

INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Tenodese do Bíceps

O tendão da cabeça longa do bíceps — ancorado na parte superior do glenóide e uma fonte comum de dor, abordada por meio da tenodese.

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.

Recuperação rápida. Agregado de 85 estudos publicados — seu ritmo de recuperação será diferente.

TAREFAS LEVES trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias	A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA trabalho manual, esporte, academia	PLATÔ DO RESULTADO FINAL dor e força
2-6 weeks Os pacientes geralmente podem retornar ao trabalho de escritório e a atividades leves entre 2 e 6 semanas, usando a tipóia por cerca de 3 a 4 semanas.	5-8 months A maioria dos pacientes alcança resultados clinicamente significativos e retorna aos níveis de atividade anteriores entre 5 e 8 meses no pós-operatório.	13 months Resultados clinicamente significativos são tipicamente alcançados aos 13 meses no pós-operatório, com estabilização completa da função.

Por que esta operação foi sugerida

Esta página reflete a abordagem do Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, para este procedimento em nossa clínica. Você chega à nossa clínica por encaminhamento do clínico geral ou fisioterapeuta. Uma avaliação clínica estabelece o diagnóstico. Para problemas de longa data, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico. Consideramos a cirurgia quando esse tratamento não proporcionou melhora suficiente.

A tenodese do bíceps reanexa a cabeça longa do tendão do bíceps ao osso do braço. Isso alivia a dor e restaura a função. A maioria dos pacientes obtém melhora significativa entre 5 e 8 meses após a tenodese isolada do bíceps. Alguns alcançam resultados completos em 13 meses. Aos 2 anos pós-operatórios, este procedimento apresenta altas taxas de sobrevivência. Realizamos este procedimento como uma operação artroscópica,

utilizando duas ou três pequenas incisões e uma pequena câmera dentro da articulação. Esta abordagem visa aliviar a dor e melhorar a função do ombro.

Antes da cirurgia

Você precisará de radiografias simples e possivelmente de uma ressonância magnética para avaliar seu ombro e o tendão do bíceps antes da cirurgia. Esses exames ajudam seu cirurgião a planejar o procedimento. Por favor, organize para que alguém o leve para casa após a cirurgia. Você deve jejuar de alimentos e bebidas por um período determinado antes da anestesia. Traga uma lista de todos os medicamentos atuais para discutir com seu cirurgião, pois alguns podem precisar ser suspensos. Vista roupas confortáveis e folgadas no dia. Revisaremos sua saúde e suas necessidades anestésicas com você antes do procedimento para garantir que você esteja pronto para a cirurgia artroscópica por via artroscópica.

No dia da cirurgia

Você chegará ao hospital e fará o registro com nossa equipe de enfermagem. Eles ajudarão você a se acomodar e a se preparar para o procedimento. Esta operação é realizada sob anestesia geral combinada com um bloqueio nervoso regional. Você estará completamente adormecido durante a cirurgia, e o bloqueio – uma injeção que adormece os nervos que suprem o braço antes de você despertar – proporciona alívio da dor nas primeiras 12 a 24 horas após a cirurgia. O anestesiolologista irá encontrá-lo antes da operação e explicar ambos os aspectos.

Quando estiver pronto, nossa equipe o levará ao centro cirúrgico. Seu cirurgião realiza este procedimento como uma artroscopia, utilizando duas ou três pequenas incisões. Uma câmera minúscula é inserida dentro da articulação para guiar o reparo. Após a conclusão da cirurgia, você despertará em nossa área de recuperação. Nossa equipe monitorará seu conforto e garantirá que você esteja estável antes de iniciar sua viagem para casa.

O que a cirurgia envolve

O seu cirurgião realizará este procedimento utilizando uma abordagem artroscópica. Isto significa o uso de duas ou três pequenas incisões em chaveiro, cada uma com cerca de 1 cm de comprimento, em vez de um único corte grande. Uma pequena câmara é inserida através de uma destas aberturas para que o seu cirurgião possa visualizar o interior da articulação do ombro num ecrã.

Primeiro, o seu cirurgião examinará a articulação para identificar o tecido danificado. Se o tendão do bíceps estiver a subluxar (escorregar para fora do lugar) ou apresentar desgaste significativo, a parte danificada no interior da articulação é removida. Em casos raros, quando o manguito rotador está saudável, o tendão pode ser reposicionado na sua ranhura e fixado com suturas. Mais comumente, o procedimento envolve o descolamento da cabeça longa do tendão do bíceps do seu ponto de inserção no topo do ombro.

De seguida, o seu cirurgião desloca-se para uma pequena incisão sobre a frente do osso do braço superior (úmero). O tendão descolado é puxado para baixo e fixado firmemente numa ranhura preparada no osso. Isto é

feito utilizando pequenos âncoras ou parafusos para manter o tendão no lugar. Esta reanexação estabiliza o tendão e impede que ele escorregue ou cause dor.

Uma vez que a fixação esteja segura, o seu cirurgião fechará as pequenas incisões com suturas. Uma curativo é aplicado na área. O processo completo demora tipicamente entre 45 e 90 minutos, dependendo da complexidade da sua condição específica do ombro.

Após a cirurgia

Você irá despertar na sala de recuperação com o braço em uma atadura. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta cirurgia, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. Fornecemos analgesia para mantê-lo confortável. Mantenha os curativos secos e íntegros durante os primeiros dias. Alguém deve permanecer com você nas primeiras 24 horas. Esta é uma cirurgia artroscópica (minimamente invasiva) que utiliza duas ou três pequenas incisões e uma pequena câmera dentro da articulação. Você não deve dirigir por pelo menos SEIS SEMANAS após qualquer cirurgia no ombro, independentemente de qual braço foi operado. Consulte [Dirigir após cirurgia do membro superior](#) para obter detalhes completos.

Recuperação

Terá duas ou três pequenas incisões por cirurgia minimamente invasiva. Uma pequena câmera ajuda o seu cirurgião a guiar os instrumentos dentro da articulação do ombro. Esta abordagem mantém as incisões pequenas e ajuda o seu corpo a cicatrizar de dentro para fora.

Nos primeiros dias, o seu ombro sentir-se-á dolorido e inchado. Isto é normal. Usará uma atadura para proteger a reparação enquanto os tecidos começam a estabilizar. O seu fisioterapeuta irá guiá-lo através de movimentos suaves para manter a articulação móvel sem sobrecarregar a nova fixação. Pode gerir o desconforto com medicação prescrita e compressas de gelo aplicadas sobre a atadura.

À medida que o inchaço diminui, começará exercícios mais ativos. Aprenderá a mover o seu braço de forma segura para tarefas diárias, como vestir-se ou comer. O sono pode ser difícil inicialmente; apoiar-se com travesseiros costuma ajudar. Não poderá conduzir enquanto usar a atadura. O seu cirurgião autorizará a condução, tipicamente na revisão às seis semanas, quando tiver controlo total e não sentir dor. Pode ler mais sobre isto no nosso guia para [Conduzir após cirurgia do membro superior](#).

A recuperação é um processo gradual. Sentir-se-á mais forte à medida que completar os seus exercícios de reabilitação. O seu cronograma pode diferir do de outras pessoas; o seu cirurgião e fisioterapeuta irão guiá-lo com base na resposta do seu ombro.

O que pode correr mal

A maioria dos pacientes tem uma boa evolução, mas ocasionalmente podem ocorrer problemas. O seu cirurgião e a equipa monitorizam-no de perto para detetar qualquer problema precocemente.

Dor ou câibras no braço superior são uma causa comum de cirurgia de revisão. Pode sentir uma dor profunda ou sensação de tensão que não melhora com analgésicos simples. Se esta dor persistir ou agravar após a recuperação inicial, entre em contacto com a clínica para discutir os seus sintomas.

A ruptura do tendão é outra possibilidade. Pode notar um estalido súbito, seguido de aumento da dor e fraqueza no braço. Isto pode dificultar a elevação de objetos ou a flexão do cotovelo. Se experimentar isto, contacte a clínica imediatamente para uma avaliação.

A rigidez na articulação do ombro é um risco conhecido, particularmente com certas técnicas cirúrgicas. Pode ter dificuldade em levantar o braço ou alcançar as costas. O movimento suave é fundamental para a recuperação, mas se sentir resistência ou dor significativas durante os exercícios prescritos, refera-o na sua próxima consulta de revisão para que possamos ajustar o seu plano.

Embora as complicações graves sejam raras, deve estar sempre atento aos sinais de infeção. Procure vermelhidão que se espalhe a partir das pequenas incisões, calor ou pus a drenar das feridas. Pode também desenvolver febre. Se notar estes sinais, dirija-se à urgência ou ligue para a clínica imediatamente.

A tabela de complicações nesta página lista as taxas típicas, caso queira os detalhes específicos.

Quando nos ligar

Ligue-nos se tiver febre, vermelhidão ou secreção crescente na ferida, ou dor intensa súbita. Vá à emergência se notar inchaço na panturrilha, falta de ar, perda de sensibilidade ou incapacidade de mover o membro.

Queremos garantir que sua recuperação siga o curso adequado. Entre em contato com nossa equipe imediatamente em caso de qualquer preocupação sobre seu processo de cicatrização ou novos sintomas.

Tenodese do Bíceps

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 85 estudos publicados. Estes são índices populacionais, não o seu risco individual — o seu cirurgião discutirá o que se aplica a si.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
reoperação	<18%	As taxas de reoperação variam amplamente, com a tenodese do bíceps geralmente apresentando taxas mais baixas (0-6%) em comparação com a reparação SLAP (3-15%).
falha da fixação	<13%	A falha do constructo de tenodese ou a retração do tendão ocorrem em uma pequena porcentagem de pacientes, variando conforme o método de fixação.
hematoma	<10%	A formação de hematoma é relatada em algumas coortes, embora raramente exija intervenção cirúrgica.
dor bicipital	5-17%	Dor persistente ou câibras no sulco bicipital são uma complicação comum, particularmente após a tenotomia ou em grupos específicos de fixação.
rigidez	3-26%	Rigidez pós-operatória que requer intervenção (LOA/MUA) é relatada, com taxas mais altas observadas nas técnicas suprapectinais artroscópicas.
infecção	<2%	As taxas de infecção superficial são baixas (0-2%), sendo as infecções profundas raras.
deformidade popeye	1-23%	A incidência varia significativamente conforme a técnica de fixação e a população de pacientes, variando de 1,0% a 23,0%.
lesão nervosa	<1%	Lesões nervosas transitórias ou neurapraxias ocorrem em menos de 1% dos casos.
complicações da ferida cirúrgica	<1%	Problemas superficiais da ferida, como eritema ou deiscência, são incomuns.

Li estas informações e tive a oportunidade de fazer perguntas ao Dr. Hirpara sobre o procedimento, a recuperação esperada e as complicações listadas acima.

PACIENTE – IMPRIMIR NOME

ASSINATURA

DATA