ganglion central puro - Dedos, polegar e (quando confortável) punho movem-se desde o primeiro dia - Manter os portais limpos e secos até à cicatrização

Gestão - Edema: elevação, bombeamento suave dos dedos, gelo conforme necessário - Exercícios: mobilização ativa completa (ROM) dos **dedos e do polegar** desde o início; **flexão/extensão ativa do punho e desvio radial/ulnar** conforme o conforto permitir, nos primeiros dias; **pronação/supinação suave do antebraço** conforme o conforto permitir - Ferida: curativos nos portais conforme indicado; monitorizar infeção

Critérios para progressão - Portais cicatrizados; edema em regressão; mobilização ativa precoce confortável

Fase II – recuperação da mobilidade e início do fortalecimento (semanas 2 a 6)

A mobilidade é normalizada e o fortalecimento leve é introduzido assim que a amplitude de movimento for confortável.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Amplitude de movimento (ADM) ativa e passiva do punho e rotação do antebraço; preensão; dor e inchaço; revisão da cicatriz/portais

Conduta - Exercícios: progredir para **ADM completa do punho e do antebraço**; iniciar **fortalecimento leve de preensão e com massa terapêutica** a partir de aproximadamente 2 semanas; iniciar **dessensibilização e massagem da cicatriz/portais** após cicatrização - Progredir o uso funcional da mão conforme a tolerância permitir

Crítérios para progressão - ADM quase completa sem dor; inchaço controlado; ganho de força de preensão

Fase III – fortalecimento e retorno (semanas 4 a 6 e além)

A força e a tolerância às tarefas são progressivamente restauradas; a maioria dos pacientes retorna às atividades normais ao longo de algumas semanas. Observe que a limpeza cirúrgica proporciona alívio sintomático confiável, mas não está garantida para dor difusa ou refratária na face ulnar; gerencie as expectativas quando a dor não for focal.

Para o seu terapeuta da mão:

Conduta - Exercícios: preensão graduada e fortalecimento do antebraço/pulso; carga específica para tarefas e trabalho - Retorno às atividades leves/maioria das atividades geralmente em **2-6 semanas**; carga manual ou esportiva mais pesada conforme tolerado e baseado em critérios - Considere a alta quando a força estiver quase simétrica e a função restaurada

CAMINHO B – REPARO PERIFÉRICO/FOVEAL DO TFCC: ROTAÇÃO PROTEGIDA

O reparo sutura a borda externa (vascularizada) do TFCC de volta ao seu lugar. Como a **rotação do antebraço sobrecarrega o reparo**, o antebraço é protegido com uma tala ou gesso Muenster (acima do cotovelo) (que permite flexão/extensão do cotovelo, mas bloqueia pronação/supinação) por cerca de quatro a seis semanas. Em seguida, a amplitude de movimento e a força são reintroduzidas gradualmente.

Fase I – imobilização protegida (semanas 0 a 6)

A reparação é protegida contra cargas de rotação enquanto os dedos permanecem móveis. A prática varia, mas o padrão mais comum é a imobilização do antebraço em posição neutra para ligeira supinação durante cerca de seis semanas; utiliza-se um gesso ou talude acima do cotovelo (Muenster) quando o controlo da rotação deve ser firme.

Para o seu terapeuta da mão:

Educação e precauções - Imobilizar para **proteger a rotação do antebraço**: talude ou **gesso Muenster/acima do cotovelo** (cotovelo livre, rotação do antebraço bloqueada), antebraço em posição neutra para ligeira supinação, durante **~4-6 semanas** (comumente 6) - **Sem pronação/supinação ativa ou passiva do antebraço**

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

durante esta fase - **Amplitude total de movimento (ROM) dos dedos e do polegar desde o primeiro dia;**
ROM suave do ombro - Manter os portais limpos e secos; monitorizar infeção

Gestão - Edema: elevação, bombeamento dos dedos, gelo conforme necessário - Exercícios: **AROM dos dedos/polegar; flexão/extensão isolada do cotovelo** se o Muenster o permitir; **sem cargas de rotação do punho ou antebraço** - Ferida/cicatriz: cuidados com os portais; iniciar trabalho na cicatriz após a cicatrização

Critérios para progressão - ~4–6 semanas decorridas; reparação protegida; portais cicatrizados; dedos flexíveis

Fase II – movimento gradual (semanas 6 a 8)

O gesso/tala é removido e o movimento é recuperado, **introduzindo a rotação do antebraço por último e gradualmente**, pois é o movimento que sobrecarrega a reparação.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - ROM do punho e do antebraço; dor e edema; revisão da cicatriz

Conduta - Exercícios: iniciar **flexão/extensão ativa do punho e desviação radial/ulnar; reintroduzir gradualmente a pronação/supinação do antebraço** dentro do conforto, ampliando o arco de rotação ao longo das semanas seguintes, sem forçá-lo - Continuar a dessensibilização da cicatriz/pontos de acesso

Critérios para progressão - ROM do punho e do antebraço confortável e em melhora; dor em resolução

Fase III – fortalecimento e retorno (semanas 8 a 12+ e além)

O fortalecimento inicia-se quando aproximadamente 70–100% da amplitude de movimento do punho e do antebraço é restaurada, e a tolerância à carga e às tarefas é progressivamente reintroduzida.

Para o seu terapeuta da mão:

Avaliações - Força de preensão e do antebraço em comparação com o lado contralateral; resposta à carga em termos de dor/inchaço; testes funcionais e específicos para trabalho/esporte

Conduta - Exercícios: iniciar **fortalecimento de preensão e do antebraço/punho por volta das 8 semanas**, após a recuperação de 70–100% da amplitude de movimento; progredir para carga resistida e específica para tarefas, de forma graduada - O retorno ao esporte ou a atividades laborais mais pesadas é baseado em critérios, tipicamente por volta dos **três meses** (variação de aproximadamente 3–4+ meses, dependendo da demanda) - Considerar a alta quando a força estiver quase simétrica e a função restaurada; encaminhar de volta ao médico assistente se a recuperação estagnar ou se a instabilidade da articulação distal rádio-ulnar recidivar

Retorno ao trabalho e às atividades

O uso leve das mãos nas atividades diárias (comer, escrever, cuidados pessoais leves) é incentivado desde o início, dentro do conforto, desde que permaneça dentro dos limites estabelecidos. A condução de veículos pode ser retomada quando não estiver mais usando talas ou gesso e conseguir controlar o volante com segurança,

conforme confirmado na consulta de acompanhamento; planeje assistência para o transporte nas primeiras semanas.

A rapidez do retorno depende do procedimento realizado. Após uma **limpeza** (desbridamento, sinovectomia, limpeza de ganglion ou da parte central do TFCC), a maioria das pessoas retorna às atividades leves normais dentro de **duas a seis semanas**, com a progressão das cargas mais pesadas conforme o conforto permitir. Após uma **reparação do TFCC**, a rotação do antebraço é protegida por cerca de quatro a seis semanas, o fortalecimento começa por volta das oito semanas, e o retorno ao esporte ou a trabalhos manuais mais pesados geralmente ocorre por volta de três meses, avaliado pela recuperação do movimento e da força adequada e simétrica, e não apenas pelo calendário, sendo essa decisão tomada conjuntamente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão.

Após o seu protocolo

Este protocolo funciona em conjunto com as orientações gerais de recuperação da prática clínica: consulte [o manejo da dor pós-operatória](#), [o cuidado com a ferida](#) e [o manejo da cicatriz](#). Se a sua operação envolveu a articulação radioulnar distal ou se não tem certeza de qual protocolo se aplica, o protocolo de [hemirressecção da articulação radioulnar distal \(ARUD\)](#) é um protocolo irmão relacionado. O plano em fases acima reflete as orientações publicadas de reabilitação após artroscopia do punho e cirurgia do complexo fibrocartilaginoso triangular (TFCC), e a sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo Dr. Hirpara e pelo seu terapeuta da mão de acordo com a evolução do seu punho.