

Quando
Movimento
Dói



Avalie
Compreenda
Aja

ANO MUNDIAL CONTRA DOR MUSCULOESQUELÉTICA OUTUBRO 2009 - OUTUBRO 2010

Epicondilite Lateral

Introdução

Epicondilite Lateral (EL) é um distúrbio musculoesquelético caracterizado por dor local e hiperalgesia mecânica no epicôndilo lateral, que pode se espalhar para o antebraço e punho, e diminuir o desempenho de força manual, particularmente dos músculos extensores do punho.

Epidemiologia e Economia

- EL é um distúrbio relativamente comum da extremidade superior, afetando 1-3% da população geral e 15% dos trabalhadores manuais.
- A prevalência da EL é maior em adultos na faixa etária dos 30 e 50 anos, sem prevalência de sexo.
- O impacto da EL acarreta em importante incapacidade física e de trabalho.

Fisiopatologia

A fisiopatologia da EL não é completamente compreendida. Várias alterações morfológicas de neurotransmissores e neurosensoriais e motoras têm sido recentemente envolvidas na patogênese:

- Alterações morfológicas: Patologia tissular, incluindo alterações degenerativas consistentes com tendinopatia, particularmente no músculo extensor radial curto do carpo.
- Neurotransmissores: níveis mais elevados de substâncias algogênicas (por exemplo, substância P, glutamato e peptídeo relacionado ao gene da calcitonina, com exceção de marcadores inflamatórios (por exemplo, a prostaglandina E2).
- Alterações neurosensoriais: áreas maiores de dores musculares referidas, pontos gatilhos bilaterais, sensibilidade generalizada à dor mecânica (amplificação central algica ou sensibilização central).
- Distúrbios motores: disfunção motora bilateral na forma de redução do tempo de reação e velocidade de movimento.

Características clínicas

- Normalmente a EL tem início gradual provocado por microtraumas repetitivos (por exemplo, dor muscular de início tardio).
- A dor é descrita como profunda, forte, latejante, com a sensação nos músculos do antebraço e às vezes dormência.
- Sintomas clínicos associados com a EL são déficits de força de preensão e sintomas dolorosos no pescoço e nos ombros.
- Pacientes com EL têm uma reação anormal ao estímulo algico:
 - Os pacientes têm um limiar reduzido de dor para estímulos mecânicos e frios na área sintomática.
 - Os pacientes têm hiperalgesia de dor mecânica expandida em tecidos profundos.
 - A infusão de solução salina hipertônica desperta uma dor muscular referida e de maior duração que se espalha para uma área maior, do que em pacientes saudáveis.
 - A exploração manual bilateral dos pontos gatilhos desencadeia dor referida que se expande para uma maior área do que nos controles saudáveis, no antebraço sintomático como no antebraço contralateral assintomático.

Critérios de Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico para a EL são mais comumente usados em estudos científicos, consistem de:

- 1) Dor espontânea na parte lateral do cotovelo
- 2) Dor à palpação no epicôndilo lateral
- 3) Dor à preensão no cotovelo e/ ou antebraço
- 4) Força de preensão diminuída clinicamente relatada no braço afetado
- 5) Dor no cotovelo com contração estática de resistência ou de alongamento dos músculos extensores.

Diagnóstico e tratamento

O tratamento do EL é multidisciplinar, embora as terapias físicas sejam as mais comumente utilizada:

- A aplicação tópica de antiinflamatórios não esteroidais é eficaz para o alívio da dor de curta duração.
- A injeção de corticóide propicia o alívio da dor de curta duração, mas não a de longa duração.
- O ultra-som terapêutico é eficaz para o alívio da dor.
- Programas de exercícios, incluindo contrações excêntricas dos músculos do punho são necessárias para diminuir a dor e melhorar a função.
- A crioterapia é indicada para a diminuição da dor em alguns pacientes.
- A fisioterapia, em particular a mobilização da articulação, é eficaz tanto para as dores de curta, como para as de longa duração.

*Tradução Dr. Levi Higino Jales Jr.
e Dr. Carlos Maurício de Castro Costa*

Referências:

1. Fernández-Carnero J, Fernández-de-las-Peñas C, De-la-Llave-Rincón AI, Ge HY, Arendt-Nielsen L. Bilateral myofascial trigger points in the forearm muscles in chronic unilateral lateral epicondylalgia: a blinded controlled study. *Clin J Pain* 2008;24:802–7.
2. Fernández-Carnero J, Fernández-de-las-Peñas C, De-la-Llave-Rincón A, Ge HY, Arendt-Nielsen L. Widespread mechanical pain hypersensitivity as sign of central sensitization in unilateral lateral epicondylalgia: a blinded, controlled study. *Clin J Pain* 2009; in press.
3. Ljung B, Alfredson H, Forsgren S. Neurokinin 1 -receptors and sensory neuropeptides in tendon insertions at the medial and lateral epicondyles of the humerus: studies on tennis elbow and medial epicondylalgia. *J Orthop Res* 2004;22:321–7.
4. Pfefer MT, Cooper SR, Uhl NL. Chiropractic management of tendinopathy: a literature synthesis. *J Manipulative Physiol Ther* 2009;32:41–52.
5. Slater H, Arendt-Nielsen L, Wright A, Graven-Nielsen T. Sensory and motor effects of experimental muscle pain in patients with lateral epicondylalgia and controls with delayed onset muscle soreness *Pain* 2005;114:118–30.

