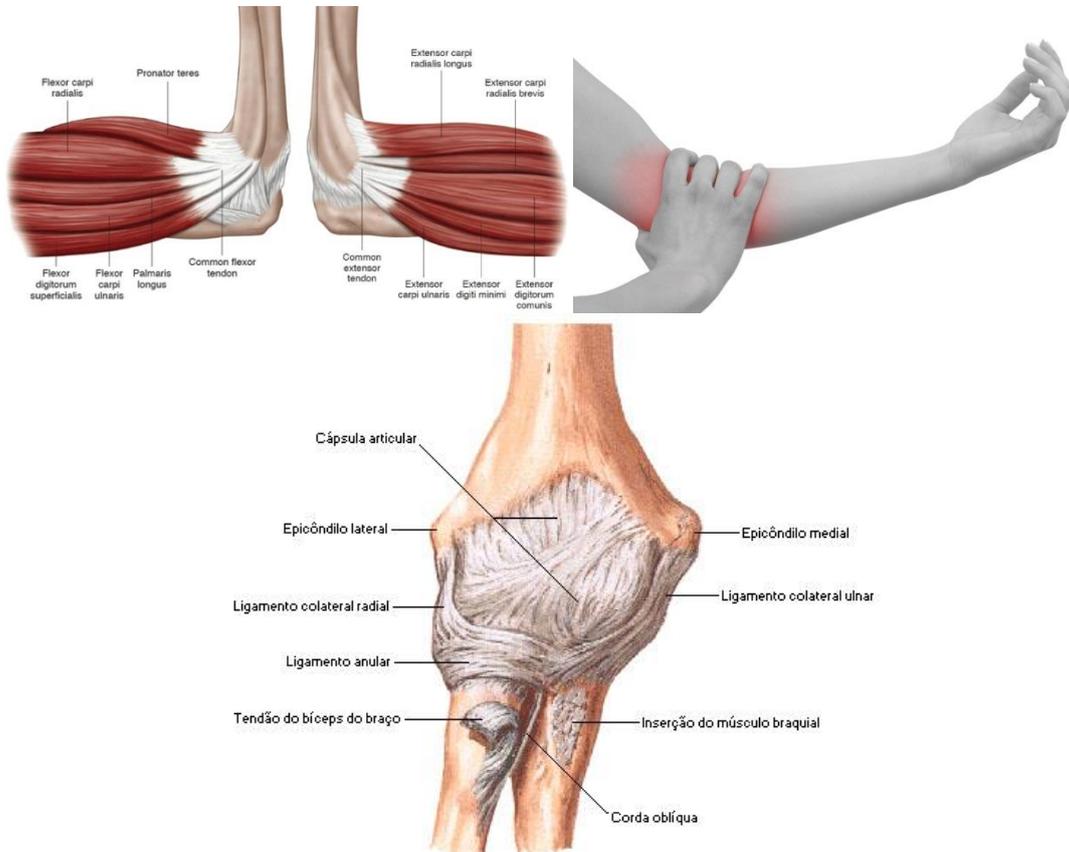


# EPICONDILITES LATERAL E MEDIAL



Epicôndilos são proeminências ósseas do úmero distal onde se originam muitos dos músculos que realizam os movimentos do antebraço. No epicôndilo lateral (ou externo) se originam músculos extensores comuns, que estendem o punho e os dedos; e no epicôndilo medial (ou interno) se originam os músculos da massa flexopronadora, que fletem o punho e fecham os dedos, como em um movimento de, por exemplo, segurar a alça de uma mala. Dependendo do tipo de atividade que o paciente realiza, principalmente se for repetitiva, pode ocorrer uma inflamação dolorosa na interface entre músculo e osso, que muitas vezes atrapalha o paciente a exercer suas atividades profissionais ou esportivas.

## EPICONDILITE LATERAL



Neste tópico abordaremos primeiro a epicondilite lateral, também conhecida como “cotovelo do tenista”. Esta não só é a epicondilite mais comum como também é a causa mais comum de dor no cotovelo, podendo afetar anualmente até 3% da população adulta. Sua ocorrência é igual entre homens e mulheres, com incidência maior entre 35 e 50 anos, com preferência pelo membro dominante. Além de acometer tenistas, outros grupos de risco para esta afecção são operários da construção civil, carregadores, estivadores e técnicos que realizam com frequência movimentos de prensão com ferramental pesado, como torneiros mecânicos e soldadores: por isso é necessário uma correta ergonomia no trabalho, com ferramentas leves, anatômicas e automatizadas sempre que possível; o respeito aos intervalos de descanso, especialmente nos serviços braçais; e um departamento de saúde do trabalho atuante dentro da empresa, com autonomia para realizar as mudanças necessárias e prevenir essa e outras doenças do trabalho. Já os tenistas devem evitar raquetes pesadas, com grip inadequado, e com as cordas muito tensas. Também é importante ter uma boa técnica nos movimentos de *swing*, principalmente com o *backhand*, que frequentemente causa dor em atletas com pouco preparo. Se não tomados esses cuidados, um tenista tem chance de até 50% em desenvolver a epicondilite lateral.

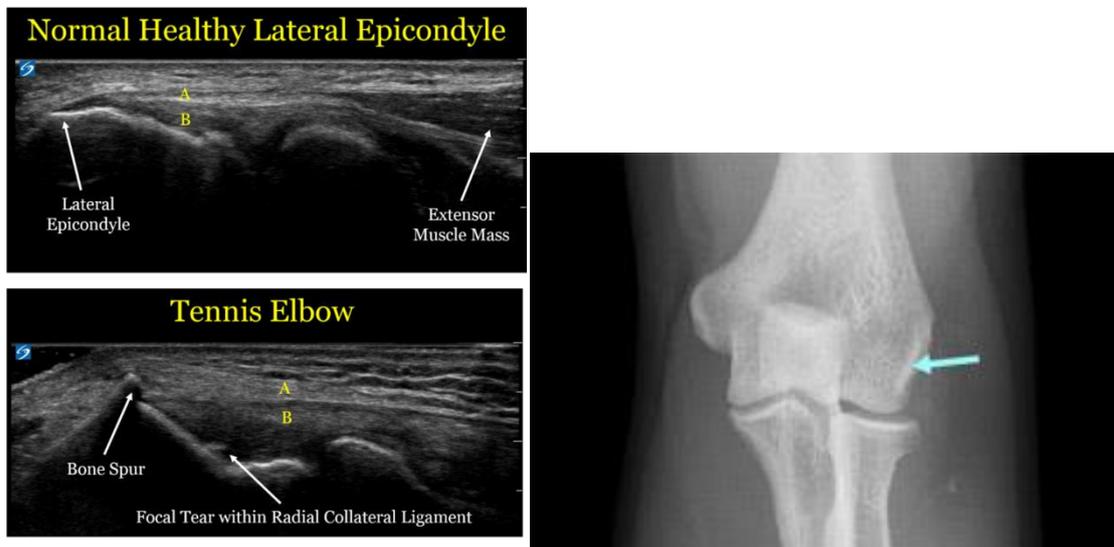


## Sintomatologia

A epicondilite lateral começa como uma microruptura da origem do músculo extensor radial curto do carpo, mas pode envolver o extensor radial longo e o extensor ulnar do carpo. Os sintomas mais comuns são dor ao movimento de preensão ou extensão do punho, acompanhados de dor ao toque logo abaixo do epicôndilo lateral. Assim, um bom exame físico geralmente é suficiente para fazer o diagnóstico correto e excluir outras doenças, como a síndrome do túnel radial.

## Exames complementares

O Raio-X não é pedido de rotina e quase sempre é normal, a não ser em alguns casos crônicos que já podem apresentar alguma calcificação dos tendões. A ressonância não é necessária para o diagnóstico, mas pode ser útil quando há dúvida no diagnóstico. Já a ultrassonografia apresenta uma melhor correlação clínico-radiológica, porém médico depende de um radiologista experiente familiarizado com o exame do cotovelo.



*As alterações no ultrassom (à esquerda) e no Raio-X (à direita) são sutis, e precisam ser avaliadas por um radiologista experiente*

## Exercises for Tennis Elbow Relief

- 1** Eccentric Exercise  
10 reps x 3 sets



- 4** Forearm Flexor Stretch  
10 reps x 3 sets



- 7** Forearm Pronation  
10 reps x 3 sets



- 2** Forearm Extensor Stretch  
hold for 30 seconds x 3 sets



- 5** Ball squeezes  
hold for 10 seconds x 2 sets



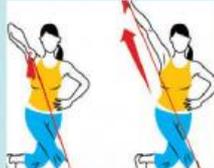
- 8** Bicep curls  
10 reps x 3 sets



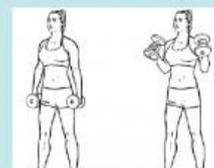
- 3** Tricep Stretch  
hold for 30 seconds x 3 sets



- 6** "Drawing the Sword"  
10 reps x 3 sets



- 9** Hammer curls  
10 reps x 3 sets



## Tratamento

O tratamento não-cirúrgico é a primeira linha de tratamento, que incluiu mudança de atividades, anti-inflamatórios, gelo e fisioterapia. Injeção de corticóides, ondas de choque extracorpóreas e acupuntura são adjuvantes importantes. Nos tenistas, é importante redobrar os cuidados já descritos com as raquetes, e treinar os movimentos que sobrecarregam os extensores do punho. Este tratamento pode demorar, mas tem até 95% de sucesso. A cirurgia raramente é indicada, sendo reservada para casos que não melhoram após 6 a 12 meses de terapia não-cirúrgica. A técnica mais utilizada é aberta, e consiste na liberação e debridamento ("limpeza") do extensor radial curto do carpo

## EPICONDILITE MEDIAL



A epicondilite medial (ou interna), também conhecida como “cotovelo do golfista”, por sua vez é bem mais rara, sendo também menos estudada e de tratamento mais difícil. Também acomete igualmente homens e mulheres na faixa etária produtiva, e 75% dos casos ocorrem no membro dominante. Porém, devido ao fato de acometer a origem da massa flexopronadora, a epicondilite medial é mais freqüente em praticantes de golfe, *baseball* e boliche. A epicondilite medial também ocorre nos tenistas, porém mais raramente do que a lateral. Os movimentos implicados no desenvolvimento desta afecção são principalmente o *forehand stroke* e o *late Ball strike* ( movimento em que raquete já se encontra posterior ao cotovelo quando do contato com a bola), que também devem ser adequadamente trabalhados para evitar lesões.

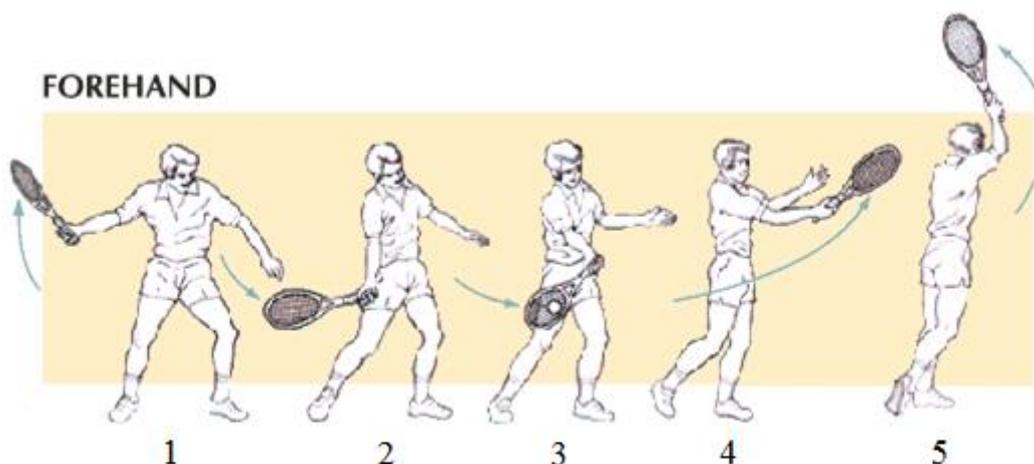


Image from: <http://www.psja.k12.tx.us>

Trabalhadores como encanadores, marceneiros e operários da construção civil também são acometidos, principalmente aqueles que carregam malas/caixas de ferramentas acima

de 20kg e que são expostos a vibração no cotovelo – o exemplo clássico é o operador de britadeira.



A patologia é causada por um microtraumas nos músculos flexopronadores, mais comumente no pronador redondo, seguido pelo flexor radial do carpo. Nos atletas, a epicondilite medial pode ser acompanhada por neuropatia do nervo ulnar ou insuficiência do ligamento colateral ulnar, enquanto na epicondilite medial ocupacional os quadros associados mais comuns são a síndrome do túnel do carpo, síndrome do manguito rotador ou a própria epicondilite lateral.

### Sintomatologia e exames complementares

Os sintomas são dor um pouco abaixo do epicôndilo medial, piorada por movimento de preensão e movimentação do punho. O diagnóstico também é feito com um bom exame clínico – da mesma forma que na epicondilite lateral, aqui o Raio-X costuma ser normal e exames como ultrassom e ressonância magnética são reservados para casos em que a fonte de dor é incerta. Em raros casos em que há sintomatologia do nervo ulnar, a eletroneuromiografia é uma boa pedida.

### Tratamento

O tratamento também segue a mesma linha – todos os casos são conduzidos inicialmente com exercícios específicos de fisioterapia, medicação anti-inflamatória, mudança de atividades e em alguns casos infiltração de corticóides, ondas de choque extracorpóreas ou acupuntura. A cirurgia – liberação aberta e reinserção da origem da massa flexopronadora – é indicada apenas nos casos que não

**melhoram com seis meses de tratamento não-cirúrgico. A diferença é que tanto o tratamento não-operatório quanto o operatório tem resultados piores do que na epicondilite lateral, talvez pela menor quantidade de estudos sobre a epicondilite medial.**

**Autor: Dr Daniel Naya Loures  
Médico Ortopedista e Traumatologista  
Graduado em Medicina pela UFJF  
Residência em Ortopedia e Traumatologia na USP – Ribeirão Preto  
Especialização em Cirurgia do Quadril na UNIFESP – São Paulo**