

Tenossinovite de Quervain: aspectos diagnósticos

Quervain's Tenosynovitis: diagnostics aspects

Maisa da Silva Dulci Medeiros ¹, Diego Vinícius Gonçalves Santana ¹,
Gleim Dias de Souza ², Luciana Rodrigues Queiroz Souza ²

Resumo

A tenossinovite do primeiro compartimento extensor do punho ou também reconhecida como Tenossinovite de Quervain é uma doença musculoesquelética comumente associada à sobrecarga. Seu diagnóstico é clínico através de anamnese e exame físico baseado na ocorrência de dor local e positividade ao Teste de Finkelstein. Caso o diagnóstico clínico não seja consistente, exames de imagem podem ser solicitados, a fim de, elucidar melhor o diagnóstico. A RM é a modalidade de exame que fornece melhor contraste entre os tecidos e consiste em uma forte arma no diagnóstico de tal doença, uma vez que, aponta alguns achados que corroboram para um diagnóstico conclusivo, excluindo também outros diagnósticos diferenciais.

Palavras chave: Tenossinovite de Quervain; diagnóstico; imagem.

Abstract

Tenosynovitis of the first extensor compartment of the wrist or also known as De Quervain's tenosynovitis is a musculoskeletal disease commonly associated with overhead. The diagnosis is clinical through anamnesis and physical examination based on the occurrence of local pain and positivity to Finkelstein's test. If the clinical diagnosis is not consistent, imaging tests may be required in order to better elucidate the diagnosis. MRI is the test mode that provides better contrast between tissues and consists of a powerful tool in diagnosis of such disease, since some findings corroborate points for a conclusive diagnosis, differential diagnosis also excluding others.

Keywords: Quervain's tenosynovitis; diagnosis; image.

1. Acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

2. Médico, doutor, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal, docente do Curso de Medicina da Universidade Católica de Brasília

3. Médica, mestre, radiologista do Hospital de Base do Distrito Federal

E-mail do primeiro autor: maysadulci.med@gmail.com

Recebido em 30/04/2016

Aceito, após revisão, em 18/06/2016

Introdução

A tenossinovite do primeiro compartimento extensor do punho é também reconhecida como Tenossinovite de Quervain, em homenagem ao cirurgião suíço Fritz de Quervain que apresentou uma série de casos em 1895.^{1,5,7} Consiste em uma tenossinovite dos tendões e bainhas sinoviais envolvendo os tendões adutor longo e extensor curto do polegar, responsáveis pelo movimento de preensão do polegar, provocando dor e inchaço ao realizar movimentos de extensão ou abdução.⁵ A inflamação local leva ao espessamento da bainha tendinosa promovendo a constrição do tendão durante seu deslizamento, agravando a sintomatologia do paciente^{7,8}.

Inúmeras referências apontam a Tenossinovite de Quervain como uma doença musculoesquelética relacionada ao trabalho devido sobrecarga^{1,5}. Porém, alguns estudos apontam relatos da Tenossinovite de Quervain há séculos, com maior prevalência em mulheres, numa época onde não havia ocorrência de mulheres no mercado de trabalho, levantando a hipótese de outros fatores relacionados à concepção de tal enfermidade como; fatores genéticos e variedades anatômicas^{1,6}.

O diagnóstico clínico se dá por uma anamnese detalhada a fim de se identificar fatores causais e pelo exame físico baseado no achado de dor puntiforme junto ao processo estilóide do rádio, que piora com os

movimentos de extensão e abdução e positividade ao teste de Finkelstein¹. Caso o diagnóstico clínico seja consistente não há necessidade de exames complementares.^{1,9} Alguns exames complementares são imprescindíveis como diagnóstico diferencial, a radiografia de punho, por exemplo, pode ser essencial na exclusão de fraturas e a eletromiografia na exclusão de acometimento do nervo radial.

O tratamento clínico com antiinflamatórios ou injeções de corticosteróides e terapia local com sessões de acupuntura têm demonstrado bons resultados descritos na literatura¹. Porém a tolerância sintomatológica ao tratamento clínico requer uma análise mais detalhada do primeiro compartimento, fazendo-se necessário o uso da ressonância magnética⁹.

Métodos

O presente trabalho foi baseado em artigos científicos publicados entre os anos 2011 e 2016, obtidos através das bases de dados LILACS-BIREME, SCIELO e PUBMED, utilizando “Tenossinovite De Quervain”, “ressonância magnética”, “diagnóstico”, e seus equivalentes em inglês como palavras-chave de busca.

A pesquisa bibliográfica incluiu artigos originais, artigos de revisão, editoriais e diretrizes escritos nas línguas inglesa e portuguesa.

Discussão

O diagnóstico clínico de Tenossinovite de Quervain é baseado na história clínica e exame com presença de dor puntiforme junto ao processo estilóide do rádio, que piora com a movimentação do punho ou do primeiro quirodáctilo. Edema subcutâneo pode ser encontrado em alguns pacientes. O Teste de Finkelstein é um bom instrumento diagnóstico por possuir boa sensibilidade e especificidade. Ele é realizado pela flexão do polegar, envolvendo-o com os outros dedos, em seguida, movendo a mão no sentido ulnar, que passivamente alonga os tendões do polegar sobre o processo estilóide. É considerado positivo quando o paciente refere dor.¹²

Caso o diagnóstico não for fechado clinicamente, pode realizar exames de imagem como radiografia, eletromiografia / estudos de condução nervosa, exames de sangue e de ressonância magnética (RM) ou ultra-sonografia (US) para avaliar quanto a diagnósticos diferenciais.²

A utilização de US para seu diagnóstico tem ganhado importância ao longo do tempo, principalmente pela sua objetividade não conferida pelo diagnóstico clínico. Seu achado típico é o espessamento e a hipocogenicidade da bainha tendínea na altura do processo estilóide do rádio. Em relação a este espessamento, por se tratar de uma avaliação examinador-dependente, em caso de dúvida diagnóstica, pode comparar

com o compartimento contralateral. Em casos mais crônicos, erosão óssea pode estar associada, de fisiopatogenia desconhecida.^{1,4}

Alguns aspectos observados são considerados predisponentes para o surgimento da doença, como a existência de um septo vertical dividindo o primeiro compartimento, e a presença de tendões acessórios do adutor longo do polegar. É importante documentar essas variantes normais porque ambos os subcompartimentos precisar ter liberação cirúrgica ou injeções de esteróides. Sendo assim a US pode confirmar o diagnóstico, acompanhar as lesões, e orientar o tratamento conservador no momento de injeção de esteróides.^{1,4,7}

Se ainda persistir dúvida diagnóstica ou o paciente não responder ao tratamento iniciado uma RM pode ser considerada para avaliar melhor o primeiro compartimento extensor. A RM é a modalidade de exame que fornece melhor contraste entre os tecidos quando comparada à radiologia convencional e à tomografia computadorizada, sendo muito útil nas avaliações das lesões do sistema musculoesquelético.^{2,3,6}

A RM mostra achados descritos por Glajchen et al (2013) como o aumento da espessura do tendão dentro do primeiro compartimento extensor ao nível da extremidade distal do rádio e aumento de sinal no interior da bainha sinovial, indicando tenossinovite.^{2,3} (Figura 1).

Relacionando o exame físico com as imagens obtidas pela RM podemos associar a massa de tecido mole ao espessamento da bainha do tendão do primeiro compartimento extensor e a localização clássica Tenossinovite de Quervain, ao nível do aspecto dorsolateral distal do processo estilóide radial.⁴ (Figura 2).

Um estudo realizado com mulheres entre 34 e 41 anos com apresentação clínica compatível com Tenossinovite de Quervain, mostrou os sinais clássicos de tal doença,

diminuição da intensidade de sinal em T1 e T2 dentro e em torno da região do primeiro compartimento extensor do pulso, e aumento da intensidade de sinal em imagens de turbo STIR, em todos os pacientes. Em relação ao uso de contraste notou-se evidência de aumento de contraste em torno do primeiro compartimento. A bainha do tendão foi espessada em todos os casos, e não houve evidência de fluido no interior da bainha do tendão.⁴



Figura 1: Sequências coronais (a) T1 e (b) T2 FATSAT e sequências axiais (c) T1 e (d) T2 FAT SAT. Demonstrando espessamento focal difuso dos tendões com intensidade de sinal intermediário em (a) e (b) coronal, representado, respectivamente, pelos sinais círculo e seta. Destaca-se, em círculo vermelho, o hipersinal adjacente a bainha dos tendões na sequência axial (d).

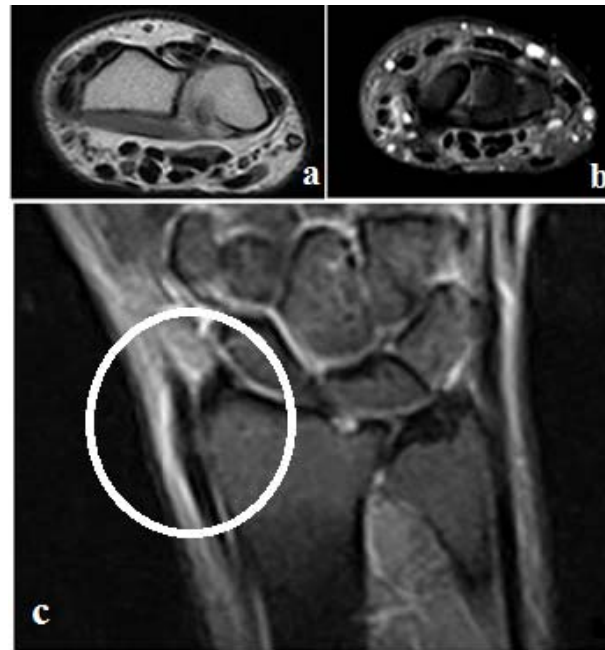


Figura 2: Sequências axiais (a) T1 e (b) T2 FATSAT. Sequência coronal em (c) T2 FATSAT, com o círculo evidenciando espessamento da bainha dos tendões com hipersinal devido a leve edema associado.

Tais achados nos fazem pensar em alguns diagnósticos diferenciais como infecções atípicas, fratura do escafoide, fraturas não consolidadas, artrite radioescafoide, síndrome intersecção e artrite comum trapeziometacarpal. Para descartá-los deve realizar uma avaliação cuidadosa da anatomia do primeiro compartimento extensor, especialmente no plano axial, além de excluir outros transtornos ósseos nas imagens no plano coronal.^{3,4}

Conclusão

O diagnóstico por imagem vem ganhando cada vez mais importância não

somente na identificação de doenças do sistema musculoesquelético, mas também em seu acompanhamento e tratamento. Sendo assim conhecer suas indicações e achados esperados passa a ser fundamental para todo clínico.

Referências

1. 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.
2. Shehab R, Mirabelli MH. Evaluation and Diagnosis of Wrist Pain: A Case-Based

- Approach. *American Family Physician*. 2013 Apr; 87(8):568-73
3. Beber MB, Oliveira LCMA, Pegado JF, Carlos CJA. Ressonância magnética na síndrome da interseção do antebraço: ensaio iconográfico. *Radiol Bras*, Apr 2013; 46 (2): 117-121.
 4. Anderson SE, Steinbach SL, De Monaco D, Bonel HM, Hurtienne Y, Voegelin E. "Baby Wrist": MRI of an Overuse Syndrome in Mothers. *American Journal of Roentgenology*. 2004;182: 719-724. 10.221
 5. Petit Le Manac'h A, Roquelaure Y, Veaudor M, Descatha A, Goldberg M, Imbernon E et al. Risk factors for de Quervain's disease in a French working population. *Scand J Work Environ Health*. 2011Sep;37(5):394-401
 6. Stahl S, Vida D, Meisner C, Stahl AS, Schaller HE, Held M. Work related etiology of de Quervain's tenosynovitis: a case-control study with prospectively collected data. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015; 126(16): 222-5.
 7. URIBE, William Albeiro Jimenez; BUENDIA, Gisela Del Pilar Puentes; RODRIGUEZ, Juan Manuel Florez and VIEIRA FILHO, José de Gervais Cavalcante. Tenossinovites De Quervain: uma nova proposta no tratamento cirúrgico. *Rev. Bras. Cir. Plást. (Impr.)* 2010; 25(3): 465-469.
 8. Diop AN, Ba-Diop S, Sane JC, Sy MH, Boyer L, Badiane M et al. Role of US in the management of de Quervain's tenosynovitis: review of 22 cases. *Journal of radiology*. 2008; 89(9):1081-4 .
 9. Uribe WAJ, Buendia GDPP, Rodrigues JMF, Vieira F, Cavalcante JG. Tenossinovites De Quervain: uma nova proposta no tratamento cirúrgico. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2010; 25(3): 465-469.
 10. Kuo YL, Hsu CC, Kuo LC, Wu PT, Shao CJ, Wu KC et al. Inflammation is present in de Quervain Disease--correlation study between biochemical and histopathological evaluation. *Ann Plast Surg*. 2015; 74(2):146-51.
 11. Asif MI, Michael A, Alyssa AS, Joseph T. de Quervain Tenosynovitis of the Wrist. *J AmAcadOrthopSurg*. 2007; 15(12): 757-764.