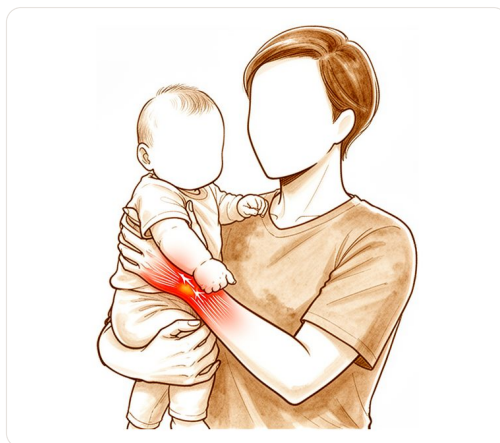


PATIENT INFORMATION

Tenossinovite de De Quervain

Anatomia dos tendões do polegar afetados na doença de De Quervain — abdutor longo do polegar e extensor curto do polegar, à medida que cruzam o punho.

Kieran Hirpara © ① ③ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

Provavelmente, você sente dor na parte externa do pulso, próxima à base do polegar. Essa área é chamada de apófise estilóide radial. A dor resulta da inflamação nos tendões que movem o polegar. Você pode notar inchaço ou uma sensação de tensão nesse local.

A dor frequentemente piora quando você move o polegar ou o pulso. Tarefas diárias simples podem se tornar difíceis. Você pode ter dificuldade para segurar objetos, levantar uma xícara de café ou girar uma chave. Estender o braço para trás para fechar o fecho de um sutiã pode ser doloroso. Enfiar a camisa dentro da calça também pode desencadear desconforto. Se você dorme do lado afetado, a dor pode impedir que você adormeça ou acordá-lo.

Algumas pessoas sentem dor logo ao acordar pela manhã. Outras notam que a dor se intensifica após usar a mão por um período. Se você teve uma lesão prévia no pulso, essa condição pode estar relacionada a esse trauma. Ela também é mais comum durante a gravidez.

Se a dor estiver em um local diferente da base do polegar, ela pode ser causada por outra condição. Em casos raros, os tendões podem prender ou travar. Isso é conhecido como dedo em gatilho. Se isso acontecer, a cirurgia é frequentemente necessária para corrigir o problema. No entanto, a maioria das pessoas inicia com tratamentos não cirúrgicos primeiro.

Seu cirurgião verificará esses sintomas específicos para confirmar o diagnóstico. Ele pode pedir que você mova o polegar de certas maneiras para verificar se isso causa dor. Abordar suas preocupações sobre a duração desse quadro pode ajudá-lo a decidir sobre o melhor tratamento para você.

O que está realmente acontecendo

A tenossinovite de De Quervain é uma condição de desgaste que afeta os tendões no lado radial do seu pulso. Os tendões são cordas resistentes e semelhantes a cordas que conectam seus músculos aos seus ossos. Eles permitem que você mova seu polegar e pulso suavemente.

Esses tendões passam por um túnel apertado chamado bainha. Pense nesta bainha como uma manga protetora ou uma junta que mantém o tendão no lugar. Na doença de De Quervain, esta manga torna-se inflamada e inchada. O inchaço torna o espaço dentro do túnel mais apertado do que deveria ser.

Quando você tenta mover seu polegar ou pulso, o tendão inchado esfrega contra as paredes apertadas da bainha. Esta fricção causa dor, inchaço e uma sensação de travamento. Você pode sentir uma sensação de atrito ou estalo quando move a mão. Isso ocorre porque o tendão está com dificuldade para deslizar pelo túnel estreitado.

A dor geralmente está localizada no estiloide radial, que é o proeminência óssea no lado radial do seu pulso. Se você pressionar esta área, ela frequentemente fica sensível. Você também pode notar rigidez nas articulações do seu polegar, embora isso seja raro.

Às vezes, a dor pode parecer estar vindo de um local diferente. Se a sua dor não estiver exatamente no estiloide radial, seu cirurgião pode procurar outras causas. Condições como um ventre muscular extra ou inflamação nos compartimentos tendinosos próximos podem imitar a doença de De Quervain. Utilizamos imagens, como ultrassonografia ou ressonância magnética, para visualizar claramente os tecidos moles. A ultrassonografia é particularmente boa em mostrar a anatomia do primeiro compartimento extensor onde esses tendões estão localizados.

Compreender o que está acontecendo ajuda você a tomar decisões informadas. Você pode optar por tratamentos não operatórios primeiro, como repouso ou injeções de corticosteroides. Essas injeções podem reduzir a inflamação e modificar o curso da condição. Se os sintomas persistirem, a liberação cirúrgica pode ser considerada para alargar o túnel e aliviar a pressão sobre o tendão.

O que podemos fazer a respeito

A forma como o Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membro superior do Mater Private Hospital Rockhampton, aborda este tema na nossa clínica reflete um caminho claro: os pacientes chegam até nós por meio de encaminhamento do clínico geral ou fisioterapeuta. Uma avaliação clínica (histórico, exame físico e imagens quando necessário) estabelece o diagnóstico. Para problemas degenerativos ou de longa data, geralmente tentamos tratamento não operatório – modificação da atividade, fisioterapia ou terapia manual, uso de órtese e injeções – e consideramos a cirurgia quando isso não proporciona melhora suficiente. Para problemas estruturais ou agudos, a cirurgia pode ser recomendada imediatamente, sem uma tentativa prévia de tratamento não operatório.

Você pode começar alterando a forma como usa a mão. Evite movimentos que pressionem ou torçam o polegar, como levantar uma panela pesada pelo cabo. Seu fisioterapeuta pode orientá-lo por meio de alongamentos suaves para manter os tendões deslizando suavemente. Também recomendamos o uso de uma órtese para o

polegar para repousar a área. Esse suporte simples ajuda a reduzir a tensão enquanto a inflamação se resolve. Dê algumas semanas a essas medidas para surtir efeito. Se a dor persistir, avançamos para a próxima etapa.

O manejo médico concentra-se na redução do inchaço e da dor. O tratamento inicial preferido é uma injeção de corticosteroide na bainha do tendão. Esta é a única opção não cirúrgica que pode potencialmente alterar o curso da condição. Ela atua acalmando a inflamação diretamente na origem. Para muitos pacientes, uma ou duas injeções proporcionam alívio significativo. As evidências mostram que as injeções de corticosteroide levam ao sucesso do tratamento em 73,4% dos casos em até 2 injeções. Em alguns casos, uma única injeção foi eficaz para aliviar os sintomas em 82% dos pacientes, com mais da metade permanecendo assintomática por pelo menos 12 meses. Combinamos isso com um curto período de imobilização para ajudar o tendão a cicatrizar. Se você tem diabetes, observe que tem uma probabilidade reduzida de sucesso após uma única injeção em comparação com pacientes não diabéticos. No entanto, a eficácia de cada injeção adicional não parece diminuir em pacientes diabéticos.

A cirurgia é considerada quando o tratamento conservativo atingiu seu limite. Isso é raro, pois a maioria dos casos melhora sem ele. A liberação cirúrgica é tipicamente reservada para o gatilho (trigger finger), uma condição rara em que o tendão fica preso, ou quando as injeções não proporcionam alívio duradouro. O procedimento envolve a liberação da bainha apertada ao redor do tendão para permitir que ele deslize livremente. Discutimos essa opção com você apenas após os métodos não operatórios terem sido esgotados ou se a sua anatomia específica exigir.

O que esperar

A tenossinovite de De Quervain é uma condição na qual os tendões do lado do seu pulso se inflamam. A maioria das pessoas considera que iniciar com cuidados não cirúrgicos é a melhor primeira etapa. O tratamento inicial preferido é uma injeção de corticosteroides na área afetada. Esta é a única opção não cirúrgica que pode alterar o curso da condição.

Quando você recebe esta injeção, ela é frequentemente combinada com um curto período de repouso para o seu pulso. Esta abordagem é eficaz para muitos pacientes. De fato, o tratamento tem sucesso em 73,4% dos casos dentro de duas injeções. Se você tem diabetes, sua chance de sucesso com uma única injeção pode ser menor do que para aqueles sem diabetes. No entanto, injeções adicionais permanecem eficazes para você também.

Se as injeções não proporcionarem alívio duradouro, a cirurgia pode ser considerada. É importante saber que nem todos precisam de cirurgia. Apenas 34,9% dos pacientes com novos sintomas precisaram de cirurgia dentro de um período de acompanhamento de dois anos. A maioria dos pacientes que progrediu para a cirurgia o fez dentro de um ano de sua primeira consulta. Você tem mais probabilidade de precisar de cirurgia se sua dor interferir significativamente na vida diária ou se suas pontuações de função física forem baixas.

Para aqueles que passam pela cirurgia, o prognóstico é geralmente positivo. A liberação endoscópica, uma técnica minimamente invasiva, frequentemente proporciona melhora mais precoce do que a cirurgia aberta tradicional. Ela também tende a resultar em menos complicações nervosas e melhor satisfação com a cicatriz. Embora a taxa de sucesso do tratamento possa diminuir com injeções múltiplas, injeções repetidas permanecem uma opção viável com uma alta taxa de sucesso.

Seus sintomas podem persistir se não forem tratados, mas também podem se resolver com os cuidados adequados. Abordar quaisquer equívocos sobre quanto tempo isso dura ajuda você a tomar decisões informadas. Seu cirurgião irá ajudá-lo a escolher o caminho que melhor se alinha com seus valores e estilo de vida.

Quando procurar ajuda médica

Consulte o seu médico de família se tiver dor persistente no lado radial do pulso que não melhora com o repouso. Solicite uma avaliação especializada se notar fraqueza, instabilidade ou se o polexo travar ou ceder. Os sintomas que interferem com o sono ou com o trabalho também justificam uma avaliação. Se os exames diagnósticos provocarem dor numa localização diferente da apófise estilóide radial, poderá ser necessária uma imagem avançada para identificar outras causas. Embora as injeções de corticosteroides ajudem 73,4% dos pacientes em até duas aplicações, uma avaliação precoce garante que receba o tratamento adequado. Abordamos equívocos comuns para ajudá-lo a tomar decisões informadas sobre a sua recuperação.