

Epicondilite Lateral do Cotovelo

*Autoria: Sociedade Brasileira de
Ortopedia e Traumatologia*

Elaboração Final: 18 de outubro de 2007

Participante: Piluski PCF

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

Revisão bibliográfica de artigos científicos, sendo estes selecionados após avaliação crítica da força de evidência.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos de casos (estudos não controlados).
- D:** Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVO:

Orientar o diagnóstico e o tratamento da epicondilite lateral do cotovelo.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

A epicondilite lateral do cotovelo é a causa mais comum de dor no cotovelo observada nos consultórios. Também conhecida como “cotovelo do tenista”, a patologia é uma síndrome dolorosa localizada na região do epicôndilo lateral, parte óssea mais proeminente no aspecto lateral do cotovelo, sendo sítio de origem dos músculos supinador do antebraço, extensores do punho e dos dedos. Apesar do termo “cotovelo do tenista”, acomete principalmente trabalhadores entre a quarta e quinta décadas de vida, e não somente tenistas¹(D).

Vários autores acreditam haver dois grupos distintos de pacientes com a patologia. Um grupo formado por pacientes jovens, atletas e que praticam intensamente atividades como tênis, squash, paddle e golfe, no qual o sobreuso é o fator preponderante. Este grupo corresponde a cerca de 5% dos pacientes. Destes, entre 10% a 50% apresentarão, em algum momento, um quadro de epicondilite. O outro grupo corresponde a 95% dos pacientes e é representado por pessoas entre 35 e 55 anos, nas quais o início dos sintomas é relativamente incídiioso. Geralmente são pessoas que exercem atividades de repetição ou esforços intensos isolados, no trabalho ou em casa. Ocorre igualmente entre os sexos e com maior frequência em brancos.

A degeneração do tendão associada a esforços de tração do músculo provoca rupturas microscópicas nas fibras do tendão, que sofrem necrose devido à falta de irrigação sangüínea, que é deficiente nesta região²(D). A queixa mais freqüente é a dor localizada na região lateral do cotovelo e antebraço, com piora ao segurar objetos pesados ou mesmo uma xícara de café cheia ou erguer uma cadeira. O diagnóstico é essencialmente clínico, com alguns testes especiais. A radiografia simples geralmente não apresenta alterações, sendo utilizada para excluir patologias ósseas. A ultra-sonografia pode ser utilizada como método complementar de diagnóstico e mais raramente é necessário o uso da ressonância magnética³(D).

Ainda existem muitas controvérsias sobre o tratamento da epicondilite lateral do cotovelo, sendo este o foco principal desta diretriz.

○ USO DE TERAPIA DE ONDAS DE CHOQUE É EFETIVO NO TRATAMENTO DA EPICONDILITE LATERAL CRÔNICA DO COTOVELO?

Apesar da utilização da terapia por ondas de choque extracorpórea para o tratamento da epicondilite lateral crônica do cotovelo, existe muita controvérsia sobre sua real eficácia. A maioria dos estudos com melhor delineamento demonstra que esta terapia é pouco efetiva na resolução da patologia, apesar da heterogenicidade destes estudos quanto a frequência, energia e número de pulsos utilizados⁴(A). Quando comparados a placebo e realizados com uso de anestesia local, não existe evidência da superioridade da terapia por ondas de choque⁵⁻⁷(A). Também não houve diferença entre grupos quando associado a um programa de alongamento e comparado com este programa isolado⁸(A).

Ao se comparar o uso de ondas de choque e infiltração local de corticóide, a infiltração mostrou-se mais efetiva do que as ondas de choque⁹(A). Somente em dois, entre seis estudos que utilizaram ondas de choque com baixa energia, houve maior benefício sobre o placebo, quando realizado sem anestesia local e com localização precisa do ponto de dor^{4,10-12}(A).

A FISIOTERAPIA TRAZ BENEFÍCIOS NO TRATAMENTO DA EPICONDILITE LATERAL DO COTOVELO?

Não existem estudos que demonstrem clara superioridade da fisioterapia sobre outros métodos de tratamento, a longo prazo. Quando comparada com uso de infiltração de corticóide e observação da evolução natural, a fisioterapia, por meio da manipulação do cotovelo e

alongamentos, tem melhor resultado após seis semanas, isto é, a médio e longo prazo.

A evolução natural da epicondilite parece ser lenta, com melhora dos sintomas após 52 semanas, mesmo se não for instituído qualquer tratamento^{13,14}(A). A fisioterapia no tratamento da epicondilite deve ser realizada por profissional capacitado e no período não inferior a seis semanas; somente após este período de tempo são obtidos os melhores resultados. Isto deve ser bem esclarecido ao paciente, para que haja aderência ao tratamento.

○ USO DE ÓRTESES OU BANDAS DE TENSÃO NO ANTEBRAÇO E PUNHO TRAZEM ALGUM BENEFÍCIO NO TRATAMENTO DA EPICONDILITE LATERAL?

○ emprego de órteses parece trazer maior benefício ao paciente para realizar as atividades diárias e seu uso combinado com a fisioterapia parece ter melhor resultado do que isoladamente¹⁵(A). As talas de punho e tensores no antebraço têm o mesmo efeito, com resultados semelhantes¹⁶(A). Melhores resultados são alcançados com o uso de órteses dinâmicas¹⁷(A).

○ USO DE INFILTRAÇÃO LOCAL DE CORTICÓIDE TEM BENEFÍCIO NO TRATAMENTO DA EPICONDILITE LATERAL?

○ uso de infiltração local de corticóide isoladamente, quando comparado a fisioterapia e observação, traz benefício apenas temporário no tratamento da epicondilite, com grande melhora dos sintomas nas primeiras seis semanas. Porém, após este período existe recorrência da dor, com piora dos resultados a longo prazo^{13,14}(A).

Não existe diferença significativa entre a reabilitação isolada e combinada com infiltração de corticóide¹⁸(A). Quando comparada com o uso de ondas de choque extracorpóreas, a infiltração com corticóide se mostra mais efetiva⁹(A). Comparada ao placebo e à fisioterapia isoladamente, a infiltração local de corticóide mostrou-se eficaz na melhora da dor e da força de preensão a curto prazo¹⁹(A).

Um efeito a longo prazo da infiltração local de corticóide é a degeneração do colágeno, piorando o quadro a longo prazo. Apesar de não haver evidência da melhora a médio e longo prazos com o uso de infiltrações locais de corticóide, este método pode ser utilizado como uma opção no manejo inicial da epicondilite lateral do cotovelo.

EXISTE INDICAÇÃO CIRÚRGICA PARA O TRATAMENTO DA EPICONDILITE LATERAL DO COTOVELO?

A maioria dos casos responde bem ao tratamento conservador, apesar do longo período de evolução e de tratamento. No entanto, alguns casos não responsivos são submetidos ao tratamento cirúrgico. Não há, no entanto, consenso quanto ao momento de indicar a cirurgia. Como a evolução natural da patologia demonstra que a melhora pode levar até um ano, a maioria dos autores indica o tratamento cirúrgico após um período não inferior a 8-12 meses de tratamento conservador, sem melhora do quadro³(D). Não existem estudos de forte evidência que indiquem claramente o efeito do tra-

tamento cirúrgico comparado ao placebo, no tratamento da epicondilite lateral. As técnicas publicadas baseiam-se na ressecção de tecido degenerado no extensor radial curto do carpo ou na liberação da sua inserção, por via aberta, artroscópica ou percutânea²⁰(A). No entanto, parece haver superioridade da tenotomia percutânea quando comparada à cirurgia aberta²¹(A). A técnica artroscópica mostra-se eficaz na liberação da inserção do extensor radial curto do carpo, porém, em alguns casos em que o tecido degenerado não é adequadamente removido, produz resultados insatisfatórios²²(C). Esta técnica é ainda criticada por violar a articulação e apresentar risco de lesão neurovascular devido à proximidade anatômica. O domínio da técnica e o conhecimento anatômico diminuem estes riscos.

○ USO DE TOXINA BOTULÍNICA É EFICAZ NO TRATAMENTO DA EPICONDILITE LATERAL DO COTOVELO?

A aplicação de toxina botulínica A na origem dos extensores tem sido empregada no tratamento da epicondilite lateral do cotovelo. Teoricamente, ocorreria a paralisia dos extensores, com conseqüente diminuição da tensão e cicatrização local²³(A). Existe divergência de resultados entre os estudos publicados, porém parece haver melhora do quadro de dor nos pacientes que receberam a toxina²³⁻²⁵(A). No entanto, um efeito adverso deste método é a limitação e até incapacidade de extensão e parestesia do terceiro dedo, por período de 4 a 18 semanas, que pode ocorrer em alguns casos^{24,25}(A).

REFERÊNCIAS

1. Lech O, Piluski P, Severo AL. Epicondilite lateral do cotovelo. *Rev Bras Ortop* 2003;38:421-36.
2. Nirschl RP. Muscle and tendon trauma: tennis elbow tendinosis. In: *The elbow and its disorders*. 3rded. Philadelphia: Saunders; 2000. p.523-35.
3. Boyer MI, Hastings H. Lateral tennis elbow: "is there a science out there?" *J Shoulder Elbow Surg* 1999;8:481-91.
4. Buchbinder R, Green SE, Youd JM, Assendelft WJ, Barnsley L, Smidt N. Shock wave therapy for lateral elbow pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4): CD003524.
5. Haake M, König IR, Decker T, Riedel C, Buch M, Müller HH, et al. Extracorporeal shock wave therapy in the treatment of lateral epicondylitis: a randomized multicenter trial. *J Bone Joint Surg Am* 2002;84:1982-91.
6. Melikyan EY, Shahin E, Miles J, Bainbridge LC. Extracorporeal shock-wave treatment for tennis elbow. A randomized double-blind study. *J Bone Joint Surg Br* 2003;85:852-5.
7. Speed CA, Nichols D, Richards C, Humphreys H, Wies JT, Burnet S, et al. Extracorporeal shock wave therapy for lateral epicondylitis: a double blind randomised controlled trial. *J Orthop Res* 2002;20:895-8.
8. Chung B, Wiley JP. Effectiveness of extracorporeal shock wave therapy in the treatment of previously untreated lateral epicondylitis: a randomized controlled trial. *Am J Sports Med* 2004;32:1660-7.
9. Crowther MA, Bannister GC, Huma H, Rooker GD. A prospective, randomized study to compare extracorporeal shock-wave therapy and injection of steroid for the treatment of tennis elbow. *J Bone Joint Surg Br* 2002;84:678-9.
10. Lebrun CM. Low-dose extracorporeal shock wave therapy for previously untreated lateral epicondylitis. *Clin J Sport Med* 2005;15:401-2.
11. Pettrone FA, McCall BR. Extracorporeal shock wave therapy without local anesthesia for chronic lateral epicondylitis. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87:1297-304.
12. Rompe JD, Decking J, Schoellner C, Theis C. Repetitive low-energy shock wave treatment for chronic lateral epicondylitis in tennis players. *Am J Sports Med* 2004;32:734-43.
13. Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomized trial. *BMJ* 2006;333(7575):939.
14. Smidt N, van der Windt DA, Assendelft WJ, Devillé WL, Korthals-de Bos IB, Bouter LM. Corticosteroid injections, physiotherapy, or wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;359:657-62.

15. Struijs PA, Kerkhoffs GM, Assendelft WJ, Van Dijk CN. Conservative treatment of lateral epicondylitis: brace versus physical therapy or a combination of both – a randomized clinical trial. *Am J Sports Med* 2004;32:462-9.
16. Van De Streek MD, Van Der Schans CP, De Greef MH, Postema K. The effect of a forearm/hand splint compared with an elbow band as a treatment for lateral epicondylitis. *Prosthet Orthot Int* 2004;28:183-9.
17. Faes M, van den Akker B, de Lint JA, Kooloos JG, Hopman MT. Dynamic extensor brace for lateral epicondylitis. *Clin Orthop Rel Res* 2006;442:149-57.
18. Newcomer KL, Laskowski ER, Idank DM, McLean TJ, Egan KS. Corticosteroid injection in early treatment of lateral epicondylitis. *Clin J Sport Med* 2001;11: 214-22.
19. Tonks JH, Pai SK, Murali SR. Steroid injection therapy is the best conservative treatment for lateral epicondylitis: a prospective randomised controlled trial. *Int J Clin Pract* 2007;61:240-6.
20. Buchbinder R, Green S, Bell S, Barnsley L, Smidt N, Assendelft WJ. Surgery for lateral elbow pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD003525.
21. Dunkow PD, Jatti M, Muddu BN. A comparison of open and percutaneous techniques in the surgical treatment of tennis elbow. *J Bone Joint Surg Br* 2004;86:701-4.
22. Cummins CA. Lateral epicondylitis: in vivo assessment of arthroscopic debridement and correlation with patients outcome. *Am J Sports Med* 2006;34:1486-91.
23. Hayton MJ, Santini AJ, Hughes PJ, Frostick SP, Trail IA, Stanley JK. Botulinum toxin injection in the treatment of tennis elbow. A double-blind, randomized, controlled, pilot study. *J Bone Joint Surg Am* 2005;87:503-7.
24. Keizer SB, Rutten HP, Pilot P, Morré HH, Os JJ, Verburg AD. Botulinum toxin injection versus surgical treatment for tennis elbow: a randomized pilot study. *Clin Orthop Relat Res* 2002;401:125-31.
25. Placzek R, Drescher W, Deuretzbacher G, Hempfing A, Meiss AL. Treatment of chronic radial epicondylitis with botulinum toxin A. A double-blind, placebo-controlled, randomized multicenter study. *J Bone Joint Surg* 2007;89:255-60.

