

Discectomia lombar

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

Resumo da recuperação. Agregado de 45 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
1 month O acompanhamento objetivo da atividade revela uma redução no nível de atividade 1 mês após a cirurgia, seguida por uma recuperação pós-operatória gradual.	3 months A recuperação pós-operatória gradual dos níveis de atividade costuma ser observada dentro de 3 meses.	12 months A recuperação funcional total após cirurgia nas costas pode ser demorada; o acompanhamento de um ano é frequentemente utilizado como critério principal para avaliar essa recuperação.

Por que esta cirurgia foi recomendada

A discectomia lombar consiste na remoção da parte de um disco lombar desgastado ou deslocado que está pressionando um nervo. O disco funciona como uma almofada entre os ossos da coluna. Quando ele se projeta para fora ou se rompe, pode causar dor nas costas e nas pernas, muitas vezes acompanhada de dormência ou fraqueza.

Geralmente, tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos, como repouso por um curto período, uso de analgésicos, medicamentos anti-inflamatórios e retorno gradual às atividades. Esse tratamento é mantido por pelo menos 6 a 12 semanas, quando possível. A maioria das pessoas melhora sem cirurgia, e muitos discos diminuem de tamanho naturalmente com o tempo. A cirurgia é considerada quando a dor permanece insuportável, quando há ou piora de lesão nervosa, ou quando os tratamentos não cirúrgicos não trouxeram melhora suficiente após 3 meses.

O objetivo da cirurgia é aliviar a pressão sobre o nervo, de modo que a dor nas pernas desapareça e você possa se mover e funcionar com mais conforto.

Antes da operação

Nas semanas que antecedem a cirurgia, confirmamos o plano cirúrgico com exames como radiografias ou ressonância magnética. Esses exames mostram o disco que está pressionando o seu nervo e nos ajudam a planejar a operação. Você receberá instruções claras sobre os seus medicamentos, incluindo quais devem ser interrompidos e quando. Também será informado sobre quando parar de comer e beber: pedimos um jejum de sete horas para que possamos antecipar a sua operação caso a lista de cirurgias progrida mais cedo. Providencie alguém para levá-lo para casa, pois você não poderá dirigir. Leve uma lista dos medicamentos que está tomando e use roupas folgadas e confortáveis. Caso tenha outras condições médicas, poderá ser necessário realizar exames de sangue ou uma avaliação com o anestesista antes do dia da cirurgia.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde é registrado e preparado para a sala de operações. Conhecerá o anestesista, o médico responsável pela sua anestesia e controle da dor durante a cirurgia. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Às vezes, é adicionado um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória; o anestesista conversará sobre isso com você no próprio dia. Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada.

Ao término da cirurgia, você acorda na sala de recuperação. As enfermeiras permanecem ao seu lado e monitoram você enquanto a anestesia vai passando. Quando seu estado se estabiliza, você é transferido para um quarto ou vai para casa no mesmo dia, dependendo do tipo de procedimento e da evolução da recuperação. Caso vá para casa, alguém precisará dirigir você, conforme combinado previamente.

O que envolve a operação

A discectomia lombar é realizada através de um pequeno corte na região lombar, exatamente sobre o nível do disco afetado. O cirurgião atua por meio desse corte para alcançar a coluna vertebral. O objetivo é simples: libertar o nervo que está sendo comprimido pelo disco protuberante.

Após afastar cuidadosamente o nervo, o cirurgião remove a porção do disco que está pressionando-o. Apenas a parte danificada ou protuberante é retirada; o restante do disco permanece no lugar, pois ainda funciona como amortecedor entre os ossos da coluna. Retirar mais disco do que o necessário não reduz o risco de nova protrusão, por isso o cirurgião remove apenas o suficiente.

Em algumas cirurgias, utiliza-se um microscópio ou uma pequena câmera (endoscópio) para visualizar o disco com clareza, por meio de um corte menor. Essas técnicas são denominadas técnicas minimamente invasivas. O cirurgião escolherá o método mais adequado ao seu caso e explicará qual será utilizado.

Ao final, o corte é fechado com pontos e coberto por um curativo. Você deverá manter esse curativo por cerca de 10 dias, conforme descrito na seção de recuperação.

A operação em si costuma ser rápida, e você será encaminhado para a área de recuperação, conforme descrito na seção anterior.

Após a operação

Ao acordar, você estará na sala de recuperação, e as enfermeiras ficarão ao seu lado enquanto o efeito da anestesia passa. Suas costas ficarão doloridas no local da incisão; forneceremos analgésicos para mantê-lo confortável. Algumas pessoas sentem febre leve ou sensibilidade ao redor da ferida nos primeiros dias; um pequeno dreno próximo à incisão pode ajudar nesse caso. Você poderá caminhar logo após a operação e poderá tomar banho no mesmo dia. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará ficar uma noite no hospital. Por favor, providencie alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; não o retire antes disso, a menos que lhe seja indicado. Trocamos ou retiramos o curativo quando o examinarmos.

Recuperação

Nos primeiros dias, o foco é o conforto. Suas costas ficarão doloridas no local da incisão, e a dor na perna deve começar a diminuir à medida que o nervo se estabiliza. Recomenda-se caminhar desde cedo; você poderá tomar banho no mesmo dia da cirurgia. Mantenha a bandagem por cerca de 10 dias; nós a trocamos ou retiramos durante sua consulta de acompanhamento.

Com o passar dos dias, você poderá fazer cada vez mais atividades. Porém, deve evitar flexões fortes, levantamento de peso e torções enquanto as costas cicatrizam. Seu fisioterapeuta orientará você nos exercícios que fortalecem os músculos e aumentam sua confiança nos movimentos. Algumas pessoas percebem uma redução temporária na atividade física no primeiro mês, mas, na maioria dos casos, a mobilidade melhora significativamente em três meses.

A recuperação completa leva tempo e varia de pessoa para pessoa. Seu cronograma individual será definido com orientação do cirurgião e do fisioterapeuta. Você poderá dirigir somente após suspender os medicamentos analgésicos fortes e demonstrar capacidade de reação em uma parada de emergência. Nosso guia específico sobre direção explica esse processo com mais detalhes.

Caso seu trabalho exija esforço físico, a volta às atividades será gradual; conversaremos com você sobre o momento adequado. O objetivo da recuperação é simples: menos dor na perna, maior facilidade nos movimentos e retorno progressivo às atividades que você gosta.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe o monitoram de perto para detectar qualquer problema precocemente.

O disco pode voltar a protruir no mesmo local após a cirurgia. Isso pode se manifestar como retorno da dor na perna ou nas costas, às vezes acompanhada de dormência ou fraqueza recentes. Caso isso aconteça, informe-nos na próxima consulta de acompanhamento ou ligue para a clínica mais cedo se a dor for intensa.

Algumas pessoas precisam de outra cirurgia na mesma região das costas. Isso pode ocorrer porque o disco voltou a protruir ou por outro motivo relacionado à primeira operação. Se notar que a dor na perna está retornando após um período de alívio, fale conosco o quanto antes, em vez de esperar.

Em casos raros, a fina membrana que envolve o nervo pode ser danificada durante a cirurgia. Você pode perceber vazamento de líquido da ferida ou dor de cabeça que piora ao ficar em pé e melhora ao deitar. Comunique isso imediatamente à clínica.

Infecções são incomuns, mas possíveis. Fique atento a dor profunda e latejante que não melhora com analgésicos comuns, vermelhidão que se espalha a partir da ferida ou secreção. Se sentir febre e calafrios, ou se a ferida parecer piorar em vez de melhorar, ligue para a clínica ou vá ao pronto-socorro.

Algumas pessoas notam sensações estranhas na perna após a cirurgia, como formigamento, ardor ou sensação anormal ao toque na pele. Isso pode ocorrer quando o nervo é irritado. Mencione isso na consulta de acompanhamento; essas sensações geralmente desaparecem em dias ou semanas.

Muito raramente, podem surgir dificuldades respiratórias logo após esse tipo de cirurgia minimamente invasiva. Se, nas primeiras horas após a operação, sentir dificuldade súbita para respirar, avise imediatamente uma enfermeira.

A tabela de complicações nesta página lista as taxas típicas, caso você queira informações mais detalhadas.

Quando nos contactar

Confie no seu instinto. Se algo lhe parecer estranho, ligue para nós. Contacte a clínica se tiver febre, se a ferida ficar mais vermelha ou começar a secretar líquido, ou se a dor piorar subitamente. Dirija-se às urgências se tiver inchaço ou dor na panturrilha, ou dificuldade em respirar. Vá imediatamente às urgências se perder a sensibilidade na perna ou no pé, ou se não conseguir movê-los. Estes são sinais que exigem avaliação urgente; preferimos que nos contacte a que espere.

Discectomia lombar

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 45 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
Hérnia de disco recorrente	3-7%	Ocorre em 3% a 7% dos pacientes; nenhuma técnica cirúrgica demonstrou reduzir essa incidência.
Cirurgia de revisão	15%	Oito anos após o início do estudo, a taxa de reoperação foi de 15%; 40% dessas reoperações ocorreram no primeiro ano.
Infecção	—	A infecção é menos comum com a técnica endoscópica (minimamente invasiva) do que com a discectomia aberta; não existe um número exato confiável para a discectomia aberta.
Ruptura dural	—	As rupturas durais incidentais têm maior impacto na morbidade hospitalar e na carga de cuidados médicos na descompressão da coluna lombar do que na discectomia lombar.
Disestesia pós-operatória	10.8%	Em uma série de 37 pacientes com hérnia de disco lombar com migração acentuada para baixo, tratados por foraminoplastia totalmente endoscópica, 4 pacientes (10,8%) apresentaram disestesia pós-operatória.
Complicações de ferida cirúrgica	—	A discectomia endoscópica biportal apresenta vantagens significativas em relação à discectomia microscópica no que diz respeito às complicações de ferida pós-operatória.
Edema pulmonar por pressão negativa	—	É uma complicação rara da discectomia lombar interlaminar endoscópica percutânea.
Parestesias transitórias	—	Em uma série que utilizou uma nova técnica de trincheira vertebral para hérnias com migração muito acentuada para cima, três casos apresentaram parestesias transitórias que desapareceram em 2 a 3 semanas.

COMPLICAÇÃO	TAXA RELATADA	NOTAS
Febre leve pós-operatória	—	A drenagem fechada é benéfica para reduzir a febre leve pós-operatória e aliviar a dor na fase imediata após a cirurgia.
Dor lombar crônica	—	Um grau mais elevado de infiltração gordurosa paravertebral pré-operatória está associado à persistência ou ao desenvolvimento de dor lombar crônica.

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 – NOME (EM LETRA DE
FORMA)

ASSINATURA

DATA