

Cotovelo de tenista

Cotovelo de tenista: irritação no local onde os tendões do antebraço se inserem na parte externa 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 cotovelo de tenista causa dor na parte externa do cotovelo, sobre ou ao redor de uma saliência óssea chamada epicôndilo lateral. A dor frequentemente desce pelo antebraço e, às vezes, sobe em direção ao braço. Ela geralmente é provocada por atividades que fazem trabalhar os músculos da parte de trás do antebraço, porque esses músculos compartilham um único ponto de fixação nessa saliência óssea.

A dor pode variar de leve e ocasional a constante e intensa. Quando é intensa, pode afetar todas as suas atividades diárias. Também pode atrapalhar o sono. Muitas pessoas percebem que ela piora depois de uma atividade ou ao acordar.

As tarefas do dia a dia que envolvem torcer ou segurar ficam difíceis. Girar uma maçaneta, segurar uma xícara de café, apertar a mão de alguém ou levantar uma chaleira podem desencadear a dor. O cotovelo geralmente continua se movendo em toda a sua amplitude; portanto, o problema não é a rigidez, e sim a dor.

Para a maioria das pessoas, o cotovelo de tenista melhora sozinho. Cerca de 90% das pessoas percebem que ele melhorou em até um ano, sem cirurgia. Você não precisa se apressar para fazer nenhum tratamento.

Alguns sinais merecem atenção mais cedo. Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação por um 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 a mão ou o braço.

O que está realmente acontecendo

O ponto dolorido é onde os tendões se fixam ao osso na parte externa do cotovelo. Os tendões são cordões resistentes que unem o músculo ao osso. Os tendões envolvidos aqui descem pela parte de trás do antebraço e compartilham um único ponto de ancoragem nessa saliência óssea.

Apesar do nome, este não é realmente um problema de inflamação. Quando um tendão é examinado ao microscópio, o tecido mostra desgaste e fibras desfiadas, e não inchaço e vermelhidão. Pense em uma corda muito usada: algumas fibras se romperam, e a corda tentou se reparar, mas não terminou o trabalho direito. O tecido de reparo que se forma é desorganizado e mais fraco do que o original. É por isso que o ponto continua sensível e que segurar ou torcer objetos dói: esses movimentos puxam diretamente o cordão danificado.

O nome médico disso é epicondilite lateral, e você também pode vê-lo chamado de tendinopatia lateral do cotovelo. Os dois nomes descrevem a mesma coisa: um desgaste dessa fixação do tendão causado pelo uso repetido. Ele é muito mais comum na parte externa do cotovelo do que na parte interna, e é por isso que o nome cotovelo de tenista geralmente se refere a esse ponto.

O dano fica em um tendão específico desse grupo, aquele que estabiliza o punho quando você segura algo. Como todos os músculos do antebraço que estendem o punho compartilham esse único ponto de ancoragem, a dor ali se espalha pelo antebraço quando você usa a mão.

Outros problemas podem causar dor na mesma área, e nem sempre é fácil diferenciá-los. É por isso que um exame físico cuidadoso do seu cotovelo é importante, e é por isso que às vezes se usam exames de imagem para verificar o grau de desgaste. A sua noção da posição da articulação também pode ser levemente afetada por esta condição, algo que a fisioterapia pode ajudar a tratar.

O ponto principal é este: o tendão está desgastado, não destruído, e o tecido ainda tem a capacidade de se reparar, com tempo e com a carga certa.

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 quadro clínico. 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 sua consulta, colhemos o histórico clínico, examinamos o cotovelo e solicitamos exames de imagem somente se eles forem mudar o que vamos fazer. Para um problema de longa data como este, geralmente tentamos primeiro o tratamento não cirúrgico e só consideramos a cirurgia quando ele não trouxe melhora suficiente.

O primeiro passo é mudar a forma como você coloca carga no tendão. Isso significa reduzir as tarefas de segurar e torcer que desencadeiam a dor e, depois, fortalecer o tendão novamente com um programa de carga progressiva. A fisioterapia tem como objetivo ajudar você a passar mais rápido pelos meses de dor, e não mudar o resultado final, porque a maioria dos cotovelos melhora com o tempo de qualquer forma. Faça uma tentativa

real e prolongada, medida em meses. Como você leu antes nesta página, cerca de nove em cada dez cotovelos melhoram em até um ano sem cirurgia, e é por isso que colocamos um critério alto para a cirurgia.

Aqui, não usamos injeções de cortisona como padrão. O motivo provável é que a dor melhora antes de o tendão cicatrizar, e então você volta a colocar carga em um tendão que ainda não está pronto. Se uma injeção chegar a ser considerada, trata-se de uma decisão ponderada sobre a função a curto prazo, e não de uma etapa de rotina. Outras injeções, como plasma rico em plaquetas ou sangue retirado do seu próprio braço, não são recomendadas para esta condição.

A cirurgia só passa a ser considerada para o pequeno grupo de pessoas que continuam incapacitadas após uma tentativa real de tratamento não cirúrgico. A operação limpa a parte desgastada e desfiada do tendão no ponto em que ele se fixa ao osso, na parte externa do cotovelo. Ela pode ser feita por meio de pequenas incisões artroscópicas (por vídeo) ou de uma pequena incisão aberta, e nenhum método se mostrou melhor do que os outros. A decisão de operar é compartilhada, tomada em conjunto depois que você souber o que a operação envolve e o que a recuperação exige de você.

O que esperar

Para a maioria das pessoas, o cotovelo de tenista segue um curso lento, mas constante. Os sintomas tendem a diminuir ao longo de meses, e não de dias, e o padrão costuma ser de melhora gradual com crises ao longo do caminho. O tempo necessário não depende de há quanto tempo você tem o problema: um tendão que está dolorido há um ano tem a mesma chance de melhorar que um que está dolorido há alguns meses.

Você já leu o número principal: cerca de nove em cada dez cotovelos melhoram em até um ano sem cirurgia. Esse é o ponto de partida honesto, e ele vale quer você não faça nada, siga um programa de carga ou experimente outro tratamento não cirúrgico. O que o tratamento pode mudar é o percurso, e não o destino. Um programa bem conduzido tem como objetivo ajudar você a passar pelos meses de dor com mais conforto, enquanto o tendão faz o seu lento trabalho de reparo em segundo plano.

Se o seu cotovelo for um dos poucos que continuam doloridos apesar de uma tentativa real de tratamento não cirúrgico, a cirurgia ainda pode oferecer um alívio real.

A recuperação após a cirurgia é gradual. A dor melhora primeiro; depois, a força de preensão e a confiança para usar a mão nas tarefas do dia a dia voltam ao longo de semanas a meses. A terapia da mão após a cirurgia é feita com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation; ela vai orientar os seus exercícios e confeccionar qualquer tala de que você precise.

Um pequeno número de pessoas continua com dor após a cirurgia, e cerca de 1,5% precisa de uma nova operação. Ter recebido três ou mais injeções antes da cirurgia aumenta essa chance. 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 peça uma avaliação por um especialista.

Quando procurar ajuda médica

A maioria dos casos de cotovelo de tenista melhora sozinha, e cerca de nove em cada dez cotovelos estão melhores em até um ano sem cirurgia. Porém, alguns sinais indicam que é hora de procurar ajuda. Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação por um especialista se a sua dor não estiver melhorando depois de vários meses, se estiver piorando, se acordar você à noite ou se impedir você de trabalhar ou de usar a mão e o braço normalmente. Cerca de uma em cada cinco pessoas com esta condição tem uma dor intensa a ponto de limitar o trabalho e a vida diária; portanto, precisar de ajuda não é incomum. Se você já recebeu três ou mais injeções no tendão e a dor ainda limita você, peça uma avaliação por um especialista, porque esse histórico muda o que o cirurgião vai querer conversar com você.

Em maior profundidade

Esta seção aborda temas que vão além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. O cotovelo de tenista merece uma leitura mais aprofundada, pois é uma das condições em que o tratamento que parece mais eficaz no primeiro mês acaba sendo o pior resultado no final do ano.

A CONDIÇÃO GERALMENTE CURA-SE SOZINHA, AINDA QUE LENTAMENTE

Se deixada sem intervenção, a epicondilite lateral tende a melhorar. No estudo abaixo mencionado, o grupo que foi orientado a simplesmente aguardar, sem injeções nem fisioterapia, foi reavaliado após 52 semanas; **56 de 62 (90%)** relataram melhora significativa ou recuperação completa [1].

Esse percentual serve como referência para a avaliação de qualquer tratamento. Uma intervenção só se justifica se proporcionar resultados melhores do que a melhora espontânea, que, na maioria dos casos, acaba ocorrendo por si só.

O PARADOXO DOS CORTICOSTEROIDES

Um estudo randomizado de referência comparou a injeção de corticosteroides, a fisioterapia e a simples espera, acompanhando os pacientes por um ano inteiro [1].

Após seis semanas, os resultados da injeção pareciam excelentes: **51 de 65 (78%)** dos pacientes do grupo de injeção relataram sucesso, em comparação com **16 de 60 (27%)** daqueles que apenas aguardaram. O número necessário para tratar foi de 2 [1].

Porém, a situação se reverteu. Dos pacientes que obtiveram sucesso inicial, **47 de 65 (72%)** acabaram apresentando piora posteriormente. Aos 52 semanas, o grupo que recebeu injeção apresentou resultados significativamente piores que o grupo de fisioterapia em todos os desfechos; além disso, em duas das três medidas primárias, os resultados foram piores até mesmo que os daqueles que **nada fizeram** [1].

Vale repetir a explicação dada pelos próprios autores: a injeção alivia a dor tão rapidamente que os pacientes voltam a sobrecarregar um tendão que, na verdade, ainda não cicatrizou. A conclusão do estudo foi que os corticosteroides “devem ser usados com cautela” no tratamento da epicondilite lateral – uma afirmação surpreendente, considerando que esse é o tratamento que a maioria dos pacientes espera receber.

Por isso, a aplicação de injeções nesse caso deve ser uma decisão ponderada, visando apenas a função a curto prazo, e jamais deve substituir o programa de exercícios de fortalecimento.

O QUE VALE A PENA FAZER, ENTÃO?

A fisioterapia superou a simples espera aos seis semanas em todos os critérios avaliados; aos 52 semanas, os resultados dos dois grupos tornaram-se indistinguíveis, pois quase todos os pacientes de ambos os grupos haviam se recuperado [1]. Portanto, seu valor reside em ajudar o paciente a superar mais rapidamente os meses dolorosos, e não em alterar o desfecho final. Vale ressaltar que o grupo que fez fisioterapia também procurou menos tratamentos adicionais durante o processo [1]. Diante disso, o plano mais sensato é o controle da carga de esforço e um programa progressivo de exercícios para os tendões, reconhecendo que o tempo de recuperação se mede em meses.

A cirurgia é indicada apenas para a pequena minoria de pacientes que permanecem incapacitados após um tratamento não cirúrgico realmente prolongado e adequado. O motivo para estabelecer esse limiar tão alto é justamente a evolução natural da doença mencionada acima: operar precocemente significa competir contra uma condição que, em nove de cada dez casos, acabaria se resolvendo por si só.

INJEÇÃO DE CÉLULAS TENDINOSAS CULTIVADAS

Pode ser que lhe seja oferecida, ou que você leia a respeito, da implantação de tenócitos autólogos (ATI; comercializada na Austrália como OrthoATI), que consiste na injeção de células tendinosas suas, cultivadas em laboratório. O procedimento é seguro e biologicamente sensato; os resultados relatados em casos de cotovelo de tenista resistentes ao tratamento mantiveram-se por mais de quatro anos. Contudo, em toda a literatura mundial, ela é sustentada por apenas cinco estudos envolvendo 50 pacientes no total, nenhum dos quais contou com grupo de comparação. Considerando-se o prognóstico natural descrito acima, torna-se evidente a necessidade de cautela. Uma descrição completa do que se sabe e do que ainda é desconhecido, acompanhada de referências, encontra-se na página sobre [implantação de tenócitos autólogos](#).

REFERÊNCIAS

[1] Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilização com movimento e exercícios, injeção de corticosteroide ou observação para o cotovelo de tenista: ensaio randomizado. BMJ. 2006;333(7575):939. <https://doi.org/10.1136/bmj.38961.584653.ae>