

Tenossinovite de De Quervain

Anatomia dos tendões do polegar afetados na síndrome de De Quervain — o abdutor longo do polegar e o extensor curto do polegar, na região em que cruzam o punho.

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 tenossinovite de De Quervain é um problema em dois tendões no lado do polegar do punho. O túnel por onde eles passam fica inchado e apertado, de modo que os tendões doem ao deslizar por ele. Você sente dor e sensibilidade ao toque no lado do polegar do punho, perto da saliência óssea na base do polegar. Muitas vezes há inchaço sobre esse mesmo ponto.

Certos movimentos pioram a dor. Dobrar o punho em direção ao dedo mínimo, segurar algo com força enquanto dobra o punho em direção ao lado do polegar, ou fazer pinça com o polegar e o dedo indicador podem desencadeá-la. As tarefas do dia a dia que usam esses movimentos ficam difíceis: levantar uma chaleira, girar uma maçaneta, pegar uma criança pequena no colo, torcer um pano ou usar tesouras. Algumas pessoas sentem uma crepitação sob a pele ao pressionar o ponto dolorido.

A maioria das pessoas percebe que a dor piora com o uso e melhora com o repouso. Ela pode ser pior depois de um dia de muito uso da mão. Algumas pessoas a percebem logo ao acordar ou durante a noite.

Um pequeno número de pessoas (cerca de 1 em cada 100) percebe que o polegar, além de doer, também prende ou trava. Vale a pena mencionar isso, pois pode mudar quais tratamentos funcionam bem.

Quando procurar ajuda

Consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com 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.

Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a sua mão ou o seu braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre. Isso pode ser uma infecção que precisa de atendimento no mesmo dia, e não é necessário encaminhamento do médico de família. Vá também no mesmo dia se os seus dedos ou a sua mão

ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento após uma lesão.

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

O que está realmente acontecendo

Dois tendões afastam o polegar da mão e o esticam. Eles passam lado a lado por um túnel estreito no lado do polegar do punho. O túnel tem um teto firme que mantém os tendões junto ao osso, como uma alça-guia que segura duas cordas no lugar.

O problema é que os tendões e o seu túnel ficam inflamados. O revestimento inchado ocupa espaço dentro de um local que já é apertado, de modo que os tendões atritam ao deslizar. Esse atrito causa mais inchaço e mais dor, e o próprio túnel pode se estreitar com o tempo. O suprimento de sangue por essa passagem estreita é fraco, o que torna mais difícil a irritação melhorar sozinha.

Algumas pessoas nascem com uma parede extra dentro do túnel, que o divide em duas passagens separadas. Isso é importante porque os dois tendões precisam de espaço para deslizar. Se um tendão fica em uma passagem própria e fechada, essa passagem pode continuar apertada mesmo quando o túnel principal é tratado.

Isso explica o que você está sentindo. O ponto dolorido no lado do polegar do punho é o próprio túnel. A dor ao segurar, fazer pinça e levantar objetos vem dos tendões sendo puxados pelo espaço estreitado. A força de pinça e do polegar pode diminuir porque os tendões não conseguem deslizar livremente. A crepitação que algumas pessoas sentem é a superfície áspera do tendão se movendo sob a pele.

Quando o polegar, além de doer, também prende ou trava, o estreitamento ficou grave o suficiente para prender o tendão por um momento. Essa é uma forma mais avançada do mesmo problema, e vale a pena mencioná-la cedo, pois muda quais tratamentos funcionam bem.

A dor nessa região também pode vir de estruturas vizinhas ao túnel, e não do próprio túnel: artrose na base do polegar, tendões irritados mais acima no antebraço ou um nervo superficial que cruza essa parte do punho. Esses problemas precisam de tratamentos diferentes, e é por isso que a origem exata da dor é importante.

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. Geralmente começamos com mudanças na forma como você usa a mão e com terapia da mão para acalmar a irritação e aliviar a carga sobre os tendões. Uma tala que mantém o polegar e o punho imóveis pode dar repouso aos tendões e reduzir o atrito que está causando a dor. Dê a essas medidas uma chance de verdade antes de seguir adiante e nos avise se as coisas não estiverem melhorando.

O tratamento com as evidências mais fortes para esta condição é a injeção de cortisona. A cortisona é um medicamento anti-inflamatório que acalma o inchaço dentro do túnel. Uma única injeção alivia os sintomas em 82% das pessoas, e mais da metade delas permanece sem sintomas por pelo menos 12 meses. Usar a ultrassonografia para guiar a injeção pode melhorar o resultado e também nos ajuda a confirmar exatamente o que estamos tratando. Associar a injeção a uma tala que mantém o punho imóvel funciona melhor do que a injeção isoladamente. Se os sintomas voltarem, uma segunda injeção continua sendo uma opção razoável, e não um sinal de que as injeções falharam. Se você tem diabetes, uma única injeção tem menor probabilidade de surtir efeito do que em outras pessoas, mas cada nova injeção continua funcionando tão bem quanto a anterior.

A maioria das pessoas não vai precisar de cirurgia. Consideramos a cirurgia quando o tratamento não cirúrgico não trouxe melhora suficiente, ou quando o polegar, além de doer, também prende e trava, o que tende a não melhorar sozinho. A operação libera o teto apertado do túnel para que os tendões voltem a deslizar livremente. É uma operação pequena, com uma página própria que descreve o que ela envolve.

O que esperar

Para a maioria das pessoas, esta condição não desaparece sozinha rapidamente. A maioria das pessoas que a desenvolvem ainda tem sintomas um ano depois se nada for feito, e a dor tende a piorar com o uso, em vez de desaparecer de forma constante. Um pequeno número de pessoas (cerca de uma em cada três) acabará precisando de cirurgia em até dois anos, e a maioria das que precisam chega a esse ponto no primeiro ano.

O prognóstico com tratamento é bom, dito com honestidade. Uma única injeção de cortisona resolve completamente os sintomas em 70% das pessoas, e mais 10% são curadas por uma segunda injeção. No total, as injeções têm sucesso em 73.4% dos casos com até duas injeções. Quando a cirurgia é necessária, ela funciona bem: 88% das pessoas ficam totalmente satisfeitas depois, e a operação cura o problema em 91% dos casos.

Como é a recuperação depende do caminho que você escolher. Após uma injeção, a dor geralmente diminui ao longo de dias a semanas, à medida que o inchaço dentro do túnel melhora. Após a cirurgia, os tendões voltam a deslizar livremente, e a melhora geralmente vem mais cedo com o método por pequena câmera (endoscópico) do que com o método aberto. A terapia da mão após a cirurgia é feita com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Ruby é especialista em terapia da mão: ela orienta a sua terapia e confecciona qualquer tala de que você precise.

Vale a pena saber algumas coisas desde o início. Se você tem diabetes ou síndrome metabólica (um conjunto de problemas de saúde que inclui pressão alta e excesso de peso na região da cintura), as injeções têm menor probabilidade de funcionar no seu caso do que em outras pessoas. A forma como você encara a condição também importa: pessoas que esperam o pior tendem a relatar mais dor e menor função, por isso ajuda ter expectativas corretas, em vez de medos sobre o que esta condição significa.

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, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista.

Quando procurar ajuda médica

A maioria dos sinais de alerta desta condição já foi abordada na primeira seção acima: dor que não está melhorando, que está piorando ao longo de semanas, que acorda você à noite ou que impede você de trabalhar ou de usar a mão. Se algum deles se aplica a você, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com especialista.

Um sinal merece ser mencionado novamente aqui. Se o seu polegar, além de doer, também prende ou trava, informe isso a quem for atender você. Essa forma do problema tende a não melhorar apenas com repouso ou tala, e muda quais tratamentos funcionam bem, por isso vale a pena mencioná-la cedo, em vez de esperar para ver se passa.

O mesmo conselho vale se a dor ficar um pouco fora do local habitual, por exemplo mais acima no antebraço ou sobre a base do polegar. Várias outras condições podem imitar esta, e elas respondem a tratamentos diferentes. Um exame cuidadoso esclarece qual delas você tem.

Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a sua mão ou o seu braço ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, ou se os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados.

Em maior profundidade

Esta seção aborda tópicos além do necessário para a tomada de decisões terapêuticas por parte do paciente. A tenossinovite de De Quervain merece essa leitura adicional devido a uma pequena variante anatômica que explica grande parte da insatisfação pós-operatória, mesmo em casos em que o procedimento cirúrgico é, em geral, eficaz. Além disso, o melhor resultado sem intervenção cirúrgica é obtido pela combinação de dois tratamentos, em vez da escolha de apenas um deles.

A COMBINAÇÃO DOS TRATAMENTOS SUPERA CADA UM DELES ISOLADAMENTE

O primeiro compartimento dorsal abriga dois tendões num túnel localizado no lado do polegar do punho. O objetivo do tratamento é controlar a inflamação nesse túnel e reduzir a carga que nele atua.

Uma metanálise de rede envolvendo **823** pacientes concluiu que **a injeção de corticosteroide associada a um breve período de imobilização continua sendo o tratamento primário e eficaz**, sendo a terapia por ondas de choque extracorpóreas uma opção secundária [1]. Ao analisar separadamente cada intervenção, **as abordagens que combinam órtese e injeção de corticosteroide são mais eficazes do que qualquer uma delas isoladamente** [2].

Essa orientação é mais específica do que o conselho genérico “use uma tala e, se não funcionar, aplique uma injeção”. As evidências científicas respaldam a aplicação conjunta dessas medidas, com a tala sendo utilizada por um curto período após a injeção.

UMA SEGUNDA INJEÇÃO AINDA VALE A PENA

Quando os sintomas retornam, o reflexo natural é concluir que as injeções falharam e optar pela cirurgia. No entanto, os dados obtidos de um grande grupo de pacientes indicam o contrário: embora **a taxa de sucesso diminua com múltiplas injeções, as injeções repetidas apresentam alta taxa de sucesso e constituem uma opção clínica viável** [3].

É esperado que a eficácia das injeções diminua com a repetição. Contudo, uma taxa de sucesso menor não equivale a ineficácia; portanto, a segunda injeção continua sendo uma medida razoável, e não apenas uma tática para adiar o tratamento cirúrgico.

A VARIANTE QUE EXPLICA A MAIORIA DAS DECEPÇÕES CIRÚRGICAS

A liberação do primeiro compartimento dorsal é eficaz; porém, quando ocorrem insucessos, geralmente há um motivo específico. A insatisfação do paciente pode advir de **liberação incompleta, subluxação tendínea, lesão nervosa ou simplesmente do tempo de recuperação**. Além disso, **a existência de uma bainha do extensor pollicis brevis não identificada e não liberada é uma causa concreta de insatisfação** [4].

Esse ponto merece destaque, pois é o fato mais relevante desta seção. Em uma proporção considerável de pacientes, o compartimento não é um único túnel, mas dois: o tendão do extensor pollicis brevis corre em sua própria bainha, separada das demais. Uma liberação que abre apenas o compartimento principal deixa essa segunda bainha intacta, mantendo o tendão comprimido. O punho é aberto, a cirurgia é concluída conforme descrito, mas os sintomas persistem.

É também por esse motivo que as outras duas causas listadas são importantes: uma liberação excessiva permite que os tendões se subluxem para fora do sulco durante os movimentos do punho, gerando um estalo doloroso; além disso, o ramo superficial do nervo radial cruza exatamente sobre a área operatória. O compartimento deve ser aberto por completo, porém sem exageros, especialmente com um nervo no caminho – razão pela qual uma cirurgia aparentemente simples exige o mesmo cuidado que uma operação mais complexa.

NEM TODA DOR NO PUNHO RADIAL SE DEVE À SÍNDROME DE DE QUERVAIN

A dor nessa região apresenta diversas possíveis causas que vale a pena conhecer, pois os tratamentos são distintos: artrite na base do polegar, síndrome da intersecção a poucos centímetros mais acima no antebraço e irritação do nervo radial podem todas provocar dor na mesma área. A sensibilidade localizada exatamente sobre o compartimento em questão, com dor que se reproduz ao realizar desvio ulnar do punho com o polegar dobrado na palma da mão, é o que indica que o problema está na bainha tendinosa e não em estruturas vizinhas.

REFERÊNCIAS

- [1] Chong HH, Pradhan A, Dhingra M, Liong W, Hau MY, Shah R. Avanços no tratamento da tenossinovite de De Quervain: uma meta-análise de rede abrangente de ensaios clínicos randomizados. J Hand Surg Am. 2024;49(6):557-69. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2024.03.003>
- [2] Cavaleri R, Schabrun SM, Te M, Chipchase LS. Terapia ocupacional versus injeções de corticosteroides no tratamento da doença de De Quervain: uma revisão sistemática e meta-análise. J Hand Ther. 2016;29(1):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.jht.2015.10.004>

- [3] Hassan K, Sohn A, Shi L, Lee M, Wolf JM. Tenossinovite de De Quervain: avaliação da epidemiologia e da utilidade de múltiplas injeções com base em um banco de dados nacional. J Hand Surg Am. 2022;47(3):284.e1-284.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2021.04.018>
- [4] Rogozinski B, Lourie GM. Insatisfação após liberação do compartimento dorsal para tratamento da tendinopatia de De Quervain. J Hand Surg Am. 2016;41(1):117-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.09.003>