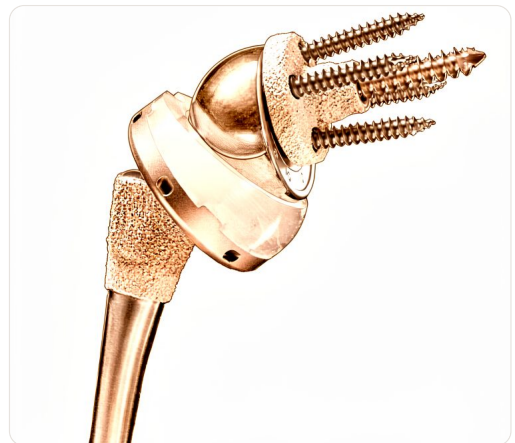


INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Artroplastia Reversa do Ombro

Raio X após artroplastia reversa do ombro. A esfera está agora fixada à escápula e a cupula ao úmero — o oposto da anatomia normal —, o que permite que o músculo deltóide eleve o braço quando o manguito rotador está rompido.

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 80 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
6-12 weeks	12 months	12 months
Recomenda-se o retorno à direção entre 6 e 12 semanas pós-operatórias.	Os pacientes geralmente atingem a melhora médica máxima em 1 ano pós-operatório.	A recuperação crônica é avaliada pelo tempo gasto acima de 90 graus de elevação, com melhora máxima observada em 1 ano.

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 caso na nossa clínica. Você chega à nossa clínica por meio de encaminhamento do médico de família ou fisioterapeuta. Uma avaliação clínica estabelece o diagnóstico. Para problemas degenerativos, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico. Consideramos a cirurgia quando esse tratamento não proporcionou melhora suficiente. Para problemas estruturais agudos, a cirurgia pode ser recomendada imediatamente.

A artroplastia reversa do ombro substitui sua articulação danificada por uma prótese de metal e plástico. Ela é geralmente indicada quando o manguito rotador está rompido ou desgastado. Isso permite que o músculo do ombro eleve seu braço sem a necessidade do tendão rompido. Oferecemos este procedimento quando outros tratamentos falharam. O objetivo da cirurgia é reduzir a dor e restaurar a função. Nos casos de revisão, a taxa de

sobrevivência do implante é de 85% aos dez anos. Este número fala por si só enquanto discutimos sua decisão compartilhada.

Antes da cirurgia

Você precisará providenciar um transporte para ir para casa e trazer uma lista dos seus medicamentos atuais. Vista roupas confortáveis para o dia. Seu cirurgião pode solicitar radiografias, exames de sangue ou uma avaliação anestésica para verificar sua saúde e planejar a cirurgia. Essas etapas ajudam a garantir sua segurança e o sucesso do procedimento. Você deve jejuar antes de chegar. Seu cirurgião fornecerá instruções específicas sobre quando parar de comer ou beber e quais medicamentos suspender. Por favor, siga essas orientações cuidadosamente. Essa preparação nos ajuda a realizar a operação de forma segura e eficaz para você.

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 suprimem 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 ambas as partes.

Você chegará ao hospital para admissão e preparação. Nossa equipe irá guiá-lo até o centro cirúrgico. Realizamos este procedimento utilizando uma abordagem aberta com uma única incisão convencional sobre o local da cirurgia. Isso nos permite acessar a articulação diretamente. Após a cirurgia, você despertará na área de recuperação. Nossa equipe monitorará seu conforto e estabilidade enquanto você inicia sua jornada de recuperação.

O que a cirurgia envolve

O seu cirurgião faz um único corte de aproximadamente 8 a 10 cm de comprimento na parte frontal do seu ombro. Esta abordagem aberta proporciona acesso claro à articulação. O cirurgião remove as superfícies desgastadas da cabeça e do glenoide. Estas são substituídas por peças de metal e plástico. O novo design coloca a cabeça na escápula e o glenoide no osso do braço. Esta alteração permite que o músculo do seu ombro levante o seu braço, mesmo que os tendões do manguito rotador estejam rotos ou enfraquecidos.

Se tiver uma fratura, o seu cirurgião pode precisar de reatar os fragmentos ósseos partidos. Estes fragmentos são fixados com pequenos âncoras ou suturas. A boa cicatrização destes fragmentos ósseos ajuda a restaurar a sua capacidade de rodar o braço para fora. Em alguns casos, o cirurgião pode ajustar a posição das novas peças para melhorar a estabilidade e reduzir a probabilidade de luxação.

Uma vez que a nova articulação esteja no lugar, o corte é fechado com pontos ou grampos. É aplicada uma gaze para proteger a área. Este procedimento substitui a articulação danificada para aliviar a dor e restaurar a função. Receberá orientações sobre como mover o ombro de forma segura após a cirurgia para apoiar a cicatrização.

Após a cirurgia

Você acordará na sala de recuperação. Controlamos sua dor com medicamentos padrão para mantê-lo confortável. Seu ombro estará em uma atadura e sua ferida será coberta com um curativo. Você deve ter alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta cirurgia, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. Utilizamos uma abordagem aberta com uma única incisão convencional sobre o local da operação. Não dirija por pelo menos seis semanas após qualquer cirurgia no ombro, independentemente de qual braço foi operado. Você deve estar sem a atadura para dirigir com segurança. Consulte nosso guia sobre [Dirigir após cirurgia do membro superior](#) para mais detalhes.

Recuperação

Você terá uma única incisão sobre o ombro. Nos primeiros dias, dor e inchaço são normais. Seu braço ficará em uma tipóia para proteger o reparo. Mantemos seu conforto com medicação e gelo. A maioria das pessoas sente a pior desconforto nas primeiras 48 horas. Isso melhora à medida que o inchaço diminui.

Você realizará exercícios suaves conforme orientado pelo seu fisioterapeuta. Esses movimentos ajudam a restaurar a amplitude de movimento sem sobrecarregar os tecidos em cicatrização. Você usará a tipóia para suporte durante as atividades diárias. Tarefas simples, como comer ou escovar os dentes, podem exigir inicialmente o uso do braço não operado. Dormir pode ser difícil no início. Tente dormir ligeiramente inclinado para cima, com travesseiros para suporte.

À medida que o movimento retorna, você aumentará gradualmente a atividade. Você pode voltar a caminhar e nadar quando autorizado. Dirigir não é permitido enquanto estiver usando a tipóia. Seu cirurgião o autorizará a dirigir, tipicamente na revisão de seis semanas. Consulte nosso guia em [Dirigir após cirurgia de membro superior](#) para mais detalhes.

A recuperação varia entre os indivíduos. Seu cronograma pode ser diferente; seu cirurgião e fisioterapeuta o orientarão. Você provavelmente verá uma melhora constante ao longo de vários meses. O benefício máximo geralmente leva até um ano. Seu cirurgião monitorará seu progresso para garantir o melhor resultado.

O que pode correr mal

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

A infecção é um risco grave. Pode notar vermelhidão, calor ou inchaço crescentes em torno da incisão. A área pode sentir-se sensível ou latejar. Pode desenvolver febre ou calafrios. Se notar pus ou se a ferida se abrir, ligue para a clínica imediatamente. Não espere pela sua próxima consulta de acompanhamento.

O afrouxamento dos componentes do implante pode ocorrer ao longo do tempo. Pode sentir um novo tipo de dor que piora com o movimento. O ombro pode sentir-se instável ou ceder. Pode ouvir sons de estalidos ou

atrito que não existiam anteriormente. Reporte estas alterações ao seu cirurgião para que possa verificar a posição do implante.

A instabilidade é outra preocupação, especialmente se tiver menos de 55 anos. Pode sentir uma mudança ou deslizamento súbito na articulação. O ombro pode deslocar-se, causando dor aguda e incapacidade de mover o braço. Se isto acontecer, dirija-se à urgência para avaliação.

Fraturas podem ocorrer durante a cirurgia ou no período de recuperação. Pode ouvir um estalo ou estalido no momento da lesão. Isto é seguido por dor severa e inchaço significativo. Pode ser incapaz de levantar o braço. Procure atendimento médico urgente se suspeitar de uma fratura.

Problemas na cicatrização da ferida podem surgir, particularmente se necessitar de anticoagulantes após a cirurgia. Pode notar sangramento persistente, hematomas grandes ou uma ferida que se recusa a fechar. A pele em torno da incisão pode tornar-se vermelha e quente. Contacte o seu cirurgião se a ferida parecer infeccionada ou não cicatrizar.

A cirurgia de revisão apresenta riscos mais elevados do que a operação inicial. Se necessitar de um segundo procedimento, pode experimentar mais dor e uma recuperação mais longa. As taxas de complicações são mais elevadas nos casos de revisão. O seu cirurgião discutirá estes riscos específicos consigo antes de qualquer revisão ser planeada.

A tabela de complicações nesta página lista as taxas típicas se desejar os detalhes específicos.

Quando nos ligar

Ligue-nos se tiver febre, vermelhidão crescente na ferida ou secreção, ou dor intensa súbita. Vá à emergência se notar inchaço na panturrilha ou falta de ar. Procure atendimento urgente para perda de sensibilidade ou incapacidade de mover o membro. Esses sinais precisam de avaliação imediata para manter sua recuperação no caminho certo.

Artroplastia Reversa do Ombro

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 80 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
Ossificação heterotópica	27.0%	Taxa relatada 2-3 anos após a ART, atingindo até 75% em 10 anos.
Escavação escapular	10.8%	O contato inferior entre o componente umeral de polietileno e o colo escapular é muito comum; embora geralmente assintomático, a escavação grave pode levar ao afrouxamento da glenóide ou falha do implante ao longo do tempo.
Perda de movimento	5%	Alguma perda de rotação externa é comum, particularmente com designs medializados; aproximadamente 5% desenvolvem rigidez significativa que requer manipulação ou revisão.
Síndromes de compressão nervosa	5%	Aproximadamente 5% desenvolvem síndrome do túnel carpal ou cubital; a maioria melhora assim que o braço é retirado da atadura.
Dor persistente ou insatisfação	3-5%	Dor que requer intervenção relatada em 0,2% em um grande registro (n=10.797); rigidez dolorosa em 2,6%. Desconforto residual, incluindo dificuldade para deitar no ombro operado, é mais comum, mas geralmente leve.
Fratura do acrômio ou espinha escapular	2.0%	Fraturas por estresse devido ao aumento da tensão do deltóide e ao alongamento do braço em média 9,4 meses pós-operatórios; risco maior em mulheres (masculino:feminino 1:5,4) e acrômio fino.
Complicações dos componentes	2-5%	Afrouxamento da placa basal glenóide (5%), desmontagem do componente (2,2%), afrouxamento umeral (1,9%) ou fratura do parafuso podem exigir cirurgia de revisão.
Taxa de revisão	1.5%	Aproximadamente 5-10% podem exigir cirurgia de revisão dentro de 10 anos por infecção, instabilidade, afrouxamento, fratura ou falha do componente.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Infecção	1.2%	Infecção profunda que requer múltiplas lavagens, antibióticos prolongados e potencialmente remoção do componente com revisão em estágios; o risco é maior em cirurgias de revisão, diabetes e estados de imunossupressão.
Luxação ou instabilidade	0.9%	Fatores de risco incluem cirurgia de revisão, condições neurológicas, insuficiência do subescapular e posicionamento inadequado; o tratamento pode exigir redução fechada ou revisão para componentes contidos.
Fratura periprotética	0.8%	Fraturas intraoperatórias em 1,4% no geral, aumentando para 13,6% em casos de revisão; fraturas umerais são as mais comuns durante a inserção do haste ou em osso osteoporótico.
Complicações neurológicas	0.7%	O nervo axilar é o mais suscetível; implantes medializados apresentam 2,9% de lesão nervosa versus 0,5% para designs lateralizados; a maioria são neurapraxias que se recuperam em 3-6 meses.
Hematoma	0.3%	Taxa de estudo de um único centro com 299 casos.
Síndrome dolorosa regional complexa	0.3%	Taxa de estudo de um único centro com 299 casos.
Complicações médicas	0.2%	Complicações sistêmicas, incluindo embolia pulmonar, pneumotórax, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral, são raras.
Complicações da ferida	Rare	Problemas de cicatrização da ferida são raros; o risco está elevado em pacientes em anticoagulação terapêutica.

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