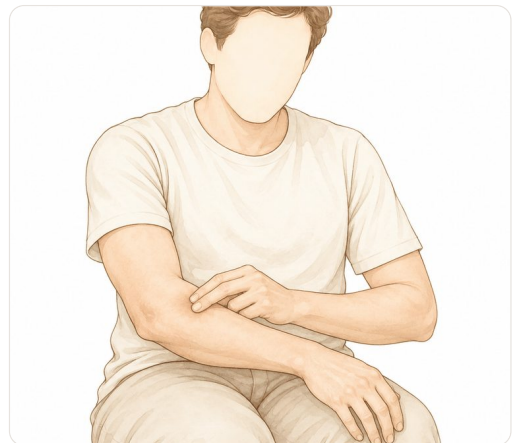


Síndrome do túnel radial

A síndrome do túnel radial provoca uma dor incômoda na parte externa superior do antebraço, logo abaixo 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

O principal sintoma é dor na parte externa do antebraço, perto do cotovelo. Ela geralmente é mais forte num ponto sensível alguns centímetros abaixo da protuberância óssea na parte externa do cotovelo. Pressionar esse ponto muitas vezes dói. A dor pode se espalhar pela parte de trás do antebraço em direção ao punho.

Certos movimentos a pioram. Girar a palma da mão para cima contra uma resistência, ou esticar o dedo médio contra uma resistência, pode provocar a dor. O mesmo acontece com atividades que colocam carga contínua no antebraço. Muitas pessoas notam que a dor piora depois do trabalho ou do esporte, e não em repouso.

Esta condição afeta um nervo que comanda músculos, e não a pele. Isso significa que é improvável que você tenha dormência ou formigamento, e o próprio nervo geralmente funciona normalmente. O problema é a dor, e não fraqueza nem perda de sensibilidade.

No dia a dia, a dor tende a aparecer em tarefas que exigem segurar e torcer. Levantar uma chaleira, girar uma maçaneta, usar uma chave de fenda ou torcer um pano podem doer. Como o ponto sensível fica perto da parte externa do cotovelo, esta condição muitas vezes é confundida com o cotovelo do tenista, e as duas podem ocorrer juntas.

Não existe um único exame que confirme esta condição. O seu cirurgião chega ao diagnóstico a partir da sua história e de um exame físico, procurando aquele ponto sensível específico e o padrão da sua dor.

Fique atento a estes sinais. Procure o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista 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 o braço. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se o braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente se houver febre, ou se a mão ficar pálida, fria, branca ou azulada.

Se não conseguir contato com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

O que está realmente acontecendo

A dor vem de um nervo, e não da própria articulação do cotovelo. Um nervo é um cabo que transmite sinais entre o cérebro e os músculos. Um ramo do nervo radial desce pela parte externa do antebraço, passando pelo cotovelo, para comandar os músculos que esticam o punho e os dedos.

Ao longo desse trecho, várias estruturas diferentes ficam perto do nervo. A borda de um músculo, uma faixa fibrosa ou um pequeno grupo de vasos sanguíneos que cruzam por ali podem, cada um, pressioná-lo. Não se trata de uma única passagem estreita. É mais como uma trilha com vários possíveis pontos de estrangulamento ao longo do caminho, e qualquer um deles pode apertar o cabo que corre ao lado.

Quando uma dessas estruturas pressiona o nervo, ele fica irritado e dolorido. É por isso que a dor fica num ponto sensível abaixo da protuberância óssea na parte externa do cotovelo, e é por isso que girar a palma da mão para cima ou esticar o dedo médio contra uma resistência a piora. Esses movimentos tracionam os músculos que esse nervo comanda, e o nervo irritado reclama.

O nervo continua funcionando, por isso os seus músculos continuam trabalhando e você não sente dormência nem formigamento. O problema é irritação e dor, e não perda de sinal. Como o ponto dolorido fica muito perto da parte externa do cotovelo, a dor é facilmente confundida com o cotovelo do tenista, que afeta um tendão na mesma região. As duas condições podem até acontecer juntas.

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 que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Na clínica, colhemos o histórico clínico, examinamos o seu braço e solicitamos exames de imagem, se forem ajudar. Para esta condição, normalmente 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 braço. Reduzir as tarefas de segurar e torcer que desencadeiam a dor dá ao nervo irritado a chance de se acalmar. A terapia da mão tem como objetivo acalmar a dor e reconstruir a sua tolerância à carga no antebraço, para que o trabalho e as tarefas do dia a dia voltem a ser confortáveis. Pedimos que você dê a essas medidas uma tentativa adequada antes de pensar em qualquer outra coisa.

Analgésicos e anti-inflamatórios podem ajudar você a atravessar uma crise de dor. Eles aliviam o incômodo enquanto as outras medidas fazem efeito. Eles não resolvem a pressão sobre o próprio nervo.

Se o tratamento não cirúrgico não trouxe melhora suficiente, a cirurgia é uma opção. A operação se chama liberação do túnel radial. Ela funciona soltando o nervo em cada um dos pontos onde uma estrutura vizinha o está pressionando. Antes de recomendá-la, verificamos com cuidado onde o nervo está sendo comprimido, para que a operação atinja o ponto certo e mexa o mínimo possível nos tecidos ao redor. Como o diagnóstico depende da sua história e do exame físico, e não de um exame claro, tratamos a decisão de operar como uma decisão compartilhada, tomada em conjunto depois que você entender o que a cirurgia pode e não pode resolver.

O que esperar

Na maioria das pessoas, esta condição não danifica o nervo. O nervo continua funcionando, por isso os seus músculos continuam trabalhando e você não perde a sensibilidade. O problema é a dor, e a dor de um nervo irritado pode levar muito tempo para se acalmar. Ela raramente desaparece da noite para o dia, e muitas vezes piora com tarefas de segurar e torcer antes de diminuir.

A verdade é que esta condição é difícil de prever. Algumas pessoas melhoram com repouso, mudanças nas atividades e terapia da mão. Outras continuam com dor apesar de um bom tratamento não cirúrgico. Não existe um exame confiável para confirmar o diagnóstico, o que torna mais difícil dizer de antemão em qual grupo você vai ficar. O que podemos dizer é que a dor tende a ir e vir conforme a carga que você coloca no antebraço, em vez de aumentar de forma constante.

Se o tratamento não cirúrgico funcionar, a dor diminui gradualmente ao longo de semanas a meses, à medida que o nervo fica menos irritado. É de esperar que tarefas do dia a dia, como levantar uma chaleira ou girar uma maçaneta, fiquem menos dolorosas primeiro, antes que trabalhos mais pesados voltem a parecer normais. Se a cirurgia for feita depois que o tratamento não cirúrgico não ajudou o suficiente, a recuperação também é gradual, e não imediata, e algumas pessoas ainda têm alguma dor depois.

Se a condição não for tratada, ela pode melhorar sozinha, mas também pode persistir ou continuar piorando sempre que você voltar às tarefas que a agravam. Não há como saber de antemão o que vai acontecer. O que costuma fazer diferença é dar ao tratamento uma tentativa adequada e não forçar apesar de uma dor que não está melhorando.

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 o braço, procure o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se o braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente se houver febre, ou se a mão ficar pálida, fria, branca ou azulada. Se não conseguir contato com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Quando procurar ajuda médica

Os sinais de alerta desta condição dizem respeito a uma dor que não melhora, e não a perigo. Procure o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista se a dor no antebraço não tiver melhorado após uma tentativa adequada de repouso e mudanças nas atividades, ou se ela continuar impedindo você de trabalhar ou

de usar o braço. Peça a avaliação mais cedo, e não mais tarde, se o ponto sensível abaixo da parte externa do cotovelo for uma característica marcante, ou se girar a palma da mão para cima ou esticar o dedo médio contra uma resistência sempre provocar a dor. Esses padrões apontam para esta condição, e não para o cotovelo do tenista, e vale a pena esclarecê-los adequadamente.

Esta condição geralmente não danifica o nervo, por isso uma fraqueza repentina do punho ou dos dedos não faz parte do quadro típico. Se você notar uma fraqueza nova para esticar o punho, os dedos ou o polegar, peça uma avaliação com especialista prontamente, em vez de esperar, porque esse padrão sugere um problema nervoso diferente, que é avaliado no seu próprio prazo.

Vá a um pronto-socorro no mesmo dia se o braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente se houver febre, ou se a mão ficar pálida, fria, branca ou azulada. Se não conseguir contato 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 seu próprio tratamento. A síndrome do túnel radial merece ser lida com atenção, por um motivo desconfortável: trata-se da condição nesta região com a base de evidências mais fraca; não existe nenhum exame que a confirme, e informar claramente sobre essa incerteza deve fazer parte de qualquer decisão cirúrgica.

NÃO EXISTE EXAME CONFIRMATÓRIO

A maioria das compressões nervosas pode ser comprovada. A síndrome do túnel do carpo causa lentidão na condução nervosa no nível do punho; a síndrome do túnel cubital, no nível do cotovelo. Já na síndrome do túnel radial, isso geralmente não ocorre: o ramo nervoso envolvido inerva músculos, não a pele; portanto, não há dormência que possa ser mapeada, e os estudos de condução nervosa frequentemente apresentam resultados normais.

Assim, o diagnóstico baseia-se no padrão de dor, na presença de sensibilidade à palpação a poucos centímetros distalmente ao epicôndilo lateral (e não exatamente sobre ele), e na resposta ao bloqueio anestésico local. Cada um desses critérios é sugestivo, porém nenhum é definitivo. Revisões recentes descrevem **controvérsias contínuas tanto quanto ao diagnóstico quanto aos resultados terapêuticos** [1].

A consequência prática disso é uma alta taxa de confusão com a epicondilite lateral, condição que se localiza nas proximidades e pode coexistir com a síndrome do túnel radial. A persistência dos sintomas da “epicondilite lateral” mesmo após tratamento adequado é uma das situações mais comuns em que a síndrome do túnel radial acaba sendo considerada.

AS EVIDÊNCIAS PARA O TRATAMENTO SÃO REALMENTE ESCASSAS

Uma revisão sistemática de intervenções constatou uma **tendência de que a descompressão cirúrgica possa ser eficaz**; o achado mais notável foi que **a eficácia dos tratamentos conservadores é desconhecida, pois para a maioria deles não há nenhum estudo disponível** [2].

Essa não é a formulação habitual do tipo “as evidências são limitadas”. Para a maioria dos tratamentos não cirúrgicos indicados para essa condição, simplesmente não foram realizados estudos. As revisões atuais ainda colocam o manejo não cirúrgico em primeiro lugar, considerando a descompressão uma opção viável para casos refratários [1]; essa ordem reflete uma cautela razoável, e não uma superioridade comprovada.

O QUE ISSO SIGNIFICA PARA A TOMADA DE DECISÃO

Duas consequências surgem, e elas apontam em direções opostas.

Contra a cirurgia precoce: o diagnóstico não pode ser confirmado, portanto a operação pode acabar descomprimindo um nervo que não é a causa do problema. Quando a descompressão falha, muitas vezes é impossível determinar se a operação foi inadequada ou se o diagnóstico estava errado.

Para considerar a cirurgia no paciente certo: também não há base científica que apoie as outras alternativas; assim, a espera não é a opção respaldada por evidências como as pessoas supõem. É simplesmente a opção de menor risco.

A postura razoável é reconhecer que, aqui, um diagnóstico seguro é mais importante do que em qualquer outro contexto abordado neste site: um histórico clínico consistente, exame físico que localize a lesão no túnel radial em vez do epicôndilo, exames de imagem que excluam a presença de lesões ocupantes de espaço e, idealmente, uma resposta convincente a um bloqueio diagnóstico, antes de se tomar uma medida irreversível.

UM PROBLEMA RELACIONADO, PORÉM DISTINTO

A **paralisia** do nervo interósseo posterior, caracterizada por fraqueza na extensão dos dedos e do polegar, e não por dor, é uma condição distinta, cujo tratamento é mais bem definido. Quando os exames de imagem não revelam nenhuma lesão compressiva, deve-se optar inicialmente pelo tratamento conservador; a cirurgia fica reservada para casos em que há lesões compressivas comprovadas ou quando o tratamento conservador falha [3]. Na ausência de lesões que ocupem espaço, recomenda-se tentar o tratamento não cirúrgico; a exploração cirúrgica é indicada caso **não haja sinais de recuperação muscular após 6 semanas** de observação ou se a fraqueza muscular for progressiva [4].

Esses são limites concretos, e sua existência ilustra claramente a diferença entre os casos: quando o nervo deixa de funcionar visivelmente, a literatura médica consegue indicar o que fazer e quando. Quando há apenas dor, isso não é possível.

REFERÊNCIAS

- [1] Wolf JM, Patel R, Ghosh K. Síndrome do túnel radial: revisão e melhores evidências. J Am Acad Orthop Surg. 2023;31(15):813-9. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-23-00314>
- [2] Huisstede B, Miedema HS, van Opstal T, de Ronde MT, Verhaar JA, Koes BW. Intervenções para o tratamento da síndrome do túnel radial: uma revisão sistemática de estudos observacionais. J Hand Surg Am. 2008;33(1):72.e1-72.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2007.10.001>
- [3] McGraw I. Paralisia espontânea isolada do nervo interósseo posterior: revisão da etiologia e manejo. J Hand Surg Eur Vol. 2018;44(3):310-6. <https://doi.org/10.1177/1753193418813788>

[4] Sigamoney KV, Rashid A, Ng CY. Manejo da paralisia não traumática do nervo interósseo posterior. J Hand Surg Am. 2017;42(10):826-30. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.07.026>