

Tratamento cirúrgico aberto da epicondilite lateral do cotovelo

Renato Rodrigues Pereira¹, Fabiano Rebouças Ribeiro², Rômulo Brasil Filho³, Cantídio S. Filardi Filho², Eduardo Menniti⁴

RESUMO

Os autores descrevem a técnica do tratamento cirúrgico aberto da epicondilite lateral do cotovelo (“cotovelo de tenista”). Apresentam suas indicações e contra-indicações, avaliação pré-operatória, os tempos cirúrgicos e a condução pós-operatória.

Descritores: Cotovelo de tenista / cirurgia

SUMMARY

The authors describe the technique of the open surgery for the tennis elbow. They present its indication and the surgery planning, the technique step by step and the after cares and complications.

Keywords: Tennis elbow / surgery

INTRODUÇÃO

“A etiologia da epicondilite lateral é variada; sua patologia, obscura; e sua cura, incerta” - esta afirmação feita por Kellogg Speed, em 1923, permanece, de certa forma, atual⁽¹⁾.

A epicondilite lateral do cotovelo é a causa mais comum de dor no cotovelo vista nos consultórios de ortopedia⁽²⁾. Há dois grupos distintos de pacientes com a afecção: um grupo formado por pacientes jovens, atletas que praticam intensamente atividades como tênis, squash, paddle e golf, no qual o sobre-uso é o fator preponderante, e outro grupo, que corresponde a 95% dos casos que é representado por pessoas entre 35 e 55 anos, nas quais o início dos sintomas é relativamente incidiioso e, geralmente, são trabalhadores que exercem atividades de repetição ou esforços intensos isolados⁽³⁾.

Várias teorias quanto à fisiopatologia da epicondilite lateral do cotovelo foram propostas. A teoria mais aceita é a descrita por Nirschl e Pettrone⁽⁴⁾, em 1979, que caracteriza a patologia envolvendo a origem do músculo extensor radial curto do carpo e, em menor grau, a porção ântero-medial do músculo extensor comum dos dedos. A lesão seria resultado da aplicação de tração contínua do tendão destes músculos, resultando em micro-rupturas seguida de formação de fibrose e de tecido de granulação (processo degenerativo). Macroscopicamente o tecido apresenta-se com aspecto friável, brilhante e edematoso^(5 e 6).

1-Residente de Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-SP

2-Assistente do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-SP

3-Chefe do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-SP

4-Colaborador do Grupo de Ombro e Cotovelo do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE-SP

Endereço para correspondência: Centro de Estudos Ortopédicos – HSPE – SP – Rua Borges Lagoa, 1755, 1º andar, sala 180 – V. Clementino – CEP 04038-034 – São Paulo – SP.

A anamnese detalhada é a base para o correto diagnóstico da afecção. O paciente refere dor sobre o epicôndilo lateral, que se irradia ao longo dos músculos extensores. Ao exame físico, o teste de Cozen reproduz a sintomatologia do paciente que, ao realizar a extensão do punho contra a resistência e com o cotovelo em 90° de flexão e o antebraço em pronação, refere dor no epicôndilo lateral. O teste de Mill é realizado com o paciente com a mão fechada, o punho em dorsiflexão e o cotovelo em extensão. O examinador, então, força o punho em flexão contra resistência, provocando dor no epicôndilo lateral⁽²⁾.

Quanto aos exames complementares, o ultra-som ou a ressonância magnética, podem demonstrar a presença de fluido hipocogênico subjacente ao tendão extensor comum dos dedos, laceração e micro-rupturas do tendão (Figura 1)⁽⁷⁾. Miller et al⁽⁸⁾ em estudo comparativo destes dois métodos, demonstraram que a especificidade é semelhante em ambos, porém a ressonância magnética tem maior sensibilidade (entre 90% a 100%).

O tratamento da epicondilite lateral permanece controverso, com grande variedade de modalidades terapêuticas descritas, tanto conservadoras quanto cirúrgicas. As formas de tratamento conservador parecem não alterar a história natural da doença. O tratamento cirúrgico pode ser uma opção após falha do tratamento conservador. Foram descritas várias técnicas cirúrgicas, cada qual sendo defendida pelo seu autor como sendo "a melhor técnica"⁽²⁾.

O objetivo do trabalho é a descrição da técnica cirúrgica de Nirschl, modificada, que dá preferência a uma via de acesso mais limitada e consiste na exposição da origem do tendão do músculo extensor radial curto do carpo, ressecção do tecido degenerado e perfurações ósseas.

INDICAÇÕES

A indicação cirúrgica está baseada no diagnóstico pré-operatório clínico e por imagem (ressonância nuclear magnética ou ultra-sonografia) (Figura 1), nos casos de dor persistente e sem resposta aos métodos conservadores após um período mínimo de seis a doze meses. Também devem ser excluídas outras patologias que possam ser a causa da dor, como osteocondrites e compressão do nervo interósseo posterior⁽⁹⁾.

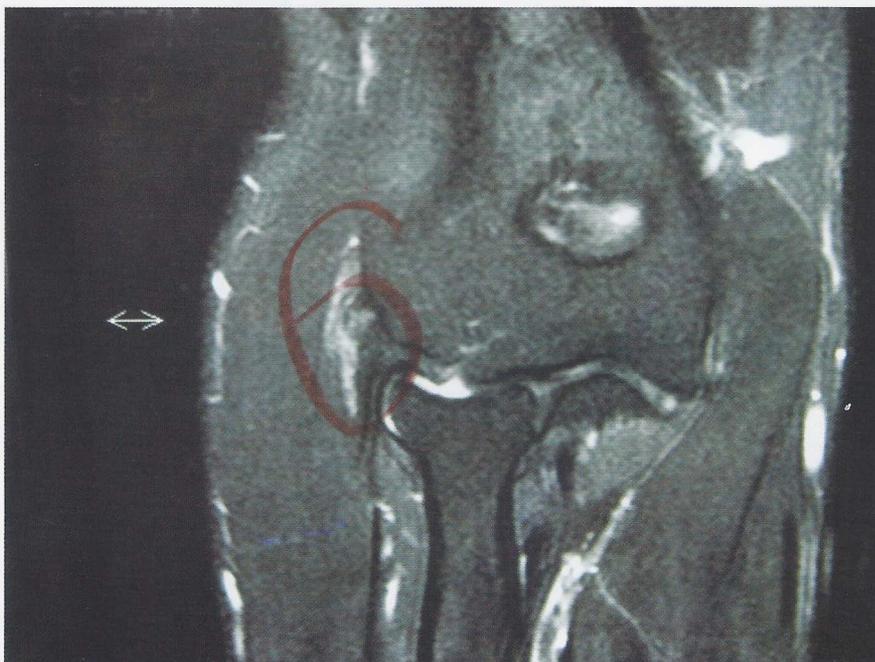


Figura 1: Ressonância magnética mostrando lesão na origem dos tendões extensores do punho e da mão, no epicôndilo lateral.

TÉCNICA CIRÚRGICA

O paciente é submetido à anestesia do tipo bloqueio regional e/ou geral e é colocado em decúbito dorsal com anteparo para o membro superior. Faz-se a assepsia de todo o membro e após posicionamento do garrote pneumático, colocam-se campos cirúrgicos de modo que o cotovelo fique livre. Realiza-se uma incisão curva com 5cm de comprimento, centrado sobre o epicôndilo lateral (Figura 2). A fásia profunda é incisada em linha com a incisão e é afastada. Identifica-se o músculo extensor radial longo do carpo e a origem do músculo extensor comum dos dedos que oblitera parcialmente a visibilização da origem do músculo extensor radial curto do carpo, situado mais profundamente (Figura 3). Uma incisão de 2 a 3 mm de profundidade é feita entre o músculo extensor radial longo do carpo e a aponeurose extensora, estendendo-se de 1 a 2 cm proximal ao epicôndilo lateral, distalmente até o nível da linha articular. O músculo extensor radial longo do carpo é liberado pela dissecação com bisturi e é afastado ântero-medialmente. Este afastamento possibilita a visibilização direta do músculo extensor radial curto do carpo (Figura 4).

A ressecção de todo tecido patológico na origem do tendão do músculo extensor radial curto do carpo é realizada em bloco. Deve ser observado que a origem do músculo extensor radial curto do carpo é liberada do epicôndilo lateral e do bordo anterior da aponeurose extensora. Se a aponeurose extensora anterior possuir alterações patológicas, o tecido patológico também é removido. (Figura 5).



Figura 2: Incisão centrada no epicôndilo lateral.



Figura 3: Identifica-se e afasta-se o músculo extensor radial longo do carpo.

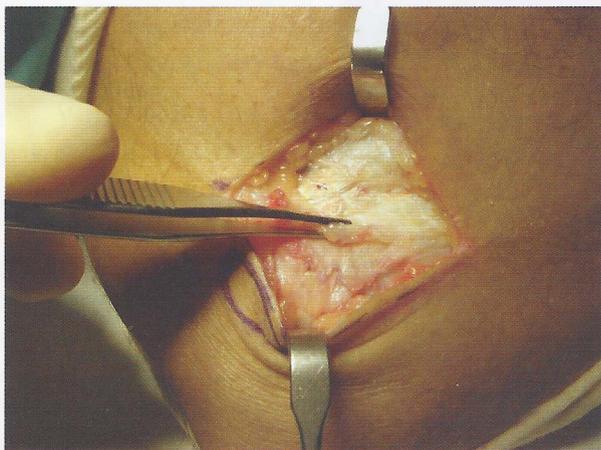


Figura 4: Visibilização direta do músculo extensor radial curto do carpo.

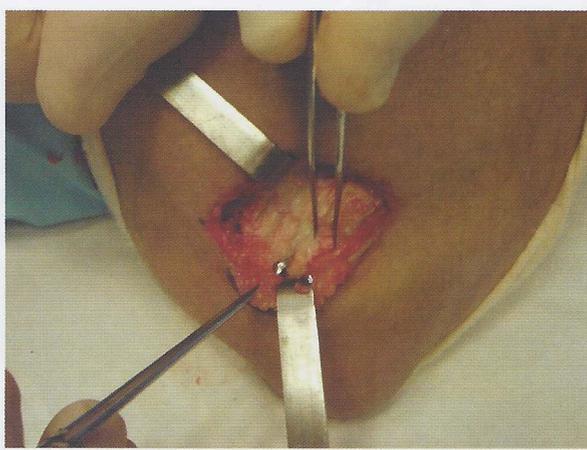


Figura 5: O tecido patológico na inserção do epicôndilo lateral é ressecado.

Em aproximadamente 20% dos casos, ocorre uma exostose ou proeminência do epicôndilo lateral. Nestes casos, o bordo proximal da aponeurose é temporariamente descolado do epicôndilo, para uma exposição adequada, e a exostose é removida com um osteótomo e o local é regularizado com uma lima. Para aumentar o suprimento vascular local, dois a três orifícios são realizados no osso cortical na área do tendão ressecado (Figura 6).

A interface entre o bordo posterior do músculo extensor radial longo do carpo e o restante do bordo anterior da aponeurose extensora são suturados. É desnecessária a sutura do músculo extensor radial curto do carpo. A aponeurose extensora é reparada anteriormente (Figura 7). A região subcutânea é suturada com fios absorvíveis e a pele com mononylon 4.0. É colocada uma tala gessada áxilo-palmar.

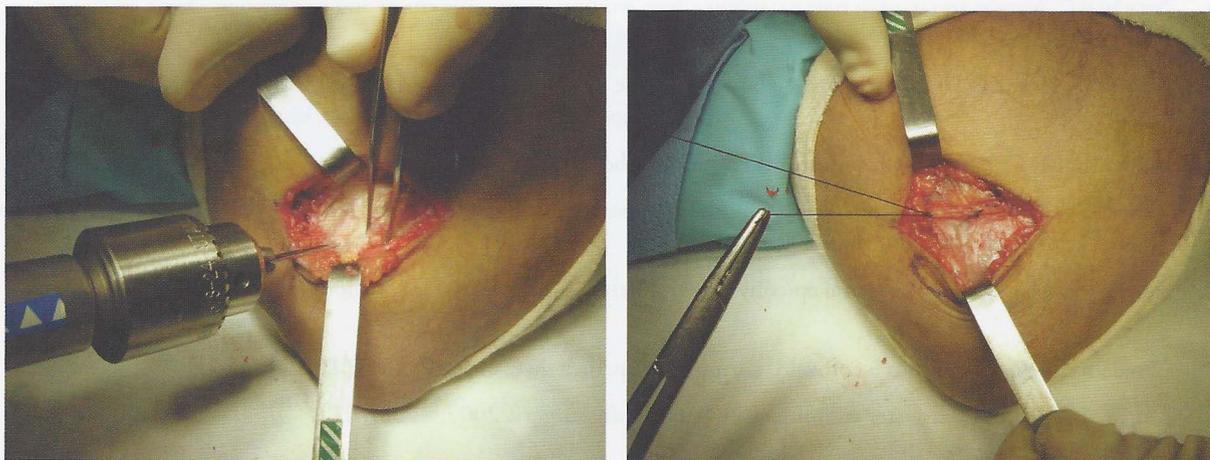


Figura 6: Perfurações ósseas para aumentar a vascularização local. Figura 7: Sutura da aponeurose extensora.

PÓS-OPERATÓRIO

- A tala gessada axilo-palmar é retirada após a primeira semana da cirurgia e são iniciados exercícios para ganho de amplitude de movimentos;
- Após cicatrização da ferida (10 – 14 dias), retira-se os pontos;
- Com 6 semanas de pós-operatório inicia-se fisioterapia.

COMPLICAÇÕES

- Dor residual
- Lesão do ligamento colateral lateral
- Infecção

RECOMENDAÇÃO

- Não perfurar exatamente na ponta do epicôndilo lateral, pois pode gerar um novo ponto doloroso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohen MS, Romeo AA. Lateral epicondylitis: open and arthroscopic treatment. *J Am Surg Hand*. 2001; 1:172-176.
2. Lech O, Piluski PC, Severo AL. Epicondilite lateral do cotovelo. *Rev Bras Ortop*, agosto 2003.
3. Morrey BF, Bennett JB, Coonrad RW, Nirschl RP, Tullos HS. Symposium: management lateral epicondylitis. *Contemp Orthop*. 1986; 13: 53-84.
4. Nirschl RP, Pettrone FA. Tennis elbow: The surgical treatment of lateral epicondylitis. *J Bone Joint Surg*. 1979; 61: 832-839.
5. Nirschl RP. "Muscle and tendon trauma: tennis elbow tendinosis". In: *The elbow and its disorders*, 3a ed. Philadelphia, Saunders, 2000, p.523-535.
6. Boyer MI, Hastings H. Lateral tennis elbow: "Its there a science out there?" *J Shoulder Elbow Surg*. 1999; 8: 481-491.
7. Putnam DM, Cohen M. Painful conditions around the elbow. *Orthop Clin North Am* 1999; 30: 109-118.
8. Miller TT, Shapiro MA, Schultz E, Kalish PE. Comparison of sonography and MRI for diagnosing epicondylitis. *J Clin Ultrasound*. 2002; 30: 193-202.
9. Savoie FH. Management of lateral epicondylitis with percutaneous release. *Tech shoulder Elbow Surg*. 2001; 2: 243-246.
10. Canale ST. Lesão do ombro e cotovelo. *Cirurgia ortopédica de Campbell*. 2003; 10: 2361-2363.
11. Morrey FB. Cotovelo. *Master techniques in orthopaedic surgery*. 2005; 2: 207-212.