

EPICONDILITE LATERAL

GENERALIDADES:

A epicondilite lateral do cotovelo também conhecida como cotovelo de tenista é geralmente atribuída ao esforço físico intenso e/ou repetitivo. Possui uma alta incidência na população adulta entre seus 35 aos 55 acometendo igualmente homens e mulheres.

ANATOMIA APLICADA:

No epicôndilo lateral se originam á partir de um tendão único o *extensor radial curto do carpo e parte superficial do supinador de forma que a tração destes músculos é que gera o quadro doloroso do cotovel de tenista.* O músculo braquiorradial e o extensor longo do carpo tem origens anatomicamente separadas no epicôndilo lateral e não estão envolvidos na fisiopatologia da doença.

FISIOPATOLOGIA:

Os dados demográficos mostram que 95% dos pacientes portadores de epicondilite não praticam esporte o que reforça a teoria que o quadro pode ser causado por uma alteração degenerativa(envelhecimento biológico) e não por trauma direto ou esforço de repetição .Portanto a epicondilite pode vir associada á um quadro tendinite generalizada apresentando ruptura do tendão de Aquiles, do músculo supra-espinhoso e tendinite de Quervain quadro este conhecido como Síndrome Mesequimal. Mas a epicondilite também pode associar-se com outros quadros como :epicondilite medial ,dedo em gatilho ,osteoartrite de quadril ,hérnia de disco lombar , etc.

QUADRO CLÍNICO:

Basicamente é composto de dor intensa e persistente em epicondilo lateral que se irradia para os músculos extensores gerando limitação funcional(por causa da dor) no antebraço do paciente. O exame físico mostrará :

- Dor local á palpação
- Dor á extensão resistida do punho ou dedo médio
- Dor á supinação resistida

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

-Síndrome do Supinador(mais importante): o músculo supinador possui dois planos um com origem no epicôndilo lateral e o outro(mais interno) na parte supero lateral da ulna. Ambas os planos terminam na extremidade superior do rádio(enrolando-se sobre ela).O Arco de Frohse é formado pela borda espessada do plano superficial do supinador e sob ele passa o nervo interósseo posterior. Portanto a compressão deste nervo pode causar dor localizada semelhante á do cotovelo de tenista devido á proximidade entre o epicondilo lateral e a Arcada de Frohse.

- Outras: sinovite do cotovelo , gota , bursite retroolecraniana , osteocondrite dissecante , radiculopatia cervical , etc.

TRATAMENTO:

-CONSERVADOR: deve ser tentado em todos os casos pois apresenta um índice de cura de 80%. As medidas incluem:

A-Repouso: - evitar ao máximo movimentos repetitivos
-alterar a ergonomia no local de trabalho istoé , deixar o cotovelo apoiado maior parte do tempo possível
-usar uma banda de contensão(no terço proximal do antebraço) para diminuir o ponto de tração muscular exercido no epicondilo lateral .

B-Fisioterapia:

- crioterapia sobre o local quatro vezes ao dia

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

- exercícios ativos do punho inicialmente sem peso durante 10min. quatro vezes ao dia.

C-Medicação : deve-se usar AINES e em casos crônicos vasodilatadores periféricos (pois o tecido angiofibroblástico formado é hipovascularizado dificultando a ação da medicação).

-CIRÚRGICO: está indicado quando o tratamento conservador falhou após 06 a 08 meses de evolução ou quando ocorrem várias recidivas dificultando o cotidiano do paciente. Apenas um a cada vinte pacientes são submetidos ao tratamento cirúrgico. Existem várias técnicas cirúrgicas dentre elas destacam-se:

A-liberação da origem dos extensores e epicondilectomia lateral.

B-ressecção parcial do ligamento anular(cirurgia de Bosworth)

C-ressecção do tecido angiofibroblástico na inserção do extensor radial curto do carpo associado á multiplas perfurações no epicondilo lateral ,para aumentar o aporte sanguineo local(cirurgia deThomas Wolff)

de disco lombar , etc.

Estruturas comprometidas na Epicondilite Lateral

- Franjas sinoviais
- Ligamento anular
- Extensor comum dos dedos
- Extensor radial curto do carpo (97%)

QUADRO CLÍNICO:

Basicamente é composto de dor intensa e persistente em epicondilo lateral que se irradia para os músculos extensores gerando limitação funcional(por causa da dor) no antebraço do paciente. O exame físico mostrará :

-Dor local á palpação

-Dor á extensão resistida do punho ou dedo médio (testes de Cozen e Mills)

-Dor á supinação resistida

Diagnóstico diferencial Clínico	Diagnóstico diferencial Clínico	Diagnóstico diferencial Clínico
<ul style="list-style-type: none">• Cozen• Mills• Manobra da cadeira 	<p>E.L.</p> <ul style="list-style-type: none">• Epicôndilo lateral• Piora da dor <p>Extensão do punho</p> <p>Esforços</p> <p>Flexão passiva do punho e dedos com cotovelo estendido</p>	<p>S.T.R.</p> <ul style="list-style-type: none">• Massa extensora sobre a cabeça do rádio• Piora da dor <p>Supinação noturna</p>  <ul style="list-style-type: none">• Supinação contra resistência• Maudsley

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

-Síndrome do Supinador(mais importante): o músculo supinador possui dois planos um com origem no epicôndilo lateral e o outro(mais interno) na parte supero lateral da ulna. Ambos os planos terminam na extremidade superior do rádio(enrolando-se sobre ela).O Arco de Frohse é formado pela borda espessada do plano superficial do supinador e sob ele passa o nervo interósseo posterior. Portanto a compressão deste nervo pode causar dor localizada semelhante á do cotovelo de tenista devido á proximidade entre o epicôndilo lateral e a Arcada de Frohse.

Diagnóstico diferencial

- Síndrome do túnel radial

Mais importante diferencial, podendo estar associado de 10%, sendo causa freqüente de falha de tratamento

Supinador e extensor radial curto do carpo tem mesma inserção no EL

- Osteocondrite dissecante do capitulo
- Plica sinovial

- Outras: sinovite do cotovelo , gota , bursite retroolecraniana , osteocondrite dissecante , radiculopatia cervical , etc.

EXAMES SUBSIDIÁRIOS:

Rx – raramente tem importância

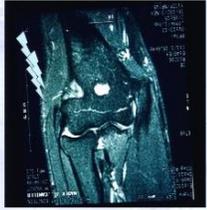
ENMG – muito falso negativo para compressão do interósseo posterior

USG – operador dependente

• **RM**

- melhor visibilização
- intra-articular
- lesão parcial
- lesão total

- **Pobre visibilização do nervo Interósseo Posterior**



CLASSIFICAÇÃO:

Classificação (Nirschl -1992)	Classificação (Nirschl -1992)	Classificação (Nirschl -1992)
<p>• Tipo I</p> <p>Patologia : agudo, sem invasão angiofibroblástico</p> <p>Quadro clínico:pouca dor com atividade</p> <p>Tratamento: medicamentoso (antiinflamatório), reabilitação e prevenção da força que causou a dor</p>	<p>• Tipo II</p> <p>Patologia: parcial invasão angiofibroblástica</p> <p>Quadro clínico: dor intensa com atividade, melhora com repouso</p> <p>Tratamento: menos da metade do tendão acometido, tratamento conservador inicial com alguns casos não apresentando boa evolução</p>	<p>• Tipo III</p> <p>Patologia :extensa invasão angiofibroblástico, com ruptura parcial ou total do tendão</p> <p>Quadro clínico: dor intensa ao repouso e noturna</p> <p>Tratamento: cirúrgico</p>

CLASSIFICAÇÃO ARTROSCÓPICA

- **Tipo I:** cápsula íntegra
- **Tipo II:** lesão linear
- **Tipo III:** lesão completa da cápsula



TRATAMENTO:

1-CONSERVADOR: deve ser tentado em todos os casos pois apresenta um índice de cura de 80%. As medidas incluem:

A-Repouso: - evitar ao máximo movimentos repetitivos

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

-alterar a ergonomia no local de trabalho isto é , deixar o cotovelo apoiado maior parte do tempo possível
-usar uma banda de contensão(no terço proximal do antebraço) para diminuir o ponto de tração muscular exercido no epicondilo lateral .

B-Fisioterapia:

- crioterapia sobre o local quatro vezes ao dia
- exercícios ativos do punho inicialmente sem peso durante 10min. quatro vezes ao dia.

C-Medicação : deve-se usar AINES e em casos crônicos vasodilatadores periféricos (pois o tecido angiofibroblástico formado é hipovascularizado dificultando a ação da medicação).

2-CIRÚRGICO: está indicado quando o tratamento conservador falhou após 06 a 08 meses de evolução ou quando ocorrem várias recidivas dificultando o cotidiano do paciente(INCLUSIVE DOR AO REPOUSO). Apenas um á cada vinte pacientes são submetidos ao tratamento cirúrgico. Existem várias técnicas cirúrgicas(abetta,percutânea ou artroscópica) e dentre elas destacam-se:

A-liberação da origem dos extensores e epicondilectomia lateral.



B-ressecção parcial do ligamento anular(cirurgia de Bosworth)

C-ressecção do tecido angiofibroblástico na inserção do extensor radial curto do carpo associado á multiplas perfurações no epicondilo lateral ,para aumentar o aporte sanguineo local(cirurgia deThomas Wolf)



D – Tto artroscópico

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>



EPICONDILITES

DEFINICAO: dor localizada na região do epicôndilo medial ou lateral não inflamatória e com células angiofibroblásticas na porção tendinosa da origem muscular logo distal ao epicôndilo.

➤ EPICONDILITE LATERAL: extensor radial CURTO do carpo. (cotovelo do tenista)

➤ EPICONDILITE MEDIAL: pronador redondo, FRC, FSD e ocasionalmente FUC. (cotovelo do golfista)

ETIOLOGIA:

1. Grupo mais jovem: relacionado a trauma durante pratica esportiva
2. Idosos: IDIOPATICO (MAIS COMUM)
3. Fatores relacionados: bursite, periostite, infecção, necrose asséptica, neurites dos ramos do nervo radial ou interosseo posterior, sinovite radioumeral, irritação do ligamento colateral ou do orbicular, bem como alterações ginecológicas com deficiência hormonal.

INCIDENCIA

- Epicôndilo Lateral 8 X 1 epicondilo medial
- 4ª a 5ª décadas de vida
- geralmente mulher, mas varia de acordo com a faixa etária

QUADRO CLINICO/DIAGNOSTICO

(diagnostico clinico sem necessidade de outros exames!!!!)

- dor insidiosa exacerbando-se com qualquer atividade. Dolorimento na origem tendinosa nos epicôndilos.

- Epicond Lateral: exacerba-se com extensão do punho ou dedos contra resistência (Cozen e Mill)

- Epicond Medial: exacerba-se com a flexão contra resistência do punho ou dedos mas principalmente contra a pronacao do antebraço.

- Bom prognostico: historia bem definida, melhora com repouso, sem queixas em outras regiões ou de parestesias, dor reprodutível sempre no mesmo local, piora contra resistência e melhora com injeção local de anestésico.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>

Sinovites, artrites, instabilidades crônicas do cotovelo, doenças articulares e principalmente com a compressão do nervo radial ou interosseo posterior quando lateral e do nervo ulnar quando medial.

TRATAMENTO

- Maioria tem resolução espontânea em 1 a 2 anos apos o inicio da doença
- Evidencias cientificas mostram que o tratamento conservador não influi na historia da doença a longo prazo!!!
- Tipos de tratamento conservador: ultra-som, laser, acupuntura, eletroterapia, infiltração, imobilização, brace, exercícios de estiramento e condicionamento, antiinflamatórios, repouso, gelo.
- Tratamento cirúrgico: bons resultados, indicado em pacientes com mais de 1 ano de evolução, sem melhora com tratamento conservador, presença de calcificação na origem tendinosa, múltiplas infiltrações com fracasso, dor mesmo sem atividade e qualidade de vida inaceitável.
- Tipos de procedimentos cirúrgicos:
 1. Secção do extensor comum na sua origem
 2. Ressecção do tecido patológico e reparo do defeito
 3. Neurectomia e divisão da origem muscular
 4. Descompressão do nervo radial
 5. Procedimentos intra-articulares e sinovectomia

Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>