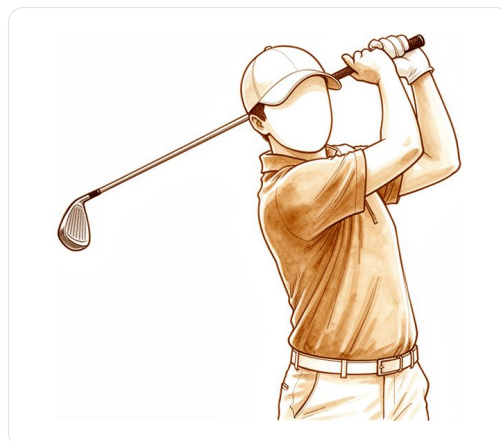


Cotovelo do Golfista

Cotovelo do golfista: os tendões responsáveis pela flexão do pulso e dos dedos se fixam a uma protuberância óssea na parte interna do cotovelo; o uso excessivo provoca dor e degeneração no ponto de ligação desses tendões ao osso.

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 dor fica na protuberância óssea da parte interna do cotovelo e muitas vezes se espalha para os músculos do antebraço logo abaixo dela. Geralmente, ela surge de forma gradual, sem uma lesão específica, e tende a persistir mesmo quando você está em repouso. Golfe, arremessos, tênis, musculação e boliche podem desencadeá-la. O mesmo vale para trabalhos que envolvem preensão com força repetida, levantar cargas de 20 kg ou mais, ou usar ferramentas que vibram.

Certos movimentos do dia a dia ficam desconfortáveis. Girar uma maçaneta, apertar a mão de alguém, carregar sacolas de compras ou levantar uma chaleira podem piorar a dor, porque essas ações sobrecarregam os mesmos músculos que se fixam nessa protuberância interna. A sua preensão pode parecer mais fraca do que no outro lado. A maioria das pessoas ainda consegue mover o cotovelo e o pulso por toda a amplitude de movimento, embora algumas percebam que o cotovelo fica um pouco rígido e não estica completamente.

A dor muitas vezes piora durante ou depois da atividade que a causou, e pode ser mais forte na manhã seguinte ou quando você segura algo pela primeira vez. Algumas pessoas a percebem mais ao fazer o swing do golfe ou ao arremessar, principalmente no início do movimento.

Fique atento a uma coisa em especial. O nervo ulnar, o nervo que dá sensibilidade aos dedos anular e mindinho, passa logo atrás dessa parte do cotovelo. Se você tiver dormência ou formigamento nesses dois dedos junto com a dor na parte interna do cotovelo, informe o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista, porque isso muda o tratamento que pode ajudar.

Consulte o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista se a dor não estiver melhorando, estiver piorando ao longo de semanas, acordar você à noite, ou impedir você de trabalhar ou de usar a mão ou o braço. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a sua mão ou o seu braço ficarem quentes, vermelhos, inchados e doloridos, especialmente se houver febre, ou se os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados.

O que está realmente acontecendo

O cotovelo do golfista é um problema de tendão, e não da articulação. Um tendão é o cordão forte que une o músculo ao osso. Na parte interna do cotovelo há um grupo de músculos do antebraço que dobram o pulso e os dedos e ajudam a virar a palma da mão para baixo. Todos eles se fixam nessa protuberância óssea por meio de um tendão comum, um pouco como várias cordas amarradas a um único poste de atracação.

Quando você balança um taco, arremessa, ou segura e levanta coisas repetidamente, esses músculos puxam o mesmo ponto várias e várias vezes. O tendão sofre pequenas rupturas. O seu corpo tenta repará-las, mas o reparo é irregular e o tecido novo é mais fraco do que o original. Com o tempo, o tendão fica mais espesso e desorganizado, como uma corda que foi desfiada e amarrada de novo muitas vezes. É por isso que a dor continua voltando mesmo após o repouso, e por isso que segurar ou levantar coisas a piora: esses movimentos sobrecarregam exatamente o ponto onde o tendão está tendo dificuldade para cicatrizar.

Apesar do nome, geralmente não há inchaço nem inflamação no ponto dolorido. O problema é desgaste e cicatrização falha, e não infecção nem artrose. Nada está quebrado e a articulação em si não está danificada.

Uma estrutura próxima é importante aqui. O nervo ulnar, que dá sensibilidade aos dedos anular e mindinho, passa logo atrás desse tendão. Como fica tão perto, a mesma irritação também pode afetar o nervo, e é por isso que algumas pessoas sentem formigamento nesses dedos junto com a dor no cotovelo.

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. A maioria dos casos de cotovelo do golfista melhora sem operação, então começamos por aí. O repouso e a mudança na forma de usar o braço importam mais do que qualquer outra coisa que possamos oferecer. Isso significa reduzir os movimentos de segurar, levantar ou balançar o braço que pioram a dor, e encontrar outras formas de fazer as tarefas que doem. Dê a esse tratamento uma chance justa por pelo menos 6 meses antes de pensar em cirurgia, porque a cirurgia é indicada apenas para sintomas que continuam apesar de todo esse tratamento.

A fisioterapia tem como objetivo fortalecer os músculos que trabalham junto com o tendão dolorido, para que o tendão receba menos carga. A abordagem habitual é um programa que aumenta gradualmente a força do antebraço, do pulso e da preensão. Se a sua dor veio do esporte, como golfe ou arremessos, parte da recuperação é avaliar a sua técnica, porque falhas na forma como você faz o swing ou arremessa podem continuar sobrecarregando o mesmo ponto.

Analgésicos e medicamentos anti-inflamatórios, chamados AINEs, podem ajudar você a continuar ativo enquanto o tendão melhora. Não oferecemos injeções para o cotovelo do golfista, por isso não as sugeriremos como próximo passo.

Se os seus sintomas não tiverem melhorado depois de 6 meses ou mais do tratamento não cirúrgico adequado, podemos conversar sobre cirurgia. A operação limpa a parte danificada e desfiada do tendão no ponto onde ele se fixa ao osso na parte interna do cotovelo, preservando o tecido saudável. Ela é feita por meio de uma pequena

incisão, e você vai para casa no mesmo dia. A cirurgia é uma decisão compartilhada, e só a recomendaremos quando concordarmos que as medidas mais simples já fizeram tudo o que podiam.

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 consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o seu cotovelo e solicitamos exames de imagem, como ultrassonografia ou ressonância magnética, se isso for mudar a nossa recomendação. A ultrassonografia costuma ser o primeiro exame usado para confirmar o cotovelo do golfista, e a ressonância magnética mostra com mais clareza o tendão e o nervo ulnar próximo se o diagnóstico não estiver claro.

Se a cirurgia for realizada, a sua reabilitação depois será a terapia da mão com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation, e não a fisioterapia. Ruby orienta os seus exercícios e confecciona a tala de que você precisar ao longo do caminho.

O que esperar

Na maioria das pessoas, o cotovelo do golfista melhora com o tempo e com os cuidados adequados. O que geralmente funciona é reduzir as atividades que pioram a dor e, depois, recuperar a força aos poucos. Muitas pessoas melhoram ao longo de meses, e não de semanas, por isso ajuda esperar uma mudança lenta e constante, e não uma solução rápida.

Se a dor já persiste há meses apesar do repouso e das mudanças na forma de usar o braço, ela tende a continuar, a menos que algo mude. É nesse momento que conversaríamos sobre cirurgia. Quando a cirurgia é feita para sintomas que não melhoraram depois de 6 meses ou mais do tratamento não cirúrgico adequado, a maioria das pessoas relata menos dor e melhor função no ano seguinte, e a maioria volta às suas atividades habituais. Em um grupo de pessoas que trabalhavam antes da cirurgia, 11 das 12 voltaram ao trabalho em até oito semanas.

A recuperação não é uma linha reta. Alguns dias serão melhores do que outros, e segurar ou levantar coisas ainda pode incomodar enquanto o tendão se reconstrói. Se você também tiver formigamento nos dedos anular e mindinho, essa irritação do nervo pode persistir mesmo quando o tendão em si estiver indo bem, por isso vale a pena mencioná-la antes de planejar qualquer tratamento, e não depois.

Se os seus sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite, ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão ou o braço, consulte o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista.

Quando procurar ajuda médica

A maioria dos casos de cotovelo do golfista melhora com repouso e mudanças na forma de usar o braço, então dê uma chance justa a isso antes de marcar algo urgente. Consulte o seu médico de família ou solicite uma avaliação por um especialista se a dor não melhorar depois de várias semanas, estiver piorando, ou impedir você

de trabalhar ou de usar a mão ou o braço. O mesmo vale se a sua preensão parecer mais fraca do que no outro lado, ou se o cotovelo não esticar completamente.

Um sinal merece atenção mais cedo. Se você notar dormência ou formigamento nos dedos anular e mindinho junto com a dor na parte interna do cotovelo, mencione isso na sua consulta. O nervo ulnar passa logo atrás do tendão dolorido e, quando ele também está irritado, isso muda quais tratamentos têm mais chance de ajudar.

Vá a um pronto-socorro no mesmo dia se a sua mão ou o seu braço ficarem quentes, vermelhos, inchados e doloridos, especialmente se houver febre, ou se os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados. Esses não são sinais do cotovelo do golfista em si, mas precisam de atendimento no mesmo dia.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. O cotovelo do golfista merece essa leitura adicional, pois geralmente é apresentado como a versão medial do cotovelo do tenista; porém, sob dois aspectos, essa comparação é enganosa: os fatores que o predizem são apenas parcialmente mecânicos, e a presença de outro problema concomitante altera os resultados que a cirurgia pode alcançar.

A MAIORIA DOS CASOS MELHORA SEM CIRURGIA

Os números apresentados são bastante tranquilizadores. Em uma revisão sobre a dor medial do cotovelo, o **tratamento conservador melhora o quadro de nove em cada dez pacientes**, enquanto o desbridamento cirúrgico apresenta taxa de sucesso entre **80% e 85%** [1].

É importante analisar esses dois valores em conjunto, e não separadamente. O tratamento não cirúrgico tem taxa de sucesso superior. A cirurgia não é uma versão “melhorada” do mesmo tratamento; ela é indicada apenas para a minoria de pacientes nos quais o manejo clínico e a modificação das atividades já falharam, e ainda assim apresenta taxa de sucesso ligeiramente inferior à do tratamento de primeira linha.

No que diz respeito ao componente exercício físico, as evidências indicam que o treinamento de força reduz os sintomas da tendinose. Já as técnicas de manipulação proporcionam efeito analgésico de curto prazo, o que pode permitir exercícios de alongamento e fortalecimento mais intensos; contudo, os autores consideram os resultados ainda não conclusivos [2].

OS FATORES DE RISCO NÃO SE LIMITAM AO GRAU DE USO DO BRAÇO

A epicondilite é comum entre pessoas em idade ativa, e **os fatores relacionados à carga física, o tabagismo e a obesidade são determinantes importantes** [3]. O tabagismo e o peso corporal não são aspectos que a maioria das pessoas associa a problemas tendinosos; ambos influenciam o suprimento sanguíneo e o ambiente metabólico do tendão, e não o grau de tensão a que ele é submetido.

Os dados ocupacionais vão ainda mais longe. Em um estudo com **1.824** trabalhadores, foram identificadas relações estatisticamente significativas entre diversos fatores psicossociais pessoais e profissionais e tanto a epicondilite medial quanto a lateral, mesmo **após ajustes para variáveis demográficas e exposições físicas**

no trabalho. As associações mais fortes foram entre **o cansaço físico após o trabalho e a epicondilite lateral, com razão de chances de 7,04**, e entre **o cansaço mental após o trabalho e a epicondilite medial** [4].

Esse ajuste é o ponto crucial da análise: a relação observada não se deve simplesmente ao fato de pessoas mais cansadas realizarem trabalhos mais pesados; ela permaneceu mesmo após considerar a exposição física no ambiente de trabalho. Isso não prova que o cansaço cause tendinopatia, mas indica que um plano de tratamento baseado apenas na carga física, sem levar em conta o estado de exaustão do paciente após o dia de trabalho, aborda apenas parte do problema.

POR QUE O NERVO ULNAR É IMPORTANTE PARA O RESULTADO DO TRATAMENTO

A dor medial do cotovelo exige uma ampla investigação diagnóstica: distúrbios do nervo ulnar, radiculopatia cervical e lesões ligamentares podem todas provocar dor no mesmo local [1]. Essa condição surge devido à carga excêntrica repetitiva e à sobrecarga em valgo; inicialmente, o tratamento consiste em modificações nas atividades e reabilitação, reservando-se a cirurgia para casos com sintomas persistentes [5]. O nervo ulnar é o que mais influencia o resultado cirúrgico, pois passa imediatamente atrás da origem do tendão que está sendo tratado.

Nos casos em que se realiza desbridamento, sua taxa de sucesso **pode ser prejudicada pela presença concomitante de neurite ulnar** [1]. A consequência prática disso é que a persistência da dor após um desbridamento tecnicamente bem-sucedido não indica necessariamente um fracasso cirúrgico; pode ser que o nervo, e não o tendão, fosse responsável por parte dos sintomas desde o início. Portanto, a presença de dormência ou formigamento nos dedos anular e mindinho, aliada à dor medial do cotovelo, deve ser relatada antes de qualquer planejamento cirúrgico, e não depois.

REFERÊNCIAS

- [1] Barco R, Antuña SA. Dor medial no cotovelo. EFORT Open Rev. 2017;2(8):362-71. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.2.160006>
- [2] Hoogvliet P, Randsdorp MS, Dingemanse R, Koes BW, Huisstede BMA. A eficácia da terapia por exercícios e das técnicas de mobilização pode orientar o tratamento da epicondilite lateral e medial? Uma revisão sistemática. Br J Sports Med. 2013;47(17):1112-9. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091990>
- [3] Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliovaara M. Prevalência e determinantes da epicondilite lateral e medial: um estudo populacional. Am J Epidemiol. 2006;164(11):1065-74. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj325>
- [4] Thiese MS, Hegmann KT, Kapellusch J, Merryweather A, Bao S, Silverstein B, et al. Fatores psicossociais relacionados à epicondilite lateral e medial. J Occup Environ Med. 2016;58(6):588-93. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000701>
- [5] Amin NH, Kumar NS, Schickendantz MS. Epicondilite medial: avaliação e manejo. J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(6):348-55. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00145>