

Epicondilite

Introdução

A epicondilite ou "cotovelo de tenista" (*tennis elbow*) é uma doença inflamatória dos tendões dos (músculos) extensores do punho e dos dedos na sua extremidade proximal (na sua inserção no cotovelo, no epicôndilo umeral) (figura 1). A sua incidência varia de 1 a 3% na população em geral, até mais de 50 % nos tenistas amadores,⁸ sendo a faixa etária entre os 30 e os 50 anos a mais afetada. O tendão mais frequentemente envolvido é o extensor carpi radialis brevis (ECRB). Este tendão contribui para a estabilização do punho quando o cotovelo se encontra em extensão. A hipersolicitação do ECRB resulta em roturas microscópicas na inserção tendinosa no epicôndilo, causando dor na face lateral do cotovelo. Todas as atividades, laborais ou recreacionais, que requerem o uso repetitivo e vigoroso dos músculos do antebraço, como no caso dos pintores, canalizadores, carpinteiros, ou dos tenistas, poderão levar a epicondilite. No entanto, a doença também pode atingir indivíduos sem história de uso excessivo dos músculos do antebraço.

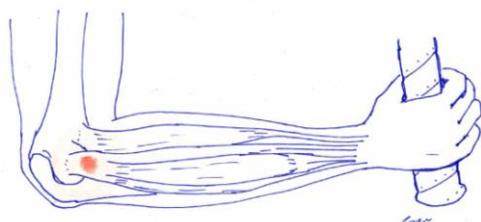


Figura 1 – Epicondilite em tenista. Ilustração representando inflamação da inserção do extensor carpi radialis brevis no cotovelo (Cortesia Dra. Carla Nunes, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.).

Diagnóstico

O diagnóstico é habitualmente clínico. Os sintomas podem incluir dor na face lateral do cotovelo, agravada pela extensão do punho, muitas vezes acompanhada de diminuição da força de preensão, com uma evolução gradual e crónica.³ Poderá ser necessário realizar exames complementares de diagnóstico: a radiografia simples do cotovelo e da coluna cervical, para exclusão de artrose ou de outras lesões ósseas; a ecografia, para avaliar o ECRB e confirmar o diagnóstico clínico; ou a Ressonância Magnética Nuclear para exclusão de discopatia da coluna cervical. No caso de suspeita de compressão neurológica periférica poderá ser aconselhável a realização de eletromiograma (EMG).

Tratamento

Conservador

A maioria dos doentes melhora com o tratamento conservador, consistindo em repouso associado à revisão do equipamento desportivo ou laboral e à toma de anti-inflamatórios não esteroides (AINEs). Os tratamentos de fisioterapia, com exercícios fortalecimento muscular, podem diminuir os sintomas de epicondilite, existindo uma vantagem na associação com analgésicos de curta duração para exercícios mais vigorosos.² A injeção de corticóide local pode contribuir para o alívio da dor. Estudos recentes parecem demonstrar uma eficácia ainda maior da injeção de sangue autólogo no alívio sintomático a curto (6 semanas) e médio (6 meses) prazo.^{4,5} A terapia com ondas de choque extracorpórea apresenta, em alguns estudos, resultados sobreponíveis à corticoterapia.⁶ A terapia com laser parece ser uma das alternativas com bons resultados no alívio dos sintomas da epicondilite, mas falta a evidência de estudos de qualidade.¹ O plasma rico em plaquetas ainda não provou vantagem no tratamento de tendinopatias crónicas.⁷

Estima-se que cerca de 80% dos doentes resolvem as queixas de epicondilite ao fim de um ano, independentemente do tipo de tratamento realizado, e independentemente de haver retorno à atividade laboral.

Cirúrgico

Menos de 10% dos doentes é refratário ao tratamento conservador.⁹ Nestes casos, o tratamento cirúrgico está geralmente indicado, após um período de 6-12 meses de tratamento conservador e/ou evidência de calcificação extra-articular.¹¹ Diversos tipos de procedimentos cirúrgicos foram descritos. Quase todos envolvem o desbridamento do tendão degenerado e a descorticação do epicôndilo lateral, com ou sem reinserção tendinosa no epicôndilo. A técnica descrita por Nirschl, por via aberta, parece ser a mais frequentemente utilizada, apresentando taxas de sucesso na ordem dos 85%.¹² A desnervação do epicôndilo umeral no tratamento de epicondilite crónica permite melhoria clínica em 80% dos doentes¹³ não existindo vantagem na realização de epicondilectomia.¹⁴ A cirurgia por via artroscópica oferece resultados sobreponíveis à cirurgia por via aberta, permitindo a exploração da articulação e o desbridamento do ECRB (figura 2), sendo passível de realizar com anestesia regional, em regime de ambulatório, e com pouca morbilidade¹⁵, permitindo um retorno mais precoce da função após a cirurgia.

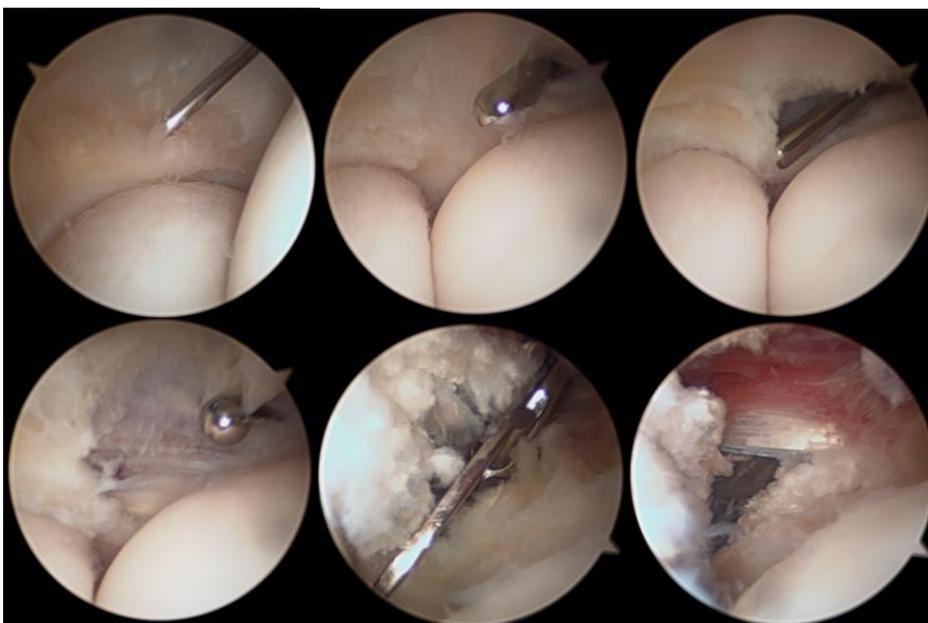


Figura 2 – Sequência de fotografias de cirurgia por via artroscópica do cotovelo direito: diagnóstico de uma lesão intra-articular associada à epicondilite (agulha assinala a lesão da plica sinovial) e seu tratamento e libertação do extensor do carpi radialis brevis (cortesia Dra. Clara Azevedo, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E.).

A libertação percutânea sob anestesia local apresenta também uma alta taxa de sucesso sendo relativamente simples de realizar, com baixa taxa de complicações, faltando estudos de melhor qualidade para confirmar o seu valor.¹⁶

Reabilitação e Prognóstico

Após tratamento cirúrgico, a imobilização do cotovelo dependerá da técnica cirúrgica realizada, podendo manter-se até 1 semana, seguida de mobilização progressiva com exercícios de alongamento. É expectável o retorno à função normal em menos de 2 meses e à atividade desportiva em 3-6 meses.¹⁰ A taxa de sucesso da cirurgia ronda os 80-90%, apesar de ser frequente a perda de força muscular.

Bibliografia

- 1 - Roberts DB et al, Lasers Surg Med. 2013 Jun3
- 2 - Hoogvliet P. et al, Dos effectiveness of exercise.....,Br J Sports Med. 2013 May 24
- 3 - Tosti R, lateral epicondylitis of the elbow (REVISAO), Am J Med 2013 Apr
- 4 - Jindal N, comparison of short term results....., J Orthop Surg Res 2013 Apr 27; 8(1):10
- 5 - Dojode CM, A randomised control trial to evaluate the efficacy..., Bone Joint Res.2012 Aug 1;1(8)
- 6 - Lee SS,Effectiveness of initial extracorporeal shock waww therapy on..., Ann Rehabil Med. 2012 Oct; 36
- 7 - Kaux JF, latelet rich plasma application, Acta Orthop Belg. 2013Feb
- 8 - Ho C. Extracorpeal shock wave treatment for chronic lateral epicondylitis. Issue Emerg Health Technol 96: 1-4: 2007.
- 9 - Nirschl RP, Pettrone F. Tennis elbow. The surgical treatment of lateral epicondylitis. J Bone Joint Surg (Am) 61: 832-839, 1979.
- 10 - Coonrad RW, Hooper WR. Tennis elbow: Its course, natural history, conservative and surgical manag-ement. J Bone loint Surg (Am) 55: 1177-1182, 1973.
- 11- Mohd Waseem, S. Nuhmani, C.S. Ramand Yadav Sachin, Lateral epicondylitis: A review of the literature, Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 25 (2012) 131–142
- 12 - Nirschl RP, Pettrone FA. Tennis elbow. The surgical treatment of lateral epicondylitis. J Bone Joint Surg [Am] 1979;61:832–9.
- 13 - Rose NE, Forman SK, Dellon AL, Denervation of the lateral humeral epicondyle for treatment of chronic lateral epicondylitis, J Hand Surg Am. 2013 Feb;38(2):344-9. doi: 0.1016/j.jhsa.2012.10.033.
- 14 - Berry N, Neumeister MW, Russell RC, Dellon AL, Epicondylectomy versus denervation for lateral humeral epicondylitis. Hand (N Y). 2011 Jun;6(2):174-8. doi: 10.1007/s11552-011-9318-8. Epub 2011 Feb 25
- 15 - Solheim E, Hegna J, Øyen J., Arthroscopic versus open tennis elbow release: 3- to 6-year results of a case-control series of 305 elbows., Arthroscopy. 2013 May;29(5):854-9. doi: 10.1016/j.arthro.2012.12.012. Epub 2013 Feb 4.
- 16 - Nazar M, Lipscombe S, Morapudi S, Tuvo G, Kebrle R, Marlow W, Waseem M., Percutaneous Tennis Elbow Release Under Local Anaesthesia, Open Orthop J. 2012;6:129-32. doi: 10.2174/1874325001206010129. Epub 2012 Apr 2.