

TENOSSINOVITE DE QUERVAIN: ASPECTOS DO TRATAMENTO

De Quervain tenosynovitis treatment aspects
Liliane Dias Oliveira¹

RESUMO

A tenossinovite do primeiro compartimento extensor do punho, também denominada Tenossinovite de De Quervain é uma enfermidade recorrente, de etiologia ainda desconhecida, acometendo usualmente mulheres na faixa etária entre 30 e 50 anos. Entidade clínica que envolve os tendões dos músculos extensor curto do polegar e abdutor longo do polegar no primeiro compartimento. As variações anatômicas são frequentes, constituídas principalmente por tendões extra-numerários, septações do primeiro compartimento e inserções tendinosas anômalas. O diagnóstico é clínico através de anamnese e exame físico, dor na borda radial do punho e positividade do teste de Finkelstein. O tratamento conservador tem boa resposta, principalmente quando empregado infiltração com corticosteroides e deve ser a primeira abordagem. Já o tratamento cirúrgico fica reservado aos casos refratários ao tratamento conservador.

Palavras-chave: tenossinovite, De Quervain, primeiro túnel extensor, infiltração.

ABSTRACT

The tenosynovitis of the first wrist extensor compartment, also called De Quervain's Tenosynovitis is a recurrent disease and a still unknown etiology, usually affecting women between the ages of 30 and 50 years. Clinical entity that involves the tendons of the short extensor of the thumb and the long abductor of the thumb in the first extensor tunnel. Anatomical variations are frequent, consisting mainly of extra tendons, separations of the first extensor tunnel and anomalous tendon insertions. The diagnosis is clinical through anamnesis and physical examination, pain in the radial border of the wrist and positivity of the Finkelstein test. Conservative treatment has a good response, especially when used corticosteroid infiltration and should be the first approach. The

¹ Médica Residente de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Naval Marcílio Dias.

Recebido em 17/11/2018.

Aceito para publicação em 03/03/2019.

surgical treatment is recommended for cases refractory to conservative treatment.

Keywords: De Quervain's Tenosynovitis, first wrist extensor compartment, infiltration.

INTRODUÇÃO

A tenossinovite do primeiro compartimento osteofibroso extensor do punho também conhecida como Doença de De Quervain é causa comum de dor e incapacidade do punho e da mão^{1,2,3}. Fritz De Quervain descreveu a doença em 1895 como uma incompatibilidade de volume entre o conteúdo e o continente no primeiro compartimento extensor do punho^{1,4}. Histopatologicamente, a doença não é caracterizada por reação inflamatória, mas espessamento sinovial, degeneração mixoide e acúmulo de mucopolissacarídeos^{1,3,5}. O primeiro compartimento extensor é o mais radial dos compartimentos, localizado sobre a estilóide radial, é composto pelos tendões do músculo abductor longo do polegar e músculo extensor curto do polegar, porém variações anatômicas são muito frequentes, constituídas principalmente por tendões extra-numerários, septações do primeiro compartimento extensor e inserções tendíneas anômalas^{2,6,7}. Até onde foi possível verificar, não há comprovação

científica que a condição seja causada pelo sobreuso, seja ele ocupacional ou recreacional^{2,3,8}. Ao contrário, a análise de séries históricas documenta sua maior prevalência em mulheres jovens no período gestacional e de amamentação e em mulheres entre trinta e cinquenta anos de idade, mesmo em épocas que as mulheres pouco participavam do mercado de trabalho braçal^{8,9,10}. O sobreuso pode exacerbar os sintomas, mas a causa da tenossinovite é desconhecida, sendo provável uma participação importante dos fatores genéticos^{2,3,10,11}. O diagnóstico é clínico, mediante anamnese detalhada e exame físico onde pode ser encontrado dor na borda radial do punho, edema e crepitações^{8,10,12}. Existem manobras diagnósticas que reproduzem o movimento do punho que desencadeia a sintomatologia, como o teste de Finkelstein. Este teste consiste em realizar um desvio ulnar do punho mantendo o polegar aduzido e fletido na palma. Quando o paciente refere dor no processo estilóide do rádio, diz-se um teste positivo^{3,12}. Alguns exames

complementares podem ser indicados para a confirmação da doença ou seus diagnósticos diferenciais^{3,8,13}. As radiografias simples do punho, por exemplo, podem evidenciar alterações na região da estilóide radial⁷. Os exames radiográficos da base do polegar podem diagnosticar artrose carpo-metacarpal, que pode apresentar-se com sintomatologia semelhante^{8,14}. A ultrassonografia assim como a ressonância nuclear magnética podem mostrar variações anatômicas como tendões extra-numerários, septações, inserções tendinosas assim como processo inflamatório do primeiro compartimento extensor, evidenciando presença de líquido no interior do compartimento, edema ou espessamento da bainha, cistos ou focos de fibrose^{4,6,13,15,16,17}. O tratamento da Doença de De Quervain envolve medidas conservadoras e cirúrgicas. O tratamento conservador está indicado como tratamento inicial em todos os pacientes^{3,10,11,18}. Os métodos não cirúrgicos incluem imobilização, analgésicos comuns, antiinflamatórios não esteroidais, infiltrações com corticoides e fisioterapia assim como suas associações. Os pacientes que não apresentam resultados satisfatórios com

a abordagem conservadora e são submetidos ao tratamento cirúrgico, podem apresentar, de modo geral, variações anatômicas como septações no primeiro compartimento extensor^{11,14,28,29}.

CASUÍSTICA E MÉTODO

O presente artigo foi realizado com base em artigos científicos em sites de busca online como PubMed e Scielo (Scientific Electronic Library Online), datados entre os anos de 1951 a 2018, com as palavras chaves: “Doença de De Quervain”, “tratamento De Quervain”, “primeiro compartimento dorsal”, “infiltração com corticoide”. A pesquisa bibliográfica incluiu artigos originais e artigos de revisão com acesso on-line ao texto integral, artigos escritos em português e em inglês além de livros de ortopedia, anatomia e recursos terapêuticos. Os critérios de exclusão foram artigos que não abordaram o tema proposto e artigos em que o objetivo do estudo não correspondeu ao tema proposto pela presente revisão. Foram encontrados 95 artigos; após análise, 43 foram considerados para o presente trabalho.

DISCUSSÃO

O tratamento da doença de De Quervain deve ser iniciado pelos métodos conservadores em todos os pacientes^{3,10,11,18}. Existem diversas opções de tratamento conservador como o uso de analgésicos comuns, antiinflamatórios não esteroidais, fisioterapia, imobilizações assim como suas associações, porém resultados mais satisfatórios são encontrados com emprego de infiltrações com solução de corticosteroides e anestésico local^{18,19}. As infiltrações com corticosteroides são efetivas e devem ser realizadas em ambas as bainhas dos músculo abdutor longo e extensor curto do polegar, especialmente nos 5 pacientes portadores de septações 20. A mobilização ativa do punho e polegar é imediatamente estimulada^{18,21}. As taxas de sucesso após a primeira infiltração podem chegar à 70% dos casos, as taxas de recidivas não são comuns e uma segunda infiltração pode ser realizada em 10% dos pacientes^{18,21,22}. As infiltrações possuem uma maior taxa de sucesso quando realizadas com o auxílio da ultrassonografia, já que localiza o compartimento e as possíveis septações²³. Apesar do alto percentual de

resposta ao tratamento, as infiltrações não são isentas de complicações, podendo estar associadas a um aumento transitório da dor, despigmentação da pele e necrose ou atrofia subcutânea, o que deve ser esclarecida ao paciente previamente ao procedimento^{21,24,25}. O tratamento cirúrgico fica reservado aos casos refratários ao tratamento conservador, ou seja, pacientes que permaneceram sintomáticos por mais de seis meses apesar das medidas terapêuticas adotadas^{11,14,18,19}. O objetivo é a descompressão do primeiro compartimento extensor do punho e a liberação dos tendões nele contidos assim como suas septações. A cirurgia é efetiva e definida como terapia definitiva para a tenossinovite estenosante²⁵. A técnica cirúrgica escolhida tem grande relevância devido às possíveis complicações do procedimento^{8,18}. A liberação endoscópica apresenta menor chance de lesão nervosa e formação de cicatriz dolorosa ou antiestética, porém não há evidência de melhores resultados clínicos em comparação com o método aberto^{26,27}. A técnica cirúrgica aberta pode ser realizada por incisão longitudinal, transversal ou oblíqua^{3,8}. A incisão longitudinal tende a proteger

mais o nervo sensitivo radial, que tem seu trajeto subcutâneo sobre o primeiro compartimento extensor porém são associadas a cicatrizes hipertróficas e aderências aos nervos cutâneos e tendões. Já as 6 incisões transversas e oblíquas, paralelas as linhas de força da pele, são mais cosméticas, porém colocam o nervo sensitivo radial sob maior risco^{3,8,19,26}. Após a incisão da pele, o túnel é exposto por dissecação romba, o nervo radial é protegido e a secção longitudinal do retináculo deve ser realizada na sua porção mais dorsal o que mantém um suporte volar aos tendões. Tal abordagem evita a subluxação palmar dos tendões, uma complicação rara que está associada a não remissão dos sintomas^{3,26,28}. A seguir a abertura do retináculo, o compartimento deve ser inspecionado à procura de variações anatômicas como túneis acessórios, tendões e músculos supranumerários. A não abordagem dessas variações pode ser responsável pela persistência do quadro álgico^{4,6,29}. Das complicações descritas na literatura, a principal e mais temida é a lesão do nervo sensitivo radial com consequente formação de neuroma, cuja sintomatologia pode ser mais importante

que a da tenossinovite estenosante. Parestesias ou hipoestésias no território radial podem ser queixas no pós-operatório imediato e devem ser observadas pois tendem a se resolver nas três primeiras semanas após o procedimento cirúrgico^{3,30}.

CONCLUSÃO

Na prática clínica do cirurgião ortopédico, a dor é o sintoma clínico mais comum e a tenossinovite estenosante é uma das causas de dor no punho. Doença de caráter limitante, a tenossinovite de De Quervain impede os pacientes de realizar suas atividades laborais e do dia a dia^{1,2,3}. O objetivo do tratamento é um punho indolor, baixas taxas de recidiva e, nos casos refratários às medidas não cirúrgicas, um bom resultado cirúrgico tanto estético quanto funcional^{3,11,14}. O tratamento conservador está indicado como terapia inicial a todos os pacientes^{3,10,11,18}. Após revisão da literatura científica disponível, a infiltração com corticosteroides apresenta bons resultados e mostra uma taxa de sucesso de aproximadamente 70% dos pacientes portadores da Doença de De Quervain, sendo necessário uma segunda

infiltração em apenas 10% dos casos^{18,21,22}. A cirurgia fica reservada ao grupo que não obteve resposta ao tratamento conservador, ou seja, pacientes que mantiveram os sintomas por seis meses apesar do tratamento clínico inicial^{11,14,18,19}. Nesta situação é provável a existência de uma variação anatômica, como o tendão do músculo extensor curto do polegar dentro de um compartimento separado ou o tendão do músculo abdutor longo do polegar duplicado^{6,10,20,29}. Em suma, a doença de De Quervain deve ser tratada inicialmente pelos métodos conservadores, especial interesse nas infiltrações com corticosteroides que apresentam altas taxas de remissão da sintomatologia.

REFERÊNCIAS

1. Lalonde DH, Kozin S. Tendon disorders of the hand. *Plast Reconstr Surg* 2011;128(1):1e-14e.
2. Robinson RA. De Quervain's disease. *J Chronic Dis.* 1956;3(5):563-5.
3. Pires PR, Pires Jr PR, Schneiter HG. Tenossinovite De Quervain. In: Barretto JM, Cristante AF; Faloppa F, Ayzemberg H. *Mão e punho*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p.209-19.
4. Leão L. De Quervain's Disease: A Clinical and Anatomical Study. *J Bone Joint Surg* 1958;40:1063-70.
5. Clarke MT, Lyall HA, Grant JW, Matthewson MH. The histopathology of De Quervain's disease. *J Hand Surg Br* 1998;23(6):732-4. 8
6. Giles KW. Anatomical Variations Affecting The Surgery Of De Quervain's Disease. *J Bone Joint Surg* 1960;42(2):352-355.
7. Loomis LK. Variations of Stenosing Tenosynovitis at the Radial Styloid Process. *J Bone and Joint Surg* 1951;33:340-346.
8. Wright II, PE. Túnel do carpo, túnel ulnar e tenossinovite estenosante. In: Canale S, Beaty J, Azar F. *Campbell Cirurgia Ortopédica*. 13. ed. São Paulo: Elsevier Editora Ltda; 2016. p.3761-78.
9. Avci S, Yilmaz C, Sayli U. Comparison of nonsurgical treatment measures for De Quervain's disease of pregnancy and lactation. *J Hand Surg* 2002 Mar;27(2):322-4.
10. Wolfe SW, Hotchkinn RN, Pederson WC, Kozin SH. *Green's operative hand surgery*. 6.ed. Philadelphia, PA: Elsevier;2010.

11. Weiss AP, Akelman E, Tabatabai M. Treatment of De Quervain's disease. *J Hand Surg* 1994;19(4):595-8.
12. Pardini Júnior AG. Punho. In: Barros Filho TEP, Lech O. Exame físico em ortopedia. 3.ed. São Paulo: Sarvier; 2017.p.157-70.
13. Medeiros MSD, Santana DVG, Douza GD, Souza LRQ. Tenossinovite de Quervain: aspectos diagnósticos. *Rev Med Saude Brasilia* 2016;5(2):307-12.
14. Snider RK. Tratamento das doenças do sistema musculoesquelético. São Paulo: Editora Manole;2000.
15. Arend CF. Tenossinovite e sinovite do primeiro compartimento extensor do punho: o que o ultrassonografista precisa saber. *Radiol Bras* 2012 Jul/Ago;45(4):219–224.
16. Boyer LMH, Badiane M. Role of US in the management of de Quervain's tenosynovitis: review of 22 cases. *J of radiologyc* 2008;89(9):1081-4.
17. Alves MPT, Tzirulnik M, Moraes GP. Avaliação clínico-ultra-sonográfica da tenossinovite estenosante de De Quervain. *Rev Bras Ortop* 2000;35(4):310-15.
18. Harvey FJ, Harvey PM, Horsley MW. De Quervain's disease: surgical or nonsurgical treatment. *J Hand Surg Am* 1990;15(1):83-7.
19. Kaneko S, Takasaki H, May S. Application of mechanical diagnosis and therapy to a patient diagnosed with De Quervain's disease: a case study. *J Hand Ther* 2009;22(3):278- 83.
20. Witt J, Pess G, Gelberman RH. Treatment of Quervain tenosynovitis. A prospective study of the results of injection of steroids and immobilization in a splint. *J Bone Joint Surg Am* 1991;73:219-22. 9
21. Peters-Veluthamaningal C, Winters JC, Groenier, KH, Meyboom-deJong B. Randomised controlled trial of local corticosteroid injections for de Quervain's tenosynovitis in general practice. *BMC musculoskeletal disorders* 2009;10(1):131.
22. Zingas C, Failla JM, Van Holsbeeck M. Injection accuracy and clinical relief of De Quervain's tendinitis. *J Hand Surg Am* 1998;23(1):89-96.
23. McDermott JD, Ilyas AM, Nazarian LN. Ultrasound-guided injections for de Quervain's tenosynovitis. *J Hand Surg* 2012;18(7):25-31.
24. Louis DS, Hankin FM, Eckenrode JF. Cutaneous atrophy after

- corticosteroid injection. *Am Fam Physician* 1986;33:183-186.
25. Kent T. Patient satisfaction and outcomes of surgery for de Quervain's tenosynovitis. *J Hand Surg* 1999;24(5):1071-4.
26. Belsole RJ. De Quervain's tenosynovitis: diagnostic and operative complications. *Orthopedics* 1981;4:899-903.
27. Nascimento TF, D'Elia LFB, Alves LOG. Estudo randomizado do tratamento cirúrgico na síndrome do túnel do carpo. *Rev Bras Ortop* 2007;12:47-50.
28. Littler JW, Freedman DM, Malerich MM. Compartment reconstruction for De Quervain's disease. *J Hand Surg* 2002;27:242-244.
29. Kulthanan T, Chareonwat B. Variations in abductor pollicis longus and extensor pollicis brevis tendons in the Quervain syndrome: a surgical and anatomical study. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2007;41:36-8.
30. Abrams RA, Brown RA, Botte MJ. The superficial branch of the radial nerve: an anatomic study with surgical implications. *J Hand Surg Am* 1992;17(6):1037-41.