

Epicondilite Lateral (Cotovelo de Tenista)

O cotão de tenista afeta o tendão extensor comum onde ele se insere na protuberância óssea na parte externa do cotovelo (o epicôndilo lateral).

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.

Esta página explica como o cotovelo de tenista é tratado e como realizar a reabilitação, seja você esteja sendo tratado sem cirurgia (o que é o caso da grande maioria) ou esteja se recuperando após uma operação para limpar o tendão. O conteúdo é supervisionado pelo Dr. Kieran Hirpara, no Mater Private Hospital Rockhampton. Começa com o seu programa de exercícios em casa, seguido pelo protocolo clínico estruturado escrito para o seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão; traga esta página ou seu PDF para as suas sessões de terapia para que a sua reabilitação seja coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano dependendo de como a sua recuperação progride.

O que esperar

O cotovelo de tenista (epicondilite lateral) é um problema no tendão na parte externa do cotovelo, especificamente no tendão extensor comum e, em particular, num pequeno músculo chamado ECRB. Apesar do “-ite” no nome, **não** é uma inflamação que melhore apenas com repouso. Trata-se de uma **alteração por desgaste do tendão** (tendinose), em que as fibras tendinosas se tornaram desorganizadas e não cicatrizaram adequadamente.

Isto é importante porque altera completamente o tratamento. Não melhora apenas com repouso e proteção do cotovelo; na verdade, o repouso prolongado tende a enfraquecer o tendão e a retardar a sua recuperação. A melhoria ocorre através da carga gradual do tendão, de modo a que este se remodele e reconstrua a sua tolerância ao trabalho e à preensão. O padrão é: primeiro controlar a dor, depois fortalecer progressivamente, começando com exercícios isométricos suaves e mantidos, e evoluindo para um fortalecimento controlado e lento, como o Tyler twist.

A boa notícia é que o cotovelo de tenista geralmente resolve-se espontaneamente com o programa de carga adequado. Cerca de 80–90% das pessoas melhoram dentro de um ano, embora por vezes possa demorar 12–18

meses a resolver completamente. A cirurgia só é considerada após pelo menos seis meses de reabilitação consistente e de boa qualidade terem falhado, e apenas uma pequena minoria (aproximadamente 4–11%) chega a esse ponto.

Precauções e limitações

Faça:

- Continue a usar o braço: sobrecarregue o tendão, não o deixe em repouso.
- Use a dor como guia: uma dor surda leve durante e após o exercício é aceitável e esperada; dor aguda ou crescente indica que deve reduzir a intensidade.
- Levante objetos com a palma da mão voltada para cima (como se estivesse a carregar uma tigela de sopa) para aliviar a carga sobre o tendão dolorido.
- Utilize uma órtese de contrapressão sobre o músculo do antebraço durante tarefas de preensão e levantamento.

Não faça:

- Não imobilize o cotovelo com um gesso ou atadura para a epicondilite lateral; esse é o tratamento inadequado para uma tendinose.
- Não realize preensão pesada e provocadora com o cotovelo estendido e o punho fletido (por exemplo, levantar um objeto pesado com a palma da mão virada para baixo).
- Não se apresse para uma injeção de esteroides. A cortisona pode proporcionar alívio durante algumas semanas, mas a evidência mostra que leva a piores resultados e a mais recidivas aos 6–12 meses do que a fisioterapia ou simplesmente a observação. Não é um tratamento de primeira linha.

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material. Eles seguem a ordem da recuperação: a órtese de contrapressão e as contrações isométricas ajudam a aliviar a dor precocemente, os alongamentos mantêm o antebraço flexível, e o Tyler twist, a rotação do antebraço e o trabalho de força de preensão fortalecem o tendão. Inicie-os conforme orientado pelo Dr. Hirpara e seu fisioterapeuta, e não sinta que precisa fazer todos desde o primeiro dia; seu fisioterapeuta dirá com quais começar e quando adicionar os exercícios de fortalecimento.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo de reabilitação clínica para epicondilite lateral (cotovelo de tenista). Esta seção deve ser fornecida ao seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão, e cada fase inicia-se com uma explicação em linguagem clara do que está ocorrendo.

O protocolo possui dois braços: um **caminho não-operatório** (de primeira linha para praticamente todos) e um **caminho pós-operatório** para o pequeno número de pacientes que realizam desbridamento do ECRB após falhar seis ou mais meses de tratamento conservador de qualidade.

VIA NÃO CIRÚRGICA

O princípio fundamental é o carregamento progressivo do tendão, guiado pela dor. O objetivo é encurtar o curso sintomático e restaurar a tolerância à carga, e não repousar o tendão.

Fase I — Aguda / controlo da dor (0–2 semanas)

O foco aqui é controlar a dor e restaurar o movimento sem carga. Não há imobilização; trata-se de repouso relativo, não de gesso.

Para o seu fisioterapeuta:

- **Objetivos:** controlar a dor; restaurar a amplitude de movimento ativa (AMA) completa sem carga.
- **Gestão:** modificação da atividade, proteção articular e aconselhamento ergonómico. Opcionalmente, **tala contrapulsão** sobre o grupo dos extensores comuns para aliviar a origem do ECR durante a preensão; uma tala de punho (cock-up) pode ser utilizada se houver dor aguda com atividades de extensão. Adjuvantes para controlar a dor: gelo, mobilização de tecidos moles / mobilização de tecidos moles assistida por instrumentos (IASTM), AMA suave sem dor, agulhamento seco opcional, deslizes nervosos.
- **Critérios para progressão:** AMA completa sem carga e sem dor; independência com o programa domiciliar.

Fase II — Subaguda / carga inicial (2–4 semanas)

A carga nos tendões começa de forma suave, e a cadeia proximal (escápula e manguito rotador) é abordada, pois a fraqueza mais acima no braço gera sobrecarga no cotovelo.

Para o seu fisioterapeuta:

- **Objetivos:** iniciar a carga nos tendões; abordar a cadeia cinética proximal.
- **Exercícios:** carga **isométrica** dos extensores e flexores do pulso (carga leve; os isométricos são bem tolerados e analgésicos na tendinopatia reativa); alongamento **progressivo** dos flexores e extensores do pulso com o cotovelo a 90°; trabalho proximal: serrátil anterior, trapézio médio/inferior, manguito rotador e estabilizadores escapulares.
- **Critérios para progressão:** ROM completo mantido; tolera o alongamento com o cotovelo em 90° de flexão; aproximadamente **70% da força de preensão/força do lado contralateral**.

Fase III — Fortalecimento / retorno (4–6+ semanas, frequentemente estendendo-se até 12 semanas)

É nesta fase que o tendão é reconstruído e a tolerância à carga para trabalho e esporte é restaurada. O carregamento excêntrico–concêntrico é o principal motor terapêutico.

Para o seu fisioterapeuta:

- **Objetivos:** restaurar a tolerância à carga e a capacidade para esporte/trabalho.

- **Exercícios:** carregamento **excêntrico–concêntrico** da extensão do punho e da pronação/supinação do antebraço; o **Tyler twist (FlexBar)** é a ferramenta excêntrica caseira prototípica. Progressão do alongamento para a posição de **cotovelo estendido**; mobilização com movimento (Mulligan). **Fortalecimento da pegada** e carregamento específico de tarefas/esporte; pliometria para atletas. Redução gradual do uso da **tala contrapressão** à medida que o paciente se torna assintomático. Modificação de equipamentos para atletas (tamanho da pegada, tensão das cordas, técnica).
- **Critérios para progressão (retorno ao esporte):** aproximadamente **90% da força do lado contralateral**, função sem dor e competência na autogestão.

VIA PÓS-OPERATÓRIA (DESBRIDAMENTO DO ECRB ± LIBERAÇÃO)

A cirurgia é reservada para os ~4–11% que não respondem a ≥ 6 meses de cuidado conservador de qualidade. O desbridamento aberto do tipo Nirschl e o desbridamento artroscópico do ECRB apresentam resultados comparáveis. O cronograma abaixo segue o Padrão de Cuidados do Brigham & Women's para desbridamento do epicôndilo lateral.

Fase 1 — Proteger (Dias 1–7)

Uma tipóia é utilizada apenas para conforto na primeira semana.

Para o seu fisioterapeuta:

- Tipóia para conforto; gelo 20 minutos, 2–3 vezes ao dia; almofada de cotovelo sobre a incisão.
- AROM suave e **sem dor** da mão, punho e cotovelo; ROM ativo do ombro; exercícios periescapulares.
- Minimizar as AVDs que sobrecarregam o mecanismo extensor (levantar peso, extensão completa do cotovelo combinada com flexão do punho); levantar com a palma para cima para descarregar os extensores; órtese de punho opcional se houver dor aguda.

Fase 2 — Movimento precoce (Semanas 2–4)

Para o seu fisioterapeuta:

- **Descontinuar o suporte.** Iniciar movimento **passivo e assistido** dentro da tolerância à dor.
- Fortalecimento suave: movimento ativo e **isometria submáxima**. Iniciar o manejo da cicatriz.

Fase 3 — Fortalecimento (Semanas 5–7)

Para o seu fisioterapeuta:

- **Avançar para o fortalecimento resistivo** (pesos / Theraband), enfatizando a resistência dos extensores do punho (carga leve, maior número de repetições). Restaurar a amplitude de movimento (AM) ativa e passiva completa.
- Introduzir **tala de contrapressão** no tendão extensor comum (com orientação para evitar compressão nervosa); massagem transversa suave; iniciar a preparação funcional.

Fase 4 — Funcional / retorno (Semanas 8–12)

Para o seu fisioterapeuta:

- **Treino funcional específico para a tarefa;** retorno a atividades laborais e recreativas de maior nível.
- Continuar a usar a órtese de contrapressão conforme necessário para as AVDs e fortalecimento sem dor.

Retornar ao trabalho e às atividades

Se você está tratando o cotovelo de tenista sem cirurgia, não há um período fixo de afastamento do trabalho; você pode continuar usando o braço durante todo o processo, modificando as tarefas mais pesadas de preensão e levantamento, e utilizando uma órtese contrapressão para superá-las. A expectativa realista é que o cotovelo melhore ao longo de 6 a 12 meses, com a maioria das pessoas (80–90%) apresentando melhora dentro de um ano. Trata-se de um problema tendíneo lento, portanto, o progresso é medido em semanas e meses, não em dias. Manter-se fiel ao programa de carregamento (exercícios de carga) é o que leva à melhora; as exacerbações ao longo do caminho são normais e não representam um retrocesso, desde que uma dor leve desapareça no dia seguinte.

Se você teve cirurgia, a tipóia é usada apenas para conforto na primeira semana e é descartada à medida que o cotovelo melhora. O fortalecimento progride nas semanas 5 a 7, e a maioria das pessoas retorna funcionalmente ao trabalho e às atividades recreativas por volta das semanas 8 a 12. Demandas mais pesadas e específicas do esporte são reintroduzidas gradualmente dentro desse período, orientadas pela tolerância do tendão à carga.

O retorno ao esporte (para ambas as abordagens) é guiado pela conquista de aproximadamente 90% da força do outro braço, com função sem dor e confiança para o autogerenciamento, em vez de depender apenas do calendário.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#) e, se você teve cirurgia, [o cuidado com a ferida](#) e [os fundamentos da terapia manual](#). O plano em fases acima reflete as melhores evidências atuais para a epicondilite lateral (carregamento progressivo do tendão em vez de repouso), e sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão, de acordo com a evolução do seu cotovelo.