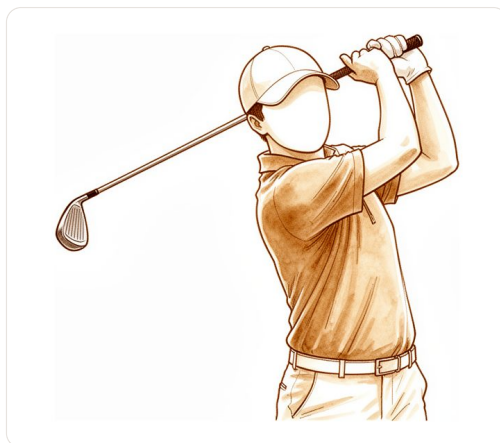


Epicondilite Medial (Cotovelo do Golfista)

Cotovelo de golfista: desgaste dos tendões flexores-pronadores onde se inserem na protuberância óssea na parte interna do cotovelo (o epicôndilo medial). O nervo ulnar passa logo atrás dele.

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 orienta a sua recuperação da epicondilite medial (comumente chamada de **cotovelo de golfista**) sob os cuidados do Dr. Kieran Hirpara no Mater Private Hospital Rockhampton. A maioria das pessoas se recupera completamente sem cirurgia, e a base do tratamento é um programa de exercícios baseado em carga constante, em vez de repouso. Ele 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 a sua primeira sessão de terapia para que a sua reabilitação permaneça coordenada. O seu terapeuta pode ajustar o plano dependendo de como a sua recuperação progride.

Se você desenvolver formigamento, dormência ou fraqueza no dedo mínimo e no dedo anelar, informe a recepção ou o seu terapeuta; o nervo ulnar passa logo atrás do cotovelo interno e, às vezes, precisa de atenção separada.

O que esperar

O cotovelo de golfista é um problema de desgaste (degenerativo) dos tendões na face interna do cotovelo: os tendões flexores-pronadores, que flexionam o punho e viram a palma para baixo, onde se inserem na saliência óssea chamada epicôndilo medial. Apesar do nome antigo “epicondilite”, não se trata realmente de uma inflamação; o tendão tornou-se enfraquecido e desorganizado devido ao sobrecarga. É por isso que o tratamento moderno não é repouso e anti-inflamatórios, mas um programa gradual que carrega suavemente o tendão de volta à força total.

A recuperação exige paciência. O cotovelo de golfista é geralmente autolimitado, mas pode levar de 6 a 18 meses para resolver completamente. A boa notícia é que a grande maioria das pessoas melhora com um bom programa conservador e nunca precisa de cirurgia. A cirurgia só é considerada após pelo menos seis meses de terapia de qualidade terem falhado.

Uma característica que diferencia o cotovelo interno do cotovelo externo (de tênis) é o **nervo ulnar** (o nervo do “osso engraçado”), que passa em um sulco imediatamente atrás do epicôndilo medial. Cerca de metade das pessoas com cotovelo de golfista também apresentam alguma irritação deste nervo, por isso o seu terapeuta irá avaliá-lo em cada visita e poderá adicionar exercícios específicos de deslizamento nervoso.

Precauções e limitações

Fazer:

- Continuar a usar o braço para tarefas diárias normais dentro de limites confortáveis.
- Modificar, em vez de interromper completamente, as atividades que provocam exacerbação dos sintomas.
- Usar uma órtese de contrapressão sobre o músculo do antebraço durante as atividades que agravam os sintomas, se for benéfico.
- Realizar os alongamentos e os exercícios de carga regularmente; a consistência é mais importante do que a intensidade.

Não fazer:

- Não imobilizar completamente o cotovelo nem colocá-lo em gesso; o tendão necessita de carga suave para cicatrizar.
- Evitar atividades com carga valga intensa no início: golfe, lançamento (especialmente as fases de cocking e aceleração), natação e desportos de raquete, até que a força seja recuperada.
- Não forçar qualquer exercício até à dor aguda, e não forçar os deslizamentos nervosos até à sensação de formigamento ou dormência.
- Se os sintomas do nervo ulnar (formigamento ou dormência no dedo mínimo e no dedo anelar) piorarem, reduzir a intensidade e procurar reavaliação antes de progredir na carga.

Seus exercícios

Estes são os exercícios do seu material. Inicie-os conforme orientado pelo Dr. Hirpara e seu fisioterapeuta. Nas primeiras semanas, o foco é controlar a dor, realizar movimentos suaves e manter as contrações isométricas; o exercício de inversão Tyler excêntrica e o fortalecimento da pegada são adicionados à medida que você melhora. O deslizamento do nervo ulnar é incluído porque esse nervo está frequentemente envolvido na parte interna do cotovelo; mantenha-o suave.

Seu protocolo clínico

O restante desta página é o protocolo de reabilitação clínica. Esta seção deve ser fornecida ao seu fisioterapeuta ou terapeuta da mão. É baseado em critérios, e não apenas no tempo: o progresso entre as fases depende do cumprimento das metas listadas, e não simplesmente do calendário. O nervo ulnar é avaliado em todas as

consultas (sinal de Tinel, subluxação), pois aproximadamente 50–60% dos casos mediais apresentam sintomas concomitantes do nervo ulnar, que são a principal razão para o fracasso do tratamento conservador.

Existem duas vias abaixo: o programa **não operatório** (de primeira linha, para a grande maioria) e o programa **pós-operatório** (para a minoria que prossegue para a cirurgia após o fracasso do tratamento conservador).

VIA NÃO CIRÚRGICA

Fase I: Aguda / controle da dor (0–2 semanas)

Objetivos: controlar a dor; restaurar a amplitude de movimento completa sem carga.

- Repouso relativo e **modificação da atividade**: usar a dor como limitante; evitar imobilização. Modificar o golfe, arremesso, natação, esportes de raquete, levantamento de peso e preensão repetitiva.
- **Tala contrapressão** opcional sobre a massa flexora comum; uma tala de punho pode ser usada se houver dor aguda.
- Adjuvantes para controle da dor: gelo, trabalho de tecidos moles / IASTM, amplitude de movimento ativa (AMA) suave sem dor, deslizamentos nervosos.
- **Rastrear o nervo ulnar** (Tinel, subluxação).
- *Critérios para progressão*: AMA completa sem carga e sem dor; programa domiciliar independente.

Fase II: Subaguda / início do carregamento (2–4 semanas)

Objetivos: iniciar o carregamento dos flexores-pronadores; abordar a cadeia proximal.

- Carregamento **isométrico** dos flexores do punho e pronadores (leve).
- Alongamento progressivo dos flexores do punho com o cotovelo em 90° de flexão.
- **Cadeia cinética proximal**: estabilizadores da escápula (serrátil anterior, trapézio médio/inferior) e manguito rotador, críticos em arremessadores, onde a sobrecarga medial do cotovelo é impulsionada pelo valgo.
- *Critérios para progressão*: amplitude de movimento (ADM) completa mantida; tolera o alongamento a 90°; ~70% da força do lado contralateral.

Fase III: Fortalecimento / retorno (4–6+ semanas)

Objetivos: restaurar a tolerância à carga e o retorno à função e ao esporte.

- Carregamento **excêntrico-concêntrico** da flexão do punho e pronação do antebraço: o análogo medial do Tyler twist é o **“reverse Tyler twist”** (flexão excêntrica do punho em um FlexBar). O carregamento excêntrico-concêntrico combinado é favorecido; os isométricos permanecem úteis para analgesia inicial.
- Mobilização com movimento; progressão do alongamento em direção à posição de extensão do cotovelo.
- **Fortalecimento da preensão**, seguido de carregamento específico para o esporte; para arremessadores, um **programa de arremesso por intervalos**; a pliometria por último.
- Desmame da tala contrapressão à medida que o cotovelo se torna assintomático; abordar equipamento e técnica.

- *Critérios de retorno ao esporte:* ~90% da força do lado contralateral, função sem dor, autogestão.

VIA PÓS-OPERATÓRIA (DESBRIDAMENTO DOS FLEXORES-PRONADORES ± REPARO ± PROCEDIMENTO NO NERVO ULNAR)

A cirurgia é reservada à minoria dos pacientes que falham no tratamento conservador por ≥ 6 meses. A operação aberta tipo Nirschl desbrida a origem patológica dos flexores-pronadores e comumente realiza seu reparo/reanexação; o **nervo ulnar é avaliado e protegido**, sendo realizada descompressão ou transposição anterior concomitantemente em uma proporção dos casos.

Fase 1: Proteção (0–2 semanas)

- **Tala longa posterior** (cotovelo + punho) por **10–14 dias**; talabarte para uso comunitário.
- Elevação e controle do edema; AROM dos dedos/deslizamento tendinoso; AROM do ombro; AROM cervical suave.
- *Precauções:* NÃO levantar, empurrar, puxar ou realizar preensão vigorosa: proteger o reparo.

Fase 2: Restauração da ROM (2–6 semanas)

- Na consulta de ~2 semanas: remoção dos pontos; transição para **órtese de punho em neutro** em tempo integral (removida para higiene); Tubigrip no cotovelo para o inchaço.
- Iniciar **AROM do cotovelo** flexão/extensão (2–4 sem), depois **AROM do punho em 4 direções + rotação do antebraço** e AROM dos dedos/polegar (4–6 sem).
- **Deslizamentos do nervo ulnar introduzidos nas semanas 4–6** (adição específica do lado medial).
- Estabilização escapular (resistência à gravidade). **Nenhuma fortalecimento com resistência até após 6 semanas.**

Fase 3: Fortalecimento (6–12 semanas)

- Desmame da órtese conforme tolerado (o uso noturno pode continuar no início).
- **Fortalecimento resistivo progressivo** do punho e antebraço. Sem supinação/pronação resistida no início; iniciar levantamento em **supinação/neutro**, com **levantamento pronado leve a partir de ~semana 9.**

Fase 4: Retorno à atividade / esporte (12–16+ semanas)

- Progressão do levantamento em **todas as posições do antebraço** conforme tolerado; **retorno total à atividade por ~12–16 semanas**; programa de arremesso específico para o esporte / por intervalos para atletas. A recuperação completa é comumente de 3–6 meses.

Precauções do nervo ulnar: se uma transposição anterior foi realizada, **limitar a flexão do cotovelo no final do arco de movimento no início** e progressão gradual da excursão nervosa. Sintomas ulnares persistentes ou piores justificam revisão cirúrgica antes de avançar a carga.

Retorno ao trabalho e às atividades

A rapidez do seu retorno depende do protocolo que está a seguir e das exigências do seu trabalho e desporto.

Não cirúrgico. Geralmente pode continuar a trabalhar e manter-se ativo durante todo o processo, modificando as tarefas que provocam exacerbação da dor no cotovelo, em vez de parar completamente. O golfe, os desportos de lançamento, a natação e os desportos de raquete são reintroduzidos gradualmente durante a fase de fortalecimento, quando a força for aproximadamente 90% da do lado contralateral e a função estiver livre de dor. Como a epicondilite medial é autolimitada, a resolução completa pode demorar entre 6 e 18 meses, embora a função no dia a dia melhore muito antes.

Pós-operatório. O uso leve e restrito inicia-se precocemente, mas o levantamento de pesos mais pesados e a preensão são adiados para proteger a reparação. A maioria das pessoas retorna à atividade completa por volta das 12 às 16 semanas, com a recuperação total a demorar habitualmente entre 3 e 6 meses. Os atletas de lançamento seguem um programa de lançamentos graduais e intervalados antes de regressar à competição.

Condução: evite conduzir enquanto estiver com uma tala ou uma bandagem, ou enquanto o cotovelo estiver demasiado doloroso para controlar o veículo com segurança. Retome a condução quando deixar de usar a tala e conseguir mover o braço confortavelmente, conforme confirmado na sua consulta de acompanhamento.

Após o seu protocolo

Este protocolo complementa as orientações gerais de recuperação da clínica; consulte [o manejo da dor pós-operatória](#), [o cuidado com a ferida](#) e [os fundamentos da terapia manual](#). O cotovelo de golfista compartilha sua abordagem baseada em carga com sua contraparte no cotovelo externo, o cotovelo de tenista; pergunte ao seu terapeuta se deseja as orientações equivalentes para [epicondilite lateral](#). Sua recuperação contínua é orientada individualmente pelo seu fisioterapeuta ou terapeuta manual, de acordo com a evolução do seu cotovelo.