

Síndrome do túnel cubital

Síndrome do túnel cubital: pressão sobre o nervo ulnar na parte interna do cotovelo.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A síndrome do túnel cubital ocorre quando o nervo ulnar, o nervo que passa por um túnel na parte interna do cotovelo, é comprimido. A sensação típica é dormência e formigamento no dedo mínimo e no lado ulnar do anelar, o lado mais próximo do dedo mínimo. Algumas pessoas também sentem uma dor em queimação ao redor da saliência óssea na parte interna do cotovelo. É possível haver uma dor incômoda no cotovelo ou na parte superior do antebraço, embora a dor não seja a principal característica para a maioria das pessoas.

Dobrar o cotovelo piora os sintomas. Segurar o celular junto ao ouvido, apoiar o cotovelo em uma mesa ou no braço de uma cadeira, ou dormir com o cotovelo dobrado podem desencadear os sintomas. Muitas pessoas notam o formigamento à noite, e algumas acordam por causa dele. Esticar o cotovelo geralmente alivia a sensação novamente.

À medida que a condição avança, a própria mão pode ser afetada. Você pode sentir que a sua pegada está fraca ou desajeitada. Botões, chaves, tampas de potes e canetas podem ficar mais difíceis de manusear. Em casos mais avançados, os pequenos músculos da mão podem atrofiar, o que pode tornar as tarefas finas realmente difíceis e fazer com que os dedos fiquem em posição de garra. Algumas pessoas notam uma sensação de estalo na parte interna do cotovelo ao dobrá-lo, o que acontece quando o nervo sai do seu sulco.

Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo das semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão, procure seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

O que está realmente acontecendo

O nervo ulnar é um dos principais nervos do braço. Ele vai do pescoço, passa por trás da parte interna do cotovelo e desce até a mão. Ele é responsável pela sensibilidade do dedo mínimo e do lado da mão onde fica o anelar, e aciona a maioria dos pequenos músculos dentro da mão.

No cotovelo, o nervo atravessa um túnel curto formado por osso e por uma camada de tecido fibroso resistente. Pense no nervo como uma mangueira de jardim dentro de um canal estreito. Quando o cotovelo está esticado, a mangueira fica folgada e o sangue circula livremente por ela. Quando o cotovelo se dobra, o canal se aperta em volta da mangueira, e o nervo é esticado e comprimido ao mesmo tempo. O túnel fica mais estreito quando o cotovelo se dobra além de um ângulo reto, e é por isso que segurar o celular ou dormir encolhido à noite provoca o formigamento.

Com o tempo, essa compressão e esse estiramento repetidos reduzem o suprimento de sangue dentro do nervo. O nervo precisa deslizar e se esticar mais de 2 cm conforme você movimenta o ombro, o cotovelo, o punho e os dedos, por isso qualquer coisa que o prenda causa atrito. O nervo fica irritado e inchado, e os seus sinais passam a ser mal transmitidos. É por isso que você sente dormência e formigamento no dedo mínimo e no anelar, e por isso que a fraqueza da pegada e a falta de jeito aparecem se a compressão continuar.

Várias coisas podem ocupar espaço no túnel. Uma faixa de tecido fibroso entre os dois ossos do cotovelo pode se espessar e comprimir o nervo. Um pequeno músculo extra, com o qual algumas pessoas nascem, pode ficar sobre o túnel e ocupar espaço. Em algumas pessoas, o nervo sai do seu sulco toda vez que o cotovelo se dobra, o que corresponde ao estalo que algumas pessoas sentem.

A boa notícia é que liberar o nervo geralmente resolve o problema. Mais de 90% das pessoas operadas são curadas ou melhoram.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Na clínica, colhemos o seu histórico, examinamos o seu cotovelo e a sua mão e solicitamos exames quando necessários. Como este é um problema de longa duração, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico e consideramos a cirurgia quando ele não trouxe melhora suficiente.

O primeiro passo é mudar a forma como você usa o cotovelo. Pode ajudar evitar longos períodos com o cotovelo dobrado, evitar apoiar o cotovelo em uma mesa ou no braço de uma cadeira e evitar segurar o celular junto ao ouvido. Uma tala que impede o cotovelo de se dobrar à noite é outra opção. A terapia da mão tem como objetivo acalmar a irritação e manter o nervo se movimentando e deslizando como deveria. Dê a essas mudanças um tempo justo de teste antes de decidir qualquer outra medida.

Os medicamentos anti-inflamatórios podem ajudar a aliviar a dor ao redor do cotovelo. Não oferecemos injeções para esta condição.

Se o tratamento não cirúrgico não trazer melhora suficiente, a cirurgia é o próximo passo. A operação habitual é uma liberação simples: o teto do túnel é aberto para que o nervo deixe de ser comprimido. Deslocar o nervo para a frente do cotovelo é feito apenas raramente, para um nervo que sai do seu sulco. Se você já fez uma liberação e os sintomas voltaram, alinhamos as expectativas com cuidado: os resultados de uma segunda operação são, em média, modestos, e os sintomas que persistem muitas vezes refletem o estado do próprio nervo. A reabilitação após a cirurgia é feita com terapia da mão com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation, que orientará os seus exercícios e fará qualquer tala de que você precise.

O que esperar

Os sintomas do túnel cubital tendem a se desenvolver lentamente, em vez de surgirem de uma só vez. No início, o formigamento vai e volta, muitas vezes à noite ou após longos períodos com o cotovelo dobrado. Sem tratamento, a compressão continua, e a dormência e a fraqueza podem se tornar permanentes à medida que o próprio nervo se desgasta. É por isso que vale a pena agir antes que apareçam fraqueza ou atrofia muscular.

Com o tratamento, o prognóstico depende da gravidade da situação no início. Os seus sintomas antes do tratamento são o melhor indicador de quanto você pode melhorar. Se os seus sintomas forem leves, o alívio muitas vezes vem rapidamente. Se forem graves, o nervo se recupera mais lentamente: a sensibilidade e a força podem levar semanas, meses ou até anos para voltar, e parte da mudança pode ser gradual, em vez de um momento claro de virada. Muitas pessoas com sintomas graves ainda melhoram bastante, mesmo quando a recuperação é lenta.

A maioria das pessoas que precisa de cirurgia tem bons resultados. A função do nervo melhora na maioria dos braços avaliados após a cirurgia e, três meses após a cirurgia, os resultados da liberação simples e da operação que desloca o nervo são praticamente os mesmos. A infecção ocorre em cerca de 2,17% dos casos. Se você notar um dedo, uma mão ou um braço quente, vermelho, inchado e dolorido, principalmente se houver febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia.

Se a primeira operação não resolver o problema, uma segunda ajuda algumas pessoas, mas os resultados são, em média, modestos, e os sintomas duradouros muitas vezes refletem o estado do próprio nervo, e não algo que possa ser corrigido. Cerca de 75% das pessoas têm menos dor e formigamento após a cirurgia de revisão. Se você já pratica esportes com movimentos acima da cabeça ou de arremesso, a maioria das pessoas volta ao esporte após a cirurgia, embora nem todas retornem ao nível anterior.

Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo das semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão, procure seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

Quando procurar ajuda médica

Procure seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo das semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão. Os sinais mais importantes nesta condição são dormência e formigamento no dedo mínimo e no lado da mão onde fica o anelar, uma dor em queimação ao redor da parte interna do cotovelo e fraqueza ou falta de jeito na pegada. A fraqueza e a atrofia dos pequenos músculos da mão são os sinais que exigem ação rápida, porque, depois que aparecem, podem se tornar permanentes. Também vale a pena relatar uma sensação de estalo na parte interna do cotovelo. Após a cirurgia, um dedo, uma mão ou um braço que fique quente, vermelho, inchado e dolorido, principalmente se houver febre, precisa de atendimento no pronto-socorro no mesmo dia; não é necessário encaminhamento do médico de família. Se não conseguir falar com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A síndrome do túnel cubital merece essa leitura adicional, pois o debate cirúrgico já foi praticamente resolvido a favor de intervenções menos invasivas; essa conclusão vai contra a intuição comum de que um nervo que saiu do lugar deve ser recolocado em um local mais seguro.

A OPERAÇÃO MAIS SIMPLES APRESENTA RESULTADOS TÃO BONS QUANTO A MAIS COMPLEXA

Existem duas abordagens principais. A **descompressão simples** consiste em abrir a “tampa” do túnel e deixar o nervo em seu local original. Já a **transposição** desloca o nervo para a frente do cotovelo, seja sob a pele ou abaixo do músculo, de modo que ele não fique mais naquela depressão que se estica ao dobrar o cotovelo. A transposição é a operação mais complexa e representa a abordagem mecanicamente mais adequada.

A análise de **906** pacientes revelou **nenhuma diferença estatisticamente significativa** nos resultados clínicos entre a descompressão simples e qualquer uma das formas de transposição; embora houvesse uma tendência favorável à transposição, essa diferença não atingiu significância estatística [1]. Ao comparar as duas modalidades de transposição em **352** pacientes, os dados foram **insuficientes para determinar qual técnica é a melhor** [2].

A epicondilectomia medial, procedimento que remove a crista óssea atrás da qual o nervo passa, também não esclareceu a questão: uma revisão envolvendo **886** pacientes constatou que a qualidade metodológica da literatura disponível era limitada, o que impede tirar conclusões definitivas sobre sua eficácia em comparação à descompressão simples [3].

E NOS CASOS EM QUE O NERVO JÁ É INSTÁVEL, A CIRURGIA ADICIONAL ACARRETA CUSTOS

Esta é a constatação que mais influencia a prática clínica, pois aborda a situação em que a transposição do nervo parece claramente indicada: quando o nervo já sofre subluxação sobre a proeminência óssea durante a flexão do cotovelo.

Em **768** pacientes, os grupos submetidos à descompressão e à transposição apresentaram **melhora sintomática semelhante**, porém **taxas de complicações mais elevadas no grupo de transposição** [4]. Os autores são cuidadosos ao mencionar as limitações do estudo: poucos trabalhos abordam a instabilidade nervosa, e os desenhos metodológicos são tendenciosos. Contudo, o resultado obtido vai contra a intuição comum. A transposição de um nervo já instável não resultou em melhor alívio dos sintomas; ao contrário, gerou mais problemas.

A QUESTÃO NÃO É SE O PROCEDIMENTO DEVE SER MINIMAMENTE INVASIVO OU ABERTO

No caso de descompressões, a escolha da técnica recebe mais atenção do que merece. Em **981** pacientes, a liberação do túnel cubital por via endoscópica e a liberação aberta apresentaram **resultados semelhantes, perfis de complicações semelhantes e taxas de reoperação semelhantes** [5].

POR QUE A CIRURGIA DE REVISÃO É UM CASO DIFERENTE

Se a primeira cirurgia não aliviar os sintomas, as expectativas em relação a uma segunda devem ser definidas com cuidado. Uma revisão de **192** pacientes submetidos à cirurgia de revisão para síndrome do túnel cubital refratária revelou **resultados funcionais médios**; a transposição do nervo foi o procedimento mais comum realizado anteriormente, e a variabilidade entre os estudos impediu a determinação de um procedimento de revisão ideal [6].

Isso representa uma diferença significativa em relação à liberação do túnel carpal, na qual uma segunda avaliação geralmente identifica uma liberação incompleta que pode ser corrigida. Nos casos de síndrome do túnel cubital, os sintomas persistentes refletem mais o estado do próprio nervo antes da primeira cirurgia, o tempo de compressão e o grau de atrofia muscular já ocorrido, do que uma falha técnica passível de correção. Esse é o argumento mais forte para não adiar o tratamento quando surgirem fraqueza ou atrofia muscular.

REFERÊNCIAS

- [1] Macadam SA, Gandhi R, Bezuhly M, Lefaivre KA. Descompressão simples versus transposição subcutânea e submuscular anterior do nervo ulnar no tratamento da síndrome do túnel cubital: uma meta-análise. J Hand Surg Am. 2008;33(8):1314.e1-1314-e12. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.03.006>
- [2] Liu C, Chen C, Xu J, Wang H, Ke X, Zhuang Z, et al. Transposição subcutânea anterior versus submuscular do nervo ulnar no tratamento da síndrome do túnel cubital: uma revisão sistemática e meta-análise. PLoS One. 2015;10(6):e0130843. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130843>
- [3] O'Grady EE, Vanat Q, Power DM, Tan S. Revisão sistemática da epicondilectomia medial como tratamento cirúrgico para a síndrome do túnel cubital. J Hand Surg Eur Vol. 2017;42(9):941-5. <https://doi.org/10.1177/1753193417724351>
- [4] Clark DM, Piscoya AS, Dunn JC, Nesti LJ. O impacto da instabilidade pré-existente do nervo ulnar no tratamento cirúrgico da síndrome do túnel cubital: uma revisão sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2020;29(11):2339-46. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.05.028>

- [5] Aldekhayel S, Govshievich A, Lee J, Tahiri Y, Luc M. Liberação endoscópica versus aberta do túnel cubital: uma revisão sistemática e meta-análise. Hand (N Y). 2016;11(1):36-44. <https://doi.org/10.1177/1558944715616097>
- [6] Kholinne E, Alsharidah MM, Almutair O, Aljasser S, Alhothali W, Kwak J, et al. Cirurgia de revisão para casos refratários de síndrome do túnel cubital: uma revisão sistemática. Orthop Traumatol Surg Res. 2019;105(5):867-76. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.03.020>