

INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Reparo do Manguito Rotador

Um tendão do supraespinhal rompido — o padrão mais comum de lesão do manguito rotador. A cirurgia de reparo reanexa o tendão rompido ao osso do braço superior utilizando pequenos âncoras.

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
2-6 weeks O retorno ao trabalho de escritório geralmente ocorre entre 2 e 6 semanas; a direção do veículo é retomada a partir de 6 semanas, após liberação na avaliação.	6-8 months O retorno ao trabalho anterior ocorre em aproximadamente 8 meses para trabalhadores lesionados, com 88,5% retornando às atividades em média em 6,59 meses.	12 months O platô de recuperação máxima ocorre em 1 ano, com os desfechos relatados pelos pacientes piorando após esse ponto.

Por que esta operação foi sugerida

A reparação do manguito rotador é um procedimento para reconectar os tendões do ombro rasgados ao osso. O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior no Mater Private Hospital Rockhampton, aborda este procedimento na nossa clínica focando-se na restauração da função do seu ombro. Normalmente, chega à nossa clínica através de uma referência do seu médico de família ou fisioterapeuta. Utilizamos imagens para confirmar o tamanho e a localização da lesão.

Para problemas crônicos de desgaste, geralmente começamos com tratamento não cirúrgico. Isto inclui alterações na atividade, fisioterapia e injeções. Consideramos a cirurgia quando estes passos não proporcionam melhoria suficiente. Para lesões agudas resultantes de traumatismo, podemos recomendar a cirurgia mais cedo.

O principal benefício é a redução da dor e a melhoria da sua capacidade para levantar e mover o braço. A nossa prática utiliza uma abordagem artroscópica com pequenas incisões e uma câmara no interior da articulação.

Antes da cirurgia

Solicitamos que você jeje por seis horas antes da sua reparação artroscópica do manguito rotador. Por favor, interrompa o uso de medicamentos anticoagulantes conforme orientado pelo seu cirurgião. Organize para que um adulto responsável o leve para casa e fique com você durante a noite. Traga uma lista completa de todos os medicamentos que está utilizando atualmente e vista roupas folgadas e confortáveis. Pode ser necessário realizar uma radiografia, ressonância magnética ou exame de sangue para avaliar sua articulação e saúde geral. Uma avaliação anestésica garante que seu plano de controle da dor seja seguro. Essas etapas nos ajudam a nos preparar para um procedimento e recuperação sem complicações.

No dia da cirurgia

Você chegará ao hospital para a internação. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral combinada com um bloqueio nervoso regional. Você ficará completamente adormecido durante o procedimento, e o bloqueio – uma injeção que adormece os nervos que fornecem inervação ao braço antes de você despertar – proporciona alívio da dor nas primeiras 12 a 24 horas após a cirurgia. O anestesíologista irá encontrá-lo antes da cirurgia e explicar ambos os componentes.

Em seguida, você será levado ao centro cirúrgico. Seu cirurgião realiza esta operação por meio de uma abordagem artroscópica (por chaveiro), com duas ou três pequenas incisões e uma pequena câmera dentro da articulação. Este método nos permite visualizar claramente a lesão, minimizando o dano aos músculos do ombro. Após o procedimento, você despertará em nossa área de recuperação. Nossa equipe monitorará seu conforto e garantirá que você esteja estável antes de ser liberado para ir para casa.

O que a cirurgia envolve

Realizamos esta cirurgia por meio de uma abordagem artroscópica, frequentemente chamada de cirurgia de porta de entrada. Este método é preferido porque nos permite visualizar claramente o interior do seu ombro, causando menos dano aos seus músculos. Fazemos dois ou três pequenos cortes, cada um com aproximadamente 1 cm de comprimento, na parte frontal do seu ombro. Por meio dessas pequenas aberturas, inserimos uma câmera minúscula e ferramentas especiais. Isso nos permite visualizar a articulação de múltiplos ângulos para avaliar completamente o rompimento e quaisquer outras alterações no interior do ombro.

Primeiro, liberamos cuidadosamente qualquer tecido tenso ou aderências que estejam impedindo o movimento livre do seu tendão. Imagine o tendão rompido como uma corda desfiada que se afastou de seu ponto de ancoragem no osso. Puxamos gentilmente este tendão de volta para sua posição original na cabeça óssea. Para mantê-lo firmemente nesse local, utilizamos pequenos âncoras feitas de material biodegradável. Essas âncoras

são rosqueadas no osso, e suturas fortes (pontos) são passadas por elas para fixar o tendão firmemente em seu lugar.

Frequentemente, utilizamos uma técnica de dupla fileira, o que significa que posicionamos âncoras em duas fileiras. Isso proporciona pontos adicionais de fixação e ajuda a cobrir toda a área onde o tendão se insere no osso. Este método comprime o tendão contra o osso, imitando mais de perto a anatomia natural do que os métodos antigos de fileira única. Após a fixação do tendão, verificamos se ele está estável e se o seu ombro pode se mover com segurança. Por fim, fechamos os pequenos cortes com pontos absorvíveis ou cola e aplicamos um curativo para proteger a área enquanto você inicia sua recuperação.

Após a cirurgia

Você acordará na sala de recuperação com o braço em uma atadura e um curativo sobre as pequenas incisões. Utilizamos uma abordagem artroscópica (por chave) com duas ou três pequenas incisões e uma pequena câmera dentro da articulação. O controle da dor é realizado por meio de métodos gerais adaptados às suas necessidades. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta cirurgia, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. Você deve ter alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas. Você não poderá 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, geralmente na revisão de seis semanas, você poderá retomar a direção. Consulte [Dirigir após cirurgia do membro superior](#) para obter detalhes completos.

Recuperação

Notará inchaço e rigidez no ombro durante os primeiros dias. Isto é normal, à medida que o seu corpo se recupera da cirurgia artroscópica. Utilizamos pequenas incisões e uma câmera para reparar o tendão, o que ajuda a minimizar o trauma tecidual. Pode esperar algum desconforto, mas a nossa equipa fornecerá um plano de gestão da dor adaptado às suas necessidades. Isto inclui frequentemente medicação e gelo para ajudar a descansar confortavelmente.

Durante as primeiras semanas, usará uma atadura para proteger a reparação. Não deve conduzir enquanto usa a atadura. A nossa política exige que aguarde até que o seu cirurgião o autorize, tipicamente na revisão às seis semanas, antes de voltar a conduzir. Isto aplica-se independentemente do ombro que foi operado. Por favor, leia o nosso guia [Conduzir após cirurgia do membro superior](#) para mais detalhes.

À medida que o inchaço diminui, iniciará movimentos suaves orientados pelo seu fisioterapeuta. Estes exercícios são cruciais para restaurar a amplitude de movimento e a força. Realizará tarefas simples em casa, como alcançar objetos leves, conforme a sua tolerância. O sono pode ser difícil inicialmente; apoiar-se com travesseiros costuma ajudar. O seu fisioterapeuta ajustará a sua rotina à medida que a recuperação avançar.

A recuperação varia entre os indivíduos. O seu cronograma pode diferir com base na resposta do seu corpo e na complexidade da sua lesão. Focamo-nos na durabilidade a longo prazo, com muitos pacientes a registarem uma

melhoria significativa que se mantém durante anos. Confie no processo, siga as nossas instruções e comunique abertamente com o seu cirurgião e fisioterapeuta sobre o seu progresso.

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.

A cicatrização é um processo longo. A melhoria pode parecer lenta após o primeiro ano. Algumas pessoas notam que a função do ombro não continua a melhorar ao longo do tempo. Isto é normal para muitos. Se sentir que está estagnado, informe-nos na sua próxima consulta de acompanhamento. Podemos ajustar o seu plano.

O novo rompimento é um risco conhecido. A maior probabilidade de isto acontecer ocorre entre seis semanas e três meses após a cirurgia. Pode sentir um estalido súbito ou dor aguda. O ombro pode sentir-se fraco ou instável. Ligue para a nossa clínica imediatamente se isto acontecer. A atenção precoce ajuda-nos a gerir a situação.

O momento da cirurgia é importante. Esperar três a seis meses antes da sua operação é geralmente seguro. No entanto, esperar um ano ou mais pode aumentar o risco de novo rompimento. Se estiver a considerar adiar, discuta isto connosco primeiro. Queremos proteger os seus resultados a longo prazo.

A infeção é uma preocupação grave. Pode notar vermelhidão a espalhar-se a partir das suas pequenas incisões. A área pode sentir-se quente, inchada ou muito sensível. Pode ter febre ou calafrios. Estes sinais necessitam de cuidados urgentes. Vá para a urgência ou ligue-nos imediatamente.

Os coágulos sanguíneos são raros, mas possíveis. Pode sentir inchaço, dor ou sensibilidade na panturrilha ou na coxa. A perna pode ficar vermelha ou sentir-se quente. Isto é uma emergência médica. Procure ajuda imediata se notar estes sintomas na sua perna.

Pode ser necessária uma cirurgia de revisão. Se a sua primeira reparação não se mantiver, pode ser necessária uma segunda operação. Pode sentir dor persistente ou limitação do movimento. Os novos rompimentos nos casos de revisão são frequentemente menores do que o rompimento original. Discutiremos todas as opções consigo se isto ocorrer.

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

Quando nos ligar

Ligue-nos se desenvolver febre, vermelhidão crescente na ferida ou secreção. Vá à emergência se experimentar dor súbita e intensa, inchaço na panturrilha, falta de ar, perda de sensibilidade ou incapacidade de mover o membro. Estes sinais requerem avaliação urgente. Não espere pela sua próxima consulta se estes sintomas aparecerem. Contacte a nossa clínica imediatamente para obter orientação sobre a sua situação específica.

Reparo do Manguito Rotador

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
Cisto periancora	35-43%	Achado radiográfico em 35-43% dos casos; geralmente assintomático e não requer intervenção.
Ruptura ou falha de cicatrização	15-30%	A reparação do manguito rotador pode falhar parcial ou completamente, com a maioria das rupturas (94,7%) ocorrendo entre 6 e 26 semanas pós-cirúrgicas; o risco aumenta com rupturas maiores, idade superior a 65 anos, tabagismo, diabetes e infiltração gordurosa.
Rigidez pós-operatória	13-44%	A rigidez é a segunda complicação mais comum, com a maioria dos casos respondendo à fisioterapia; aproximadamente 5% desenvolvem ombro congelado grave que requer manipulação ou liberação capsular.
Dor persistente ou alívio incompleto	5-10%	Alívio incompleto da dor apesar da reparação íntegra; pode estar relacionado a artrite pré-existente, infiltração gordurosa ou patologia concomitante.
Taxa de reoperação	2-7%	As razões mais comuns para reoperação são ruptura sintomática (88%), rigidez persistente (5%) e infecção (4%).
Capsulite adesiva	1.4-5.0%	A capsulite adesiva ocorre em uma pequena porcentagem de pacientes; alergias relatadas pelos pacientes estão associadas a taxas aumentadas.
Síndromes de compressão nervosa	<1%	Aproximadamente 5% dos pacientes desenvolvem formigamento na mão após a cirurgia, que pode ser síndrome do túnel do carpo ou do túnel cubital, com a maioria melhorando assim que o braço é retirado da atadura.
Trombose venosa profunda	<1%	Coágulos sanguíneos são complicações raras que podem exigir terapia anticoagulante.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Infecção	0.2-0.5%	Infecções profundas podem exigir múltiplas lavagens, remoção de suturas/âncoras e antibióticos intravenosos prolongados; os organismos mais comuns são Cutibacterium acnes e Staphylococcus.
Complicações relacionadas às âncoras	Rare	Arrancamento da âncora, migração ou dano à cartilagem por âncoras proeminentes; pode exigir remoção.

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