

Terapia Ocupacional

e

Disfunções Musculo Esqueléticas

Tendinopatias do Cotovelo e Punho

Caderno Nº1

TEXTO DE APOIO À UNIDADE CURRICULAR



**POLITÉCNICO
DE LEIRIA**
ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

CURSO DE LICENCIATURA EM TERAPIA OCUPACIONAL

20 DE FEVEREIRO DE 2020

ELISABETE J.C. ROLDÃO
PROFESSORA ADJUNTA CONVIDADA

ISBN 978-989-54779-2-0

I. LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AVD's – Atividades da Vida Diária

AVDI's – Atividades da Vida Diária Instrumentais

EL – Epicondilite Lateral

EM – Epicondilite Medial

LER – Lesões por Esforço Repetido

TO – Terapia Ocupacional

ÍNDICE

I. LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	3
I. INTRODUÇÃO	5
II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PATOLOGIA	6
2.1 Tendinopatia.....	6
2.2.1 TENDINOPATIAS DO COTOVELO.....	6
2.1.2 TENDINOPATIAS DO PUNHO	10
III. ALTERAÇÕES DO DESEMPENHO OCUPACIONAL QUE SÃO EXCEPTÁVEIS.....	12
IV. CONCLUSÃO	13
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14

I. INTRODUÇÃO

Este Caderno de Terapia Ocupacional e Disfunções Musculo Esqueléticas, sobre o tema Tendinopatias do Cotovelo e Punho, foi criado como texto de apoio e suporte à Unidade Curricular de Terapia Ocupacional e Disfunções Musculo Esqueléticas, lecionada no Curso de Licenciatura em Terapia Ocupacional, da Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria. Pretende, em conformidade com o que é preconizado nesta Unidade Curricular, suportar os seguintes objetivos:

1. Identificar a etiologia, sinais, sintomas, tratamentos e prognóstico das principais patologias músculo-esqueléticas, doenças metabólicas, congénitas e do desenvolvimento ósseo.
2. Relacionar os fatores etiológicos e mecanismos fisiopatológicos com sinais / sintomas da doença, determinantes da disfunção ocupacional e respetivo comprometimento das funções corporais.
3. Definir as principais características das doenças e as suas causas.
4. Identificar a terminologia técnica inerente às diferentes abordagens em ciências da saúde.
5. Interpretar disfunções ocupacionais inerentes a perturbações nas estruturas e funções músculo-esqueléticas
6. Dominar o vocabulário e expressão verbal com recurso a terminologia técnica e científica adequada

O conteúdo deste caderno encontra-se alinhado com o conteúdo programático da Unidade Curricular de Terapia Ocupacional e Disfunções Músculo Esqueléticas e apresenta um dos temas a abordar durante a mesma.

Este primeiro Caderno tratará questões de carácter fundamental e prático, que são comuns às Tendinopatias do Cotovelo e punho e que trazem diversos desafios aos Terapeutas Ocupacionais.

II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PATOLOGIA

2.1 TENDINOPATIA

Tendinopatia define-se como um conjunto de condições patológicas dos tendões ou das estruturas que o contêm, comprometendo o seu desempenho, por dor, ou por perda de capacidade funcional (Vidinha, s.d.).

No percurso que o tendão faz do músculo até ao osso, verifica-se um estreitamento de certas zonas, sendo que este deixa de deslizar levando assim à sua disfunção e conseqüente dor (Vidinha, s.d.).

TENDINOPATIAS DO COTOVELO

2.1.1.EPICONDILITE

A epicondilite, é uma lesão nos tendões que estão ligados ao cotovelo, dividindo-se em lateral e medial.

A Epicondilite Lateral (EL) é a inflamação dos tendões dos músculos epicondilianos (extensores do punho), causada pelo esforço repetitivo destes, sendo que ocorre com muita regularidade em tenistas e por isso, é comum designar-se por “cotovelo do tenista”. A EL origina dor na parte externa do cotovelo e na parte posterior do antebraço. O tendão mais frequentemente envolvido é o extensor radial longo do carpo que contribui para a extensão do punho quando o cotovelo se encontra em extensão (Liebert, 2019).

A Epicondilite Medial (EM) é a inflamação dos tendões dos músculos flexores do punho, que permitem a flexão do mesmo contra resistência, no sentido da palma da mão, originando dor na parte interior do cotovelo e antebraço. Geralmente, a EM acontece em pessoas que praticam intensamente musculação e golfistas (Liebert, 2019).

PREVALÊNCIA

A EL é considerada a lesão mais comum no cotovelo. A sua prevalência varia entre 1% a 3% sendo que é sete vezes mais frequente do que a medial (Goguin & Rush).

Na população geral afeta, de igual forma, os dois géneros, sendo mais comum entre os 40 e 50 anos de idade, e na raça branca. A EL tende a ser unilateral, principalmente no

membro dominante. Nos indivíduos que jogam ténis regularmente, estima-se que 10-50% destes desenvolvem EL em algum momento das suas carreiras e a prevalência é maior nos profissionais do sexo masculino. A população afetada pode ser dividida em dois grandes grupos: os jogadores de ténis (cerca de 5%) e aqueles que não o são, mas têm uma atividade profissional que envolve repetição de movimentos e/ou esforços intensos ou utilização de ferramentas vibratórias (cerca de 95%) (Brites, 2014).

SINAIS E SINTOMAS

Os indivíduos afetados com EL referem sentir dor que irradia desde o epicôndilo lateral até aos músculos extensores do punho. Esta pode ser crónica, quando se inicia gradualmente e se torna intensa e persistente, ou aguda, quando tem um início repentino e uma rápida evolução (Lech, Piluski, & Severo, 2003). As pessoas com esta condição podem apresentar dificuldade na realização da extensão do antebraço, o que impede a realização da prática desportiva, atividades laborais e do dia a dia (Cohen & Filho, 2012).

Estes sinais e sintomas agravam-se com a realização de atividades que envolvam a extensão ativa ou flexão passiva do punho quando o cotovelo se encontra em extensão (Cohen & Filho, 2012).

Na EM os sinais e sintomas mais presentes são a dor nos tendões pronadores flexores e no epicôndilo medial quando há resistência. À semelhança da epicondilite lateral, esta pode ser crónica ou aguda dependendo do seu início, evolução e duração (Cohen & Filho, 2012).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico das EL e EM é essencialmente realizado pelo exame clínico do utente bem como a história clínica do mesmo. Na EL, as amplitudes de movimento de ambos os pulsos e cotovelos devem ser comparadas relativamente à força do extensor radial curto do carpo e do extensor radial longo do carpo (Lech, Piluski, & Severo, 2003).

Existem alguns testes que permitem diagnosticar ou suspeitar de epicondilite lateral, tais como:

- O teste de Cozen, traduz a dor no epicôndilo lateral que o cliente experimenta quando realiza extensão do punho contra resistência, com o cotovelo a perfazer um ângulo de 90 graus de flexão e o antebraço em pronação.

- O teste de Mill, efetuado com o indivíduo com a mão fechada, o punho em dorsiflexão e o cotovelo em extensão. O examinador tem a função de forçar o punho do utente, sendo que este deve resistir ao movimento.
- O teste da cadeira, descrito por Gardner, em que o utente deve levantar uma cadeira com apenas uma mão, com o antebraço em pronação e o punho em flexão palmar (Lech, Piluski, & Severo, 2003).

Assim como a EL, o diagnóstico da EM é realizado através de testes, sendo um deles, o teste para a EM, consistindo numa ligeira flexão do cotovelo e supinação do antebraço, enquanto o examinador aplica resistência à flexão do punho. Se o utente referir sentir dor, o teste é considerado positivo (Xavier, Michaloski, & Saad, 2009).

Existem ainda exames complementares que permitem diagnosticar e confirmar a epicondilite, tais como:

- Radiografia, para exclusão de artrose ou outro tipo de lesões ósseas;
- Ecografia, para avaliar o extensor radial longo do carpo e confirmar o diagnóstico clínico;
- Ultrassonografia, permite observar presença de fluido hipocogénico subjacente ao tendão exterior comum dos dedos, microrroturas do tendão, laceração do tendão;
- Eletroneuromiografia, avalia a possibilidade de compressão do nervo interósseo posterior, que pode por vezes ocorrer em associação com a epicondilite lateral (Goguin & Rush).

TRATAMENTO

Quanto ao tratamento, estima-se que ao fim de um ano, 80% das pessoas deixam de apresentar queixas de epicondilite independentemente do tratamento realizado e do retorno à atividade laboral (Lech, Piluski, & Severo, 2003).

O tratamento da epicondilite pode ser feito através do tratamento conservador ou cirúrgico, sendo que a maioria melhora com o tratamento conservador (Lech, Piluski, & Severo, 2003).

O tratamento conservador consiste no uso de Anti-inflamatórios Não Esteroides associado ao repouso. De forma a controlar a dor, a injeção de corticoide local surge como uma opção, no entanto, estudos recentes revelam que a injeção de sangue autólogo apresenta uma maior eficácia no alívio sintomático a curto e a médio prazo.

Existem ainda outras alternativas para o alívio dos sintomas, como a terapia com ondas de choque extracorpórea e a terapia com laser. Relativamente ao tratamento com plasma rico em plaquetas ainda não existem evidências científicas que comprovem o benefício no tratamento de tendinopatias crônicas (Lech, Piluski, & Severo, 2003).

Caso o tratamento conservador não seja eficaz num período de seis a 12 meses o utente tem de recorrer ao tratamento cirúrgico. Este consiste na descorticação do epicôndilo lateral e no desbridamento do tendão degenerado, com ou sem reinserção do tendão no epicôndilo. A técnica mais utilizada, descrita por Nirschl, por via aberta, apresenta taxas de sucesso de 85%. Também a desnervação do epicôndilo umeral permite melhoria clínica na maioria das pessoas com epicondilite crónica aguda (Lech, Piluski, & Severo, 2003).

PROGNÓSTICO

A imobilização do cotovelo após o tratamento cirúrgico, poderá manter-se durante uma semana, dependendo da técnica utilizada. Após a imobilização é feita uma mobilização progressiva com exercícios de alongamento. O retorno à função normal poderá ocorrer em menos de dois meses, e dentro de três a seis meses é possível o retorno à atividade desportiva. Apesar de ser frequente a perda de força muscular, a taxa de sucesso da cirurgia situa-se entre os 80-90% (Lech, Piluski, & Severo, 2003).

2.1.2 EPITROCLEÍTE

A epitrocleíte é uma inflamação localizada nos tendões dos músculos flexores dos dedos situados mais internamente, provocando dor na palpação da epitróclea e na flexão contrariada do punho. Esta geralmente ocorre em golfistas e em todos os indivíduos que utilizem o punho de modo repetitivo, cerrem os dedos da mão e façam movimentos de flexão ou levantamento de peso (Miranda, et al., 2003).

PREVALÊNCIA

A epitrocleíte é cerca de sete vezes menos frequente do que a epicondilite lateral (Martins, 2002).

SINAIS E SINTOMAS

O sintoma clássico é a dor localizada na região interna (podendo irradiar para a região interna do antebraço), que agrava com a atividade (movimentos de rotação, flexão ou com pesos) e diminui com o repouso. Também se verifica a rigidez dessa zona, bem como dormência ou formigamento no cotovelo, antebraço e dedos da mão (SaudeCUF, s.d.).

DIAGNÓSTICO

A epitrocleíte poderá provocar sintomatologia semelhante à epicondilite, pois encontra-se localizada nos tendões dos músculos flexores dos dedos situados mais internamente. Os critérios de diagnóstico incluem dor na epitroclea com empastamento e dor nos movimentos resistidos de extensão. Um teste que poderá ser utilizado para o diagnóstico será a pronação resistida do antebraço, com o punho fletido, que se considera positivo se provocar a exacerbação da dor. Em ambos os casos a força de preensão pode estar diminuída (Miranda, et al., 2003).

TRATAMENTO

A intervenção médica inclui a modificação do posto de trabalho, a paragem de movimentos desencadeantes ou agravantes; a utilização de anti-inflamatórios não esteroides; a monitorização da existência de lesão nervosa (eletromiografia); Sessões de reabilitação e infiltração com corticosteroides, caso as outras soluções não sejam suficientes (Miranda, et al., 2003).

2.1.2 TENDINOPATIAS DO PUNHO

2.1.2.1 TENOSSINOVITE DE QUERVAIN

A Tenossinovite de Quervain é uma inflamação do primeiro compartimento extensor do punho, isto é, dos tendões que passam no punho e vão para o polegar. Esta inflamação atinge os tendões e bainhas sinoviais, nomeadamente o tendão adutor longo e extensor curto do polegar, os quais realizam o movimento de preensão do polegar, o que provoca dor e edema na realização dos movimentos de extensão e abdução (Medeiros, Santana, Souza, & Souza, 2016).

PREVALÊNCIA

A prevalência desta patologia é mais visível em mulheres. Em cada 11 casos de Tenossinovite de Quervain, 10 são em indivíduos do sexo feminino. Alguns estudos epidemiológicos têm demonstrado uma prevalência de 8 % em trabalhadores industriais. Num outro estudo realizado com 485 pacientes com lesões músculo-esqueléticas no membro superior, verificou-se uma prevalência de 22% em utilizadores de computadores e músicos (Medeiros, Santana, Souza, & Souza, 2016).

SINAIS E SINTOMAS

Relativamente aos sinais e sintomas, o utente começa por sentir uma dor fraca na lateral do dedo polegar ao nível do punho. Com o avanço da patologia a dor pode irradiar para o antebraço e ter a sensação de que algo trava o movimento (o tendão) quando mexe o dedo polegar. É também possível sentir a tumefação na região onde se localizam os tendões e as bainhas tendinosas (Medeiros, Santana, Souza, & Souza, 2016).

DIAGNÓSTICO

É feito através de anamnese, com o objetivo de identificar fatores que possam dar origem à tendinite e, pelo exame físico, baseado na presença de dor puntiforme junto ao processo estilóide do rádio. O Teste de Finkelstein é também um instrumento de diagnóstico, e é realizado pela flexão do polegar, envolvendo-o com os outros dedos, movendo a mão no sentido ulnar, que passivamente alonga os tendões sobre o processo estilóide do rádio. Quando o utente refere dor o teste é considerado positivo (Medeiros, Santana, Souza, & Souza, 2016).

Caso o diagnóstico confirme as suspeitas não há necessidade de realizar exames complementares, sendo alguns deles essenciais como o diagnóstico diferencial, a radiografia de punho (para exclusão de fraturas) e a eletromiografia (exclusão de acontecimentos do nervo radial (Medeiros, Santana, Souza, & Souza, 2016).

TRATAMENTO

O tratamento clínico é feito com anti-inflamatórios ou injeções de corticosteroides e terapia local com sessões de acupuntura. Em alguns casos mais graves, quando a dor não responde aos primeiros tratamentos, é aconselhável a realização de ressonância magnética, podendo haver necessidade de encaminhamento para a cirurgia (Medeiros, Santana, Souza, & Souza, 2016).

PROGNÓSTICO

A recuperação de cada pessoa pode variar e embora a evolução normalmente seja benigna. Alguns pacientes evoluem com sequelas definitivas caracterizadas por envolvimento simultâneo de múltiplas áreas articulares e complicações graves tais como: infecção, úlcera, edema crónico, distonia e mioclonia. Também se podem verificar casos com uma maior resistência ao tratamento, sendo que a evolução nestes casos acaba por estar dificultada (Medeiros, Santana, Souza, & Souza, 2016).

III. ALTERAÇÕES DO DESEMPENHO OCUPACIONAL QUE SÃO EXCEPTÁVEIS

As tendinopatias do cotovelo e do punho como já foi referido, inserem-se num conjunto de lesões provocadas por atividades que exigem movimentos repetitivos. Tendo em conta os sintomas apresentados anteriormente (dor, edema, limitação do movimento) é expectável que as pessoas com esta condição tenham dificuldades na maioria das áreas de ocupação, uma vez que estas envolvem o movimento do membro superior e em particular do cotovelo e punho.

O grau de dificuldade da realização da tarefa vai depender da localização, da gravidade da tendinopatia, bem como do tipo de movimento que provoca dor.

Como referido anteriormente, relativamente à epicondilite lateral os movimentos que provocam dor são os que envolvem os músculos extensores do punho e antebraço, por sua vez a epicondilite medial remete para os músculos flexores do punho, pelo que originará dor na parte anterior do cotovelo e antebraço. A epitrocleíte está relacionada com dor nos tendões dos músculos flexores dos dedos o que terá impacto nos movimentos de flexão contra resistência do punho. A Tenossinovite de Quervain provoca dor nos movimentos de extensão e abdução do polegar.

Tendo em conta os aspetos supracitados, concluímos que os indivíduos que apresentem estas patologias irão apresentar um comprometimento a nível do desempenho ocupacional nas Atividades da Vida Diária (AVD's), nomeadamente, no vestir, tomar banho, higiene e cuidados pessoais e no alimentar, ao nível das Atividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI's), por exemplo, na preparação de refeições, limpeza e compras, ao nível do desempenho no trabalho e porventura no lazer caso o indivíduo tenha interesse em algumas atividades como por exemplo, música, pintura, entre outras.

Assim, a intervenção do terapeuta ocupacional pode passar por avaliar as condições de trabalho do utente e perceber de que forma estas causam impacto e como pode adaptar as mesmas; treino de AVD's; treino de amplitudes; treino de força muscular; adaptar o movimento causador de dor de forma a restabelecer o mesmo, não prejudicando as estruturas já afetadas; aplicar princípios de proteção articular e de conservação de energia, entre outros. O terapeuta ocupacional pode ainda atuar ao nível da prevenção, por exemplo indo às empresas ou instituições fazer consciencialização das lesões que são muitas vezes causadas no mercado laboral, devido a movimentos repetitivos, as chamadas Lesões de Esforço Repetido (LER).

IV. CONCLUSÃO

A intervenção da Terapia Ocupacional nas tendinopatias do cotovelo e punho é fundamental pelo facto de prevenir incapacidades futuras, manter as competências que as pessoas ainda apresentam e intervir de forma a restabelecer a funcionalidade da estrutura lesada.

A intervenção atempada, o aconselhamento, a adequação das atividades bem como do contexto envolvente à pessoa são essenciais na obtenção de bons resultados.

Esta é uma condição de saúde que deve ter um olhar multidisciplinar de uma equipa de Reabilitação de modo a minimizar situações complicadas, evitar cirurgia e diminuir custos desnecessários com tratamentos prolongados.

Deverão ser seguidas as *guidelines* mais atuais em relação à abordagem desta condição de saúde.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brites, A. L. (2014). *Abordagem ao Tratamento da Epicondilite Lateral*. Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Cohen, M., & Filho, G. d. (2012). Epicondilite Lateral do Cotovelo. *Revista Brasileira de Ortopedia*.
- Goguin, J & Rush, F. (2003). —Lateral epicondylitis. What is it really? *Current Orthopaedics*, 17 (5), 386–389. Lech, O., Piluski, P. C., & Severo, A. L. (Agosto de 2003). Epicondilite Lateral do Cotovelo. *Revista Brasileira de Ortopedia*.
- Liebert, P. L. (2019). Epicondilite Lateral. Obtido de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/lesões-e-envenenamentos/lesões-provocadas-por-esportes/epicondilite-lateral>
- Martins, K. H. (2002). *DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) do Processo de Surgimento ao Agravamento*. Brasília: Centro Universitário de Brasília.
- Medeiros, M. d., Santana, D. V., Souza, G. D., & Souza, L. R. (18 de junho de 2016). Tenossinovite de Quervain: aspectos diagnósticos. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*.
- Miranda, L. C., Cristóvam, M. T., Agostinho, E., Costa, M. T., Sena, S., & Gonçalves, L. (2003). *Patologia Periarticular de Causa Laboral do Membro Superior: Diagnóstico e Prevenção*. *Acta Reumatológica Portuguesa*.
- Saúde CUF. (s.d.). Epitrocleeite. Obtido de Saúde CUF: <https://www.saudecuf.pt/desporto/lesoes/lesoes-do-cotovelo/epitrocleeite>
- Vidinha, V. (s.d.). CSB360. Obtido de Casa de Saúde de Boavista: <https://www.csaudeboavista.com/wp-content/uploads/2017/11/CSB360-tendinites.pdf>
- Xavier, A. A., Michaloski, A. O., & Saad, V. L. (2009). Avaliação da existência de dor nos membros superiores através de testes musculares específicos e relatos de dor em pedreiros na tarefa do assentamento de tijolos. *Revista Gestão Industrial*, pp. 115-129.