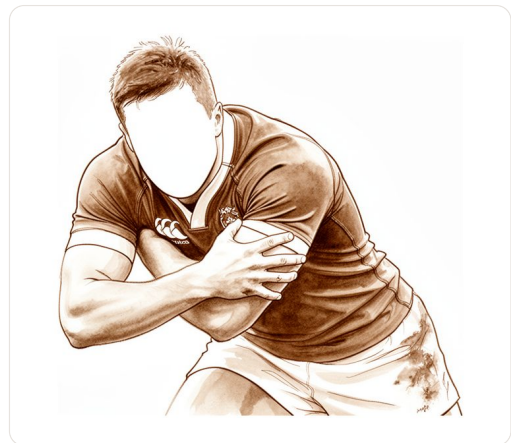


## INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

# Procedimento de Latarjet

Raio X após procedimento de Latarjet: dois parafusos fixam o bloco ósseo coracoide transferido contra a face anterior da cavidade glenoide, restaurando o estoque ósseo e impedindo a saída da cabeça umeral.

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.

| <b>TAREFAS LEVES</b><br>trabalho de escritório, dirigir, tarefas diárias                                                | <b>A MAIORIA DAS ATIVIDADES DO DIA A DIA</b><br>trabalho manual, esporte, academia                                    | <b>PLATÔ DO RESULTADO FINAL</b><br>dor e força                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2-6 weeks</b>                                                                                                        | <b>5.5-7.4 months</b>                                                                                                 | <b>30 months</b>                                                                                                |
| O retorno ao trabalho de escritório geralmente ocorre entre 2 e 6 meses, com 98% dos pacientes retornando em 2,7 meses. | Resultados clinicamente significativos são alcançados na mediana de 5,5 meses e na média de 7,4 meses pós-cirúrgicos. | Resultados clínicos excelentes são mantidos em 30 anos de acompanhamento, indicando estabilidade a longo prazo. |

## Por que esta operação foi sugerida

Esta página reflete a forma como o Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, aborda este procedimento na nossa clínica. Recomendamos esta cirurgia quando o tratamento não cirúrgico não proporcionou melhoria suficiente. Normalmente, chega à nossa clínica por referência do seu médico de família ou fisioterapeuta. Uma avaliação clínica estabelece o diagnóstico. Consideramos a cirurgia quando a modificação da atividade, a terapia ou as injeções não restauraram a estabilidade.

O procedimento Latarjet é uma cirurgia minimamente invasiva que utiliza duas ou três pequenas incisões e uma pequena câmera dentro da articulação. Ele transfere um fragmento ósseo para a sua escápula para evitar que a cabeça do úmero saia da cavidade glenoide. A maioria dos pacientes apresenta excelentes resultados no

seguimento a médio prazo. A taxa global de recidiva após um procedimento primário de Latarjet para instabilidade anterior do ombro é de 4,7%. O principal benefício é a restauração da estabilidade do ombro.

## Antes da cirurgia

---

Você deve jejuar por seis horas antes da sua anestesia. Interrompa o uso de medicamentos anticoagulantes conforme orientação do seu cirurgião. Organize um transporte para ir para casa e traga uma lista de todos os medicamentos que está utilizando atualmente. Vista roupas confortáveis e folgadas. Pode ser necessário realizar radiografias, ressonância magnética ou exames de sangue para avaliar seu ombro e sua saúde geral. Um anesthesiologista revisará esses resultados para planejar o seu controle da dor e a segurança. Realizamos esta cirurgia por meio de abordagem artroscópica, com duas ou três pequenas incisões e uma pequena câmera inserida dentro da articulação. Essa técnica de acesso mínimo nos permite visualizar claramente as estruturas, minimizando ao mesmo tempo o dano aos tecidos. Siga todas as instruções específicas fornecidas pela nossa equipe.

## No dia da cirurgia

---

Esta operação é realizada sob anestesia geral combinada com um bloqueio nervoso regional. Você ficará 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 anesthesiologista irá encontrá-lo antes da operação e explicar-lhe ambas as partes.

Você chegará ao hospital para internação. Nossa equipe irá guiá-lo até o centro cirúrgico. Realizamos este procedimento utilizando uma abordagem artroscópica por via portal. Isso envolve duas ou três pequenas incisões. Uma pequena câmera é inserida dentro da sua articulação para guiar a cirurgia. Você despertará na área de recuperação assim que o procedimento estiver concluído.

## O que a cirurgia envolve

---

O seu cirurgião realiza este procedimento utilizando uma abordagem artroscópica, ou de “chave de fenda”. Isto significa que são feitas duas ou três pequenas incisões, cada uma com cerca de 1 cm de comprimento, em vez de um único corte grande. Através destas pequenas aberturas, inserimos uma pequena câmera e instrumentos especializados na articulação do ombro. Isto permite-nos ver o interior com clareza num ecrã, mantendo os tecidos circundantes intactos.

Primeiro, preparamos a área onde o enxerto ósseo será colocado. Libertamos suavemente a cápsula, que é o tecido resistente que reveste a sua articulação, para criar espaço. Em seguida, retiramos um pequeno pedaço de osso do processo coracoide, uma protuberância óssea na parte frontal da sua escápula. Modelamos este enxerto ósseo e posicionamo-lo na parte frontal da cavidade glenoide do ombro.

De seguida, fixamos o osso no lugar. Utilizamos pequenos parafusos para manter o enxerto ósseo firmemente apoiado na cavidade. Isto cria um bloco ósseo que impede que o seu ombro volte a deslocar-se para a frente. Se

necessário, também reparámos a cápsula ao ligamento coracoacromial, uma banda forte de tecido acima do seu ombro, para adicionar estabilidade extra.

Finalmente, fechamos as pequenas incisões. Utilizamos pontos de sutura absorvíveis sob a pele e, na superfície, pontos removíveis ou cola. Aplica-se um curativo estéril para manter a área limpa. Todo o procedimento é realizado enquanto está adormecido e não sente dor.

## Após a cirurgia

---

Você acordará na sala de recuperação com o braço em uma atadura e um curativo sobre as incisões. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta cirurgia, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. Realizamos este procedimento como uma artroscopia (procedimento de “buraco de fechadura”), utilizando duas ou três pequenas incisões e uma pequena câmera dentro da articulação. Alguém deve permanecer com você nas primeiras 24 horas para ajudar. Você não deve dirigir por pelo menos SEIS SEMANAS após qualquer cirurgia no ombro, independentemente de qual braço foi operado. Pacientes em atadura NÃO devem dirigir. Uma vez que seu cirurgião liberar, tipicamente na revisão de seis semanas, você poderá retomar a direção. Consulte [Dirigir após cirurgia do membro superior](#).

## Recuperação

---

Terá duas ou três pequenas incisões para esta cirurgia artroscópica. Uma pequena câmera orienta o seu cirurgião dentro da articulação. Nos primeiros dias, o inchaço e a dor são normais. O seu ombro pode sentir-se rígido. Recomendamos manter o braço elevado ao descansar para ajudar a reduzir o inchaço. Compressas de gelo aplicadas sobre a atadura podem aliviar o desconforto. Tome o analgésico prescrito conforme indicado para manter o conforto enquanto descansa.

Usará uma atadura para proteger a reparação. Aconselhamos evitar conduzir enquanto usa a atadura ou toma medicamentos analgésicos fortes. O seu cirurgião autorizará a condução, tipicamente na sua revisão de seis semanas. Consulte o nosso guia sobre [Conduzir após cirurgia do membro superior](#) para mais detalhes. Pode realizar tarefas leves com o braço não operado. Evite levantar objetos pesados ou alcançar atrás das costas. Durma de barriga para cima ou do lado não operado, com uma almofada a apoiar o braço lesionado.

À medida que o inchaço diminui e o movimento retorna, o seu fisioterapeuta orientará a sua reabilitação. Começará exercícios suaves para restaurar a mobilidade. O progresso depende de como o seu ombro cicatriza. Os marcos baseiam-se na função, não apenas no tempo. Avançará nas atividades à medida que a força e o controlo melhoram. O seu cronograma pode diferir; o seu cirurgião e fisioterapeuta guiarão-no através de cada etapa para garantir uma recuperação segura.

## O que pode dar errado

---

A maioria dos pacientes tem uma boa evolução, mas problemas podem ocorrer ocasionalmente. Seu cirurgião e a equipe monitoram você de perto para identificar qualquer problema precocemente.

A infecção é um risco em qualquer cirurgia. Você pode notar vermelhidão, calor ou inchaço crescentes ao redor do ombro. A dor pode parecer mais profunda ou latejar mais do que o habitual. Você também pode observar drenagem dos pequenos cortes. Se isso acontecer, entre em contato com nossa clínica imediatamente. Pode ser necessário prescrever antibióticos ou limpar a área.

A instabilidade recorrente significa que seu ombro sai do lugar novamente. Você pode sentir uma mudança súbita ou uma sensação de estalo na articulação. Pode parecer que o ombro está frouxo ou instável quando você o move. Se isso ocorrer, pare de usar o braço intensamente. Ligue para nossa clínica para discutir os próximos passos.

Os problemas relacionados ao enxerto envolvem o pedaço de osso usado para estabilizar a articulação. Você pode sentir dor persistente ou uma sensação de atrito perto da frente do ombro. Às vezes, o enxerto ósseo não cicatriza adequadamente ou se desloca ligeiramente. Isso pode causar desconforto contínuo ou limitação de movimento. Relate esses sintomas a nós para que possamos verificar o processo de cicatrização.

A artrite pode se desenvolver ou piorar com o tempo. Vinte anos após o procedimento, alguns pacientes notam rigidez ou dor no ombro, especialmente com mudanças climáticas ou uso intenso. A maioria dos casos é leve, mas pode afetar as atividades diárias. Mencione qualquer nova dor articular em suas consultas de acompanhamento. Podemos sugerir maneiras de gerenciar o desconforto.

As pacientes do sexo feminino podem ter um risco maior de precisar de atendimento de emergência pouco tempo após a cirurgia. Você pode experimentar dor inesperada ou complicações que exigem atenção urgente. Esteja ciente desse risco aumentado e procure ajuda rapidamente se algo parecer errado.

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

## Quando ligar para nós

---

Ligue para nós se tiver febre, vermelhidão crescente na ferida ou secreção, ou dor intensa súbita. Vá ao pronto-socorro se notar inchaço na panturrilha ou falta de ar. Procure atendimento urgente se houver perda de sensibilidade ou incapacidade de mover o membro. Queremos garantir que sua recuperação siga o caminho certo. Entre em contato com nossa equipe prontamente se algum desses sintomas ocorrer, para que possamos avaliá-lo rapidamente.

# Procedimento de Latarjet

## 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                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Artrite pós-operatória                    | <b>23.5-38.2%</b> | Alguns pacientes podem desenvolver artrite glenoumeral anos após a cirurgia, particularmente com má posição do enxerto, colocação intra-articular ou dano cartilaginoso pré-existente.                                                      |
| Dor persistente ou insatisfação           | <b>5-7%</b>       | Dor diária ou funcionalmente limitante ocorre em 5-7% dos pacientes. A dor residual leve no ombro é mais comum (até 25%), mas tipicamente não limita a atividade.                                                                           |
| Síndromes de compressão nervosa           | <b>5%</b>         | Aproximadamente 5% dos pacientes desenvolvem formigamento na mão após a cirurgia, que pode ser síndrome do túnel carpal ou síndrome do túnel cubital.                                                                                       |
| Instabilidade recorrente                  | <b>4.7-8.5%</b>   | Apesar da excelente estabilidade do procedimento Latarjet, luxação ou subluxação recorrentes podem ocorrer devido à má posição do enxerto, não união, reabsorção do enxerto ou lesões de Hill-Sachs não tratadas.                           |
| Perda da amplitude de movimento e rigidez | <b>3.0%</b>       | A rigidez pós-operatória é comum; a perda de rotação externa é esperada (média de 10-15 graus) devido ao efeito de sling do tendão conjunto transferido.                                                                                    |
| Taxa de reoperação                        | <b>2.6-5.1%</b>   | Aproximadamente 2,6-9,2% dos pacientes necessitam de cirurgia adicional nos primeiros anos, mais comumente para remoção de hardware, instabilidade recorrente ou rigidez.                                                                   |
| Disfunção do subescapular                 | <b>2-10%</b>      | A insuficiência do subescapular varia de 2% (falha clínica) a 10% (teste de elevação positivo), dependendo da técnica de divisão vs. descamação.                                                                                            |
| Reabsorção do enxerto                     | <b>1.6-30.0%</b>  | Algum grau de reabsorção do enxerto coracoide ocorre em mais de 90% dos procedimentos Latarjet, com reabsorção superior comum à medida que o corpo remodela o excesso de osso; a reabsorção extensiva pode aumentar o risco de recorrência. |

| COMPLICAÇÃO                        | TAXA RELATADA    | NOTAS                                                                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Infecção                           | <b>1.5-2.6%</b>  | A infecção do sítio cirúrgico é maior do que em procedimentos artroscópicos devido à dissecação cirúrgica mais ampla; infecções profundas podem exigir remoção do enxerto e conversão para procedimentos alternativos. |
| Não união ou má posição do enxerto | <b>1.3-16.7%</b> | O bloco ósseo coracoide pode falhar em se unir à glenóide em aproximadamente 5-7% dos casos, com fatores de risco incluindo má posição do enxerto, fixação inadequada e tabagismo.                                     |
| Hardware sintomático               | <b>1.0-6.5%</b>  | Proeminência, irritação ou desconforto do hardware exigindo remoção dos parafusos, tipicamente ocorrendo após a reabsorção do enxerto tornar o parafuso superior proeminente.                                          |
| Fratura do enxerto                 | <b>1.0-6.0%</b>  | O enxerto ósseo coracoide pode fraturar durante a coleta, transferência ou fixação, potencialmente exigindo técnicas de fixação alternativas ou enxerto ósseo da crista ilíaca.                                        |
| Lesão vascular                     | <b>1%</b>        | Lesões vasculares relatadas em 1% em uma revisão sistemática de 2.532 casos; inclui lesão da artéria axilar.                                                                                                           |
| Complicações neurológicas          | <b>0.6-2.4%</b>  | O nervo musculocutâneo e o nervo axilar são os mais suscetíveis; a maioria das lesões é neurapraxia transitória, recuperando-se em 3-6 meses, embora 8-17% das lesões nervosas resultem em déficits permanentes.       |
| Hematoma                           | <b>0.4-4.4%</b>  | Sangramento pós-operatório ou formação de hematoma exigindo manejo.                                                                                                                                                    |

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