

INFORMAÇÕES E CONSENTIMENTO

Fixação do Escafóide

O osso escafoide, localizado na base do polegar, é o osso carpal mais frequentemente fraturado.

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 11 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 A mobilização precoce é incentivada se uma fixação adequada for obtida, permitindo atividades leves entre 2 e 6 semanas.	3-6 months O retorno à força total e ao trabalho manual geralmente ocorre ao longo de vários meses, à medida que a fratura cicatriza e a função é restaurada.	12 months A melhora máxima na função e na força é geralmente observada durante o primeiro ano pós-operatório.

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 em nossa clínica. Recomendamos a fixação da escápula para manter um osso quebrado do pulso no lugar para que possa cicatrizar. Este procedimento é normalmente oferecido quando uma fratura está deslocada ou instável. Também pode ser recomendado para fraturas no polo proximal, que possuem um suprimento sanguíneo pior e têm menos probabilidade de cicatrizar por conta própria.

Normalmente, tentamos o tratamento não cirúrgico primeiro para fraturas estáveis. Isso inclui o uso de talas e repouso. A cirurgia é realizada quando essas medidas não proporcionaram melhora suficiente ou se a fratura é complexa. Em nossa prática, consideramos a cirurgia para fraturas deslocadas ou aquelas com deformidade significativa. O principal benefício desta operação é restaurar a estabilidade e a função do seu pulso. O objetivo é reduzir a dor e prevenir complicações a longo prazo, como a não união. Para fraturas agudas tratadas dentro

de 28 dias, a taxa de não união é de 5%. Se o tratamento for adiado além de 28 dias, essa taxa aumenta para 28%. Discutimos esses números com você para ajudar a decidir se a cirurgia é o caminho certo para a sua lesão específica.

Antes da cirurgia

Jejum por seis horas antes da sua cirurgia. Interrompa determinados medicamentos apenas após receber instruções específicas do seu cirurgião. Organize um transporte para ir para casa e traga uma lista dos seus medicamentos atuais. Vista roupas confortáveis. Pode ser necessário realizar radiografias, ressonâncias magnéticas, exames de sangue ou uma avaliação anestésica. Esses exames nos ajudam a visualizar claramente a fratura e a garantir que você está apto para a cirurgia. A ressonância magnética é o método mais sensível para confirmar o diagnóstico se as radiografias não forem claras. Seu cirurgião irá guiá-lo em cada etapa para que você se sinta preparado e confiante no dia da cirurgia.

No dia da cirurgia

Você chegará ao hospital para a internação. Nossa equipe irá guiá-lo pelo processo de check-in. Você conhecerá o anestesiolegista antes da cirurgia. Esta operação é realizada sob anestesia geral. Você estará completamente adormecido durante a cirurgia. Alguns pacientes também podem receber um bloqueio nervoso regional para alívio da dor pós-operatória – o anestesiolegista decidirá no dia, com base nas suas circunstâncias individuais.

Em seguida, você será levado ao centro cirúrgico. Seu cirurgião realizará esta operação por meio de uma abordagem aberta, com uma única incisão convencional sobre o local da cirurgia, OU por meio de uma abordagem percutânea – fixação através da pele sem uma incisão formal. Uma vez concluído o procedimento, você despertará na sala de recuperação. Nossa equipe monitorará de perto o seu conforto e os sinais vitais. Você descansará até estar pronto para ir para casa ou para a próxima etapa do cuidado.

O que a cirurgia envolve

O seu cirurgião realizará este procedimento utilizando uma abordagem percutânea. Isto significa que fixamos o osso através da pele, sem realizar uma incisão grande. Utilizamos instrumentos pequenos para posicionar os parafusos, mantendo o osso fraturado unido.

O osso escafoide do seu pulso tem uma forma complexa, especialmente na sua cintura. Devido a esta anatomia, planejamos cuidadosamente a colocação da fixação para garantir que esta seja segura. Isto permite que o osso sarre na posição correta.

Em alguns casos, a lesão envolve mais do que apenas a fratura óssea. A nossa evidência demonstra que, numa série de fraturas agudas do escafoide, 15 dos 24 pacientes também apresentavam lesões associadas dos ligamentos ou da cartilagem. Durante a cirurgia, avaliamos estas estruturas circundantes. Se necessário, podemos reparar lesões dos tecidos moles juntamente com a fixação óssea, para restaurar a estabilidade.

Não utilizamos grandes incisões nem abrimos a articulação extensivamente. Em vez disso, confiamos na colocação precisa da fixação interna para apoiar a cicatrização. Isto minimiza o trauma nos tecidos circundantes. O objetivo é proporcionar estabilidade rígida, para que possa iniciar movimentos suaves assim que for seguro fazê-lo.

Após a conclusão da fixação, fechamos os pequenos pontos de entrada com suturas ou cola. Aplica-se um curativo estéril para proteger a zona. Todo o processo centra-se na estabilização da fratura, preservando a anatomia delicada do seu pulso.

Após a cirurgia

Você acordará na sala de recuperação com a dor controlada pela sua equipe de cuidados. Seu pulso será protegido por uma atadura ou órtese, e um curativo estéril cobrirá a ferida. A maioria dos pacientes permanece uma noite no hospital após esta cirurgia, embora alguns possam ir para casa no mesmo dia. Solicitamos que alguém fique com você durante as primeiras 24 horas para ajudá-lo a se adaptar. Esta cirurgia utiliza uma abordagem aberta com uma única incisão convencional sobre o local operado, ou uma abordagem percutânea, na qual fixamos o osso através da pele sem uma incisão formal. Você não deve dirigir enquanto estiver usando gesso ou tala. Você poderá dirigir novamente após a remoção do gesso e com a autorização do seu cirurgião. Consulte [Dirigir após cirurgia do membro superior](#).

Recuperação

O seu pulso sentir-se-á dolorido e inchado logo após o procedimento. Isto é normal. Utilizamos uma única incisão convencional ou uma pequena punção para colocar parafusos que mantêm o osso no lugar. Usará um gesso ou uma tala para manter tudo estável enquanto o osso cicatriza.

Mantenha a mão elevada acima do coração tanto quanto possível. Isto ajuda a reduzir o inchaço e alivia o desconforto. Pode mover os dedos suavemente para prevenir a rigidez, mas evite utilizar o pulso para levantar ou agarrar objetos. Durma com a mão apoiada em travesseiros para se manter confortável durante a noite.

Trabalhamos com a Ruby Doolan na Extend Rehabilitation para a sua terapia da mão. Ela irá guiá-lo através de exercícios suaves para restaurar o movimento e a força. O seu fisioterapeuta irá mostrar-lhe como realizar estes exercícios de forma segura em casa. Não se apresse para tarefas pesadas. Aguarde até que o seu cirurgião lhe dê autorização para conduzir, o que acontece após a remoção do gesso e quando tiver controlo total do volante.

A recuperação varia entre os indivíduos. O seu cronograma pode ser diferente; o seu cirurgião e fisioterapeuta irão orientá-lo com base na forma como o seu pulso específico responde à cicatrização. Concentre-se em seguir o plano de cuidados que fornecemos. Avance um dia de cada vez.

O que pode dar errado

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

Às vezes, outros ossos do punho se fraturam ao mesmo tempo que o escafoides. Essas fraturas podem não aparecer no primeiro conjunto de radiografias. Você pode notar dor ou inchaço persistentes que não melhoram conforme o esperado. Informe seu cirurgião sobre qualquer desconforto contínuo durante suas consultas de acompanhamento para que ele possa verificar lesões ocultas.

Em alguns casos, os ligamentos ou a cartilagem do punho também estão lesionados. Você pode sentir uma sensação de instabilidade ou de travamento na articulação. Se notar movimento ou dor incomuns ao tentar mover o punho, informe seu cirurgião. Ele pode avaliar se outras estruturas precisam de atenção.

Hardware metálico é usado para manter o osso no lugar. Ocasionalmente, a cabeça de um parafuso ou a borda de uma placa pode irritar os tecidos próximos. Você pode sentir um caroço duro ou um ponto afiado sob a pele. Se isso causar dor ou irritação, informe seu cirurgião. Ele pode avaliar se o hardware precisa de ajuste ou remoção após a consolidação óssea.

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

Quando ligar para nós

Ligue para nós se tiver febre, vermelhidão crescente na ferida ou secreção, ou dor intensa súbita. Vá à emergência se notar inchaço na panturrilha, falta de ar, perda de sensibilidade ou incapacidade de mover a mão. Esses sinais exigem avaliação urgente para manter sua recuperação no caminho certo.

Fixação do Escafoide

Taxas de complicações da literatura publicada

Obtido a partir de 11 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
rigidez	10-20%	Perda de flexão do punho e força de preensão; melhora com a terapia.
pseudoartrose	5-10%	Falha na consolidação apesar da fixação; risco maior com apresentação tardia, fraturas do pólo proximal e tabagismo.
proeminência do material de osteossíntese	5-10%	Parafuso sem cabeça proeminente que requer remoção.
artrite pós-traumática	5-15%	A artrite SNAC do punho pode se desenvolver, particularmente com tratamento tardio ou pseudoartrose.
necrose avascular	3-10%	Perda do suprimento sanguíneo para o pólo proximal; pode levar ao colapso e à artrite.
infecção	Rare	Infecção superficial da ferida.
lesão nervosa	Rare	Lesão do ramo superficial do nervo radial causando dormência na face dorsal da mão.
lesão tendinosa	Rare	Irritação do tendão extensor devido à proeminência do parafuso.

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