

Síndrome da Interseção

Síndrome da interseção: o atrito que ocorre quando os tendões do polegar cruzam os tendões extensores do punho, a poucos centímetros acima do punho, provoca dor e inchaço.

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 da interseção provoca dor e inchaço na parte de trás do antebraço, do lado do polegar, um pouco acima do punho (aproximadamente à distância de uma mão a partir do tubérculo ósseo na parte dorsal do punho). Não se trata de dor na própria articulação do punho, mas numa região mais alta, onde os músculos do antebraço se cruzam uns com os outros.

Geralmente, a dor piora ao estender o punho para trás ou ao mover o polegar, e costuma surgir após períodos de atividade repetitiva: remo, levantamento de pesos, esportes com raquete, jardinagem ou muito trabalho que exija o uso intenso do teclado ou do punho. Muitas pessoas percebem inchaço na área dolorida, e algumas sentem ou até ouvem um leve estalido, rangido ou atrito ao mover o punho, como se algo estivesse se esfregando. Isso às vezes é chamado de som de “couro molhado”.

O que está realmente acontecendo

Na parte posterior do antebraço, dois grupos de músculos se cruzam formando um “X”. Um grupo se estende até o polegar; o outro desce para movimentar o punho. No ponto de cruzamento, a poucos centímetros acima do punho, os tendões deslizam um sobre o outro dentro de suas bainhas lisas.

Quando se realizam muitos movimentos repetitivos do punho, esse ponto de cruzamento fica irritado e inflamado. O revestimento das bainhas tendinosas incha, a fricção aumenta e os tecidos ficam sensíveis e inchados, provocando dor, inchaço e ruídos ao movimentar o punho. Trata-se de um **problema por uso excessivo**, não de uma lesão decorrente de um único acidente; também não é o mesmo que a síndrome de De Quervain, um problema relacionado nos tendões do lado do polegar, localizado mais abaixo, bem na altura do punho. A síndrome da interseção ocorre mais acima.

A boa notícia é que o tecido irritado melhora bastante assim que o atrito cessa, e, na maioria das pessoas, essa condição não causa danos duradouros.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara orienta nossa abordagem para o tratamento dessa condição em nossa clínica. Começamos com cuidados não cirúrgicos e só consideramos a cirurgia caso os sintomas persistam apesar dessas medidas.

Quase todas as pessoas melhoram **sem cirurgia**. Os principais tratamentos são:

- **Evitar a atividade que agrava o problema:** este é o passo mais importante. Reduzir temporariamente a prática de remo, levantamento de peso ou tarefas repetitivas por algumas semanas permite que a inflamação diminua.
- **Uma tala para o punho** que mantém o punho ligeiramente flexionado para trás. Isso permite o repouso dos tendões cruzados, sendo frequentemente usada por algumas semanas.
- **Comprimidos ou géis anti-inflamatórios** (AINEs) para aliviar a dor e o inchaço.
- **Gelo** na área dolorida após a prática de atividades.

Caso essas medidas não surtam efeito, uma **injeção de corticosteroide** no compartimento tendinoso (geralmente guiada por ultrassom para maior precisão) costuma reduzir a inflamação. Para o pequeno número de pacientes cujos sintomas continuam a reaparecer apesar de tudo isso, uma pequena cirurgia para liberar e limpar a bainha do tendão irritado é muito eficaz. Contudo, esse procedimento raramente é necessário.

O que esperar

A maioria das pessoas se recupera em algumas semanas a alguns meses, desde que evitem atividades extenuantes e usem uma tala. O prognóstico é excelente: trata-se de uma condição que realmente melhora, sem deixar fraqueza ou rigidez permanentes após a resolução.

O principal fator que pode provocar a recorrência é o retorno prematuro às mesmas atividades pesadas ou repetitivas. Retomar essas atividades de forma gradual, e, quando aplicável, ajustar a técnica ou o equipamento utilizado (por exemplo, a forma de segurar os remos por remadores ou a pegada na barra na academia), ajuda a prevenir novos episódios.

Quando procurar um especialista

- Dor e inchaço na parte de trás do antebraço que não melhoram após algumas semanas de repouso e uso de talas.
- Um som de rangido ou estalido na região, ou dor que piora toda vez que você volta às atividades esportivas ou ao trabalho.

- Sintomas que persistem apesar do repouso; merecem avaliação, pois uma injeção guiada por ultrassom pode ser útil.
- Qualquer **febre, pele vermelha e quente ou inchaço que piora rapidamente**: procure um médico imediatamente, pois isso indica algo além de mero uso excessivo.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A síndrome da interseção merece ser lida com mais atenção, principalmente por causa do que ela é confundida; ela está localizada a poucos centímetros da tenossinovite de De Quervain, tem tratamento diferente, e as evidências que as distinguem são, na verdade, escassas.

ONDE SE LOCALIZA A DOR, E POR QUE ISSO DEFINE O DIAGNÓSTICO

Dois músculos que se conectam ao polegar cruzam os dois tendões extensores do punho, a cerca de quatro a oito centímetros acima do punho, na face posterior do antebraço. O atrito nesse ponto de cruzamento gera dor, inchaço e, às vezes, um som ou sensação de “estalo” ao mover o punho.

A localização da dor é o que define o diagnóstico. Na síndrome de De Quervain, a dor é sentida diretamente no punho, sobre a proeminência óssea do lado do polegar. Na síndrome de interseção, a dor é percebida claramente mais acima, no antebraço. Ambas são desencadeadas pelo movimento do polegar e do punho, e ambas podem causar inchaço; porém, o ponto de maior sensibilidade à palpação é o que as diferencia, de forma tão consistente que, na maioria dos casos, exames de imagem não são necessários.

O QUE DIFERENCIA AS DUAS POPULAÇÕES

A comparação direta envolveu um número reduzido de pacientes, **80**, mas foi esclarecedora. A síndrome da interseção ocorreu **com maior frequência em homens e na mão dominante** do que a doença de De Quervain, tanto entre todos os pacientes quanto quando mulheres no período periparto foram excluídas; além disso, os pacientes com síndrome da interseção apresentaram **duração dos sintomas muito menor** [1].

Cada um desses aspectos está de acordo com o mecanismo fisiopatológico. A síndrome da interseção é uma lesão por atrito decorrente de movimentos repetitivos de extensão do punho, como em remo, treinamento com pesos, esportes com raquetes e trabalhos manuais pesados; por isso, afeta mais o lado dominante e grupos profissionalmente expostos. A menor duração dos sintomas reflete o fato de que ela geralmente surge após alguma mudança identificável nas atividades do paciente, em vez de se desenvolver de forma insidiosa ao longo do tempo.

Por outro lado, a comparação com a doença de De Quervain também é esclarecedora: a exclusão das mulheres no período periparto alterou os resultados da comparação, o que evidencia a forte associação dessa condição com o período pós-parto – associação essa que não se aplica à síndrome da interseção.

TRATAMENTO E UMA EXPOSIÇÃO HONESTA DAS EVIDÊNCIAS

Na grande maioria dos casos, o tratamento é conservador: repouso relativo em relação ao movimento que desencadeia os sintomas, uso de uma tala tipo “spica para o polegar”, medidas anti-inflamatórias e correção da técnica ou da carga de trabalho responsáveis pelo problema. Quando isso não surte efeito, aplica-se injeção de corticosteroide no espaço afetado; a liberação cirúrgica do segundo compartimento é reservada para o pequeno número de pacientes que não respondem ao tratamento.

A base de evidências que sustenta essa sequência de intervenções é escassa. A literatura científica é composta, em grande parte, por séries de casos e relatos descritivos; não existem ensaios clínicos comparando as diversas opções terapêuticas, e o maior estudo comparativo disponível é a série acima mencionada envolvendo **80** pacientes [1]. A hierarquia de tratamentos baseia-se mais no mecanismo fisiopatológico e na experiência clínica do que em comprovação objetiva de superioridade; isso merece ser declarado abertamente, em vez de sugerir uma base científica mais sólida do que realmente existe.

Na prática, o melhor que se pode oferecer a esses pacientes é, justamente, o diagnóstico correto. Como a condição é autolimitada após a eliminação da carga que a desencadeia, identificar adequadamente o local afetado – e, conseqüentemente, o movimento a ser modificado – já representa a maior parte do tratamento.

REFERÊNCIAS

[1] Sato J, Ishii Y, Noguchi H. Características clínicas e ultrassonográficas em pacientes com síndrome da interseção ou doença de De Quervain. J Hand Surg Eur Vol. 2015;41(2):220-5. <https://doi.org/10.1177/1753193415614267>