

INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Fixação de Fratura de Clavícula

Uma fratura da clavícula (osso da clavícula). Quando os extremos ósseos estão desalinhados, a fixação com uma placa e parafusos restaura a forma normal.

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 O retorno ao trabalho de escritório e atividades leves geralmente ocorre entre 2 e 6 semanas; a condução de veículos é retomada a partir das 6 semanas, após liberação na avaliação.	3-6 months O retorno ao trabalho manual, à força total e à prática esportiva geralmente ocorre entre 3 e 6 meses, com adolescentes retornando ao esporte significativamente mais rápido (aprox. 38 dias) com fixação por haste intramedular elástica (TEN).	12 months Os resultados funcionais e a força geralmente atingem platô aos 12 meses, com acompanhamento a longo prazo mostrando equivalência entre os grupos cirúrgico e não operatório.

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. Geralmente, recomendamos a fixação da clavícula quando o tratamento não cirúrgico não proporcionou melhora suficiente. Este procedimento utiliza uma placa metálica e parafusos para manter a clavícula fraturada no lugar enquanto ocorre a consolidação.

Normalmente, oferecemos esta opção a pacientes com fraturas significativamente deslocadas do terço médio. Estas são fraturas nas quais as extremidades ósseas estão deslocadas mais de 2 cm uma da outra ou encurtadas em mais de 2 cm. A cirurgia ajuda a restaurar a estabilidade e reduz o risco de não consolidação óssea. Nestes

casos, a fixação cirúrgica está associada a uma taxa de não consolidação de apenas 2%, comparada a 15% no tratamento não cirúrgico. O principal benefício é a melhora da função precoce e uma menor chance de dor crônica ou deformidade.

Antes da cirurgia

Serão necessárias radiografias para verificar o alinhamento ósseo e exames de sangue para garantir que você está apto para a cirurgia. Também pode ser necessária uma avaliação anestésica. Por favor, organize para que alguém o conduza de volta para casa após o procedimento. Deve permanecer em jejum a partir da meia-noite da noite anterior. Traga uma lista de todos os medicamentos atuais. Orientaremos sobre quais medicamentos devem ser suspensos, mas não interrompa nenhum sem instruções específicas. Vista roupas largas e confortáveis, fáceis de remover. Essa preparação nos ajuda a planejar sua fixação aberta de forma segura e eficiente.

No dia da cirurgia

Você chegará ao hospital e fará o registro com nossa equipe de enfermagem. Seu cirurgião irá encontrá-lo para confirmar o plano. Esta operação é realizada sob anestesia geral. Você estará completamente adormecido durante o procedimento. Alguns pacientes também podem receber um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória – o anestesilogista decidirá no dia, com base nas suas circunstâncias individuais.

Em seguida, você será levado para o centro cirúrgico. Utilizamos uma abordagem aberta com uma única incisão convencional sobre o local da cirurgia. Isso nos permite colocar uma placa e parafusos para manter o osso no lugar. Uma vez concluído o procedimento, você acordará na área de recuperação. Nossa equipe o monitorará de perto enquanto você recupera a consciência completa e o conforto.

O que a cirurgia envolve

O seu cirurgião faz um único corte de aproximadamente 8 a 10 cm de comprimento na parte frontal do ombro. Isso proporciona acesso claro ao osso fraturado. Você deita-se de costas com um pequeno travesseiro atrás do ombro para mantê-lo na posição correta.

O seu cirurgião move cuidadosamente os tecidos para encontrar a fratura. Os fragmentos ósseos são realinhados à sua posição natural. Se houver um espaço ou mau contato entre os fragmentos, o seu cirurgião pode colocar um pequeno pedaço de osso saudável de outro local no espaço. Isso ajuda o osso a cicatrizar.

Uma placa metálica pré-moldada é colocada contra a parte frontal da clavícula. O seu cirurgião usa parafusos para fixar firmemente a placa ao osso. Isso mantém a fratura no lugar enquanto ela cicatriza. O corte é então fechado com pontos ou grampos, e uma bandagem é aplicada.

Após a cirurgia

Você acordará na sala de recuperação com o braço apoiado em uma tipóia. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta cirurgia, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. Seu cirurgião irá controlar sua dor e verificar o curativo da ferida. Você deve ter alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas para ajudar com as tarefas diárias. Recomendamos que você não dirija por pelo menos seis semanas após qualquer cirurgia no ombro, independentemente de qual braço foi operado. Consulte nosso guia sobre [Dirigir após cirurgia do membro superior](#) para mais detalhes. Mantenha a tipóia conforme orientado enquanto descansa e comece movimentos suaves.

Recuperação

É provável que sinta dor e inchaço ao redor da clavícula nos primeiros dias. Isto é normal. Gerimos este desconforto com analgésicos prescritos e compressas de gelo. Manter o braço apoiado na atela ajuda a reduzir a tensão no osso em cicatrização. A maioria dos pacientes verifica que os níveis de dor diminuem significativamente à medida que o inchaço inicial cede.

O seu fisioterapeuta irá orientá-lo através de movimentos suaves para manter a mobilidade do ombro. Começará com exercícios simples de pêndulo para prevenir a rigidez. À medida que a dor o permitir, introduzimos atividades leves de amplitude de movimento. Deve manter a atela nos seus movimentos diários até que o seu cirurgião indique o contrário. Evite levantar objetos pesados ou alcançar acima da cabeça durante esta fase inicial.

Dormir pode ser desafiador no início. Recomendamos repousar numa posição semi-inclinada, apoiado por travesseiros, para reduzir o inchaço e aliviar a pressão no local da cirurgia. Esta posição geralmente é mais confortável do que deitar-se completamente deitado.

Não é permitido voltar a conduzir durante pelo menos seis semanas após a cirurgia, independentemente de qual braço foi operado. Não deve conduzir enquanto usa a atela. O seu cirurgião irá autorizar a condução, tipicamente na revisão das seis semanas, após ter recuperado força e controlo suficientes. Para mais detalhes, consulte [Conduzir após cirurgia do membro superior](#).

A recuperação varia entre os indivíduos. O seu cronograma pode ser diferente; o seu cirurgião e fisioterapeuta irão orientá-lo através de cada fase da sua reabilitação.

O que pode dar errado

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

Infecção Pode notar vermelhidão, calor ou inchaço crescentes em torno da incisão. A área pode sentir-se sensível ou latejar. Pode ver pus ou ter febre. Contacte a clínica imediatamente se suspeitar de uma infecção.

Irritação pelo material de osteossíntese A placa e os parafusos metálicos ficam por baixo da pele. Por vezes, podem atritar contra a pele ou a roupa, causando um inchaço visível ou desconforto. Pode sentir uma dor aguda ao pressionar a área. Se isto o incomodar, discuta-o com o seu cirurgião na sua próxima consulta de acompanhamento.

Não união Isto significa que o osso não cicatriza como esperado. Pode continuar a sentir dor ou notar movimento no local da fratura muito tempo após o seu período inicial de recuperação. O seu cirurgião irá verificar a existência deste problema durante as consultas de acompanhamento. Se o osso não unir, pode ser necessário um tratamento adicional.

Má união O osso cicatriza numa posição ligeiramente diferente. Pode notar um inchaço por baixo da pele ou sentir uma alteração na forma da sua clavícula. Na maioria dos casos, isto é aceite, a menos que cause irritação cutânea ou uma preocupação estética significativa.

Lesão nervosa ou vascular O dano aos nervos ou vasos sanguíneos próximos é raro. Pode experimentar dormência, formigueiro ou fraqueza incomuns no braço ou na mão. Se notar alterações súbitas na sensibilidade ou na circulação, procure atendimento médico imediatamente.

Problemas na cicatriz Pode desenvolver uma cicatriz elevada, espessada ou descolorada. Embora as cicatrizes sejam uma parte normal da cicatrização, algumas pessoas consideram-nas antiestéticas. O seu cirurgião pode aconselhar sobre a gestão da cicatriz, se necessário.

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

Quando ligar para nós

Ligue para nós se desenvolver febre, vermelhidão crescente na ferida ou secreção. Vá à emergência se sentir dor intensa súbita, inchaço na panturrilha ou falta de ar. Procure atendimento urgente se perder a sensibilidade ou não conseguir mover o membro. Esses sinais exigem avaliação imediata para garantir que sua recuperação siga o curso esperado.

Fixação de Fratura de Clavícula

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
Taxa geral de reintervenção	17.6-24.6%	Aproximadamente um em cada quatro pacientes submetidos a reintervenção nos primeiros 2 anos, mais comumente para remoção de material de osteossíntese, revisão por pseudoartrose, infecção profunda ou consolidação viciosa.
Remoção do material de osteossíntese	7.7-40%	A remoção sintomática do material de osteossíntese é a reintervenção mais comum, sendo as mulheres quase 3 vezes mais propensas a submetê-la do que os homens (28,6% vs 11,5%).
Pseudoartrose	2-15%	A falha na consolidação com fixação por placa moderna é significativamente menor do que no tratamento não operatório (14,5%), sendo os fatores de risco tabagismo, diabetes e escore elevado de comorbidades.
Fratura recidivante após remoção da placa	1.4-6.5%	A fratura recidivante ocorre em média 25,6 dias após a remoção do material de osteossíntese, geralmente exigindo reintervenção; os pacientes devem evitar atividades de impacto por 6 a 8 semanas após a remoção.
Capsulite adesiva ou rigidez do ombro	1-43%	A rigidez do ombro ocorre em aproximadamente 20% no período pós-operatório inicial, sendo tratada com fisioterapia e mobilização precoce.
Falha do material de osteossíntese ou fratura da placa	1-3%	A fratura da placa ou o afrouxamento dos parafusos podem ocorrer, particularmente com fixação inadequada ou carga prematura, geralmente exigindo cirurgia de revisão.
Problemas de cicatrização da ferida	1-2%	Cicatrização tardia, deiscência ou cicatriz hipertrófica podem ocorrer devido à fina cobertura de partes moles da clavícula.
Consolidação tardia	1-12%	A consolidação tardia ocorre em 1-12% dos casos, frequentemente resolvendo-se sem intervenção adicional.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Consolidação viciosa	0.4-37%	A consolidação em posição inaceitável cria uma deformidade em degrau e pode alterar a mecânica do ombro, sendo a consolidação viciosa sintomática indicada para osteotomia de revisão.
Lesão vascular	< 0.4%	Lesão da artéria ou veia subclávia é extremamente rara, pois os vasos situam-se diretamente sob a clavícula, exigindo consulta imediata com cirurgia vascular.
Parestesia ou formigamento	0-38%	Alteração da sensibilidade sobre o sítio cirúrgico e no tórax anterior devido à lesão do nervo supraclavicular durante a abordagem cirúrgica, com a maioria dos casos melhorando ao longo de 6-12 meses.
Infecção superficial	0-18%	As infecções superficiais da ferida respondem a antibióticos orais e cuidados locais com a ferida, sendo os fatores de risco diabetes, tabagismo e obesidade.
Infecção profunda	0-18%	A infecção profunda que requer irrigação e desbridamento geralmente ocorre na mediana de 5 meses e pode exigir lavagem cirúrgica, antibióticos prolongados e, por vezes, remoção do material de osteossíntese.
Pneumotórax	0-4.8%	Lesão pulmonar causando ar na cavidade torácica; pneumotórax pequenos resolvem-se espontaneamente, enquanto os grandes exigem inserção de dreno torácico.
Lesão nervosa	0-38%	Lesão do plexo braquial é extremamente rara, causando fraqueza, dormência ou alteração da sensibilidade no braço ou na mão, sendo a maioria das lesões por estiramento que se recuperam ao longo de meses.

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