

Alternativas de tratamento na tenossinovite de De Quervain

BRUNO RODRIGUES JANIN, JOSE DE GERVAIS CAVALCANTE VIEIRA FILHO, LETÍCIA MARQUES RENOSTO, ALIK AMAR BUTTNER, JAIME ANDRÉS ZAMORA RIVERA, RENATA POUBEL SUHETT

Objetivo

Demonstra as alternativas terapêuticas adotadas como conduta na 11ª Enfermaria da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro nos pacientes diagnosticados com tenossinovite de De Quervain, objetivando tratamento adequado, diminuição ao máximo das possibilidades de recidiva e proporcionar a obtenção de cicatriz estética nos casos em que o tratamento conservador não apresenta resposta satisfatória.

Método

Foram revisados os prontuários de pacientes atendidos no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2009, no ambulatório de cirurgia de mão da nossa instituição. Foram selecionados 40 pacientes com diagnóstico de tenossinovite de De Quervain. Destes, 38 (95%) pacientes eram do sexo feminino. Em 34 (85%), a tenossinovite estava presente na mão dominante. Os critérios de inclusão adotados foram: prontuários corretamente preenchidos, com dados completos; pacientes que não abandonaram o tratamento; dor em projeção do processo estilóide do rádio, com ou sem irradiação; perda de força; teste de Finkelstein positivo, isto é, queixa de dor ao desvio ulnar do punho, após flexão completa do polegar até a palma da mão. Feito o diagnóstico e indicado o tratamento, este foi iniciado com infiltração de 3 mg de acetato de betametasona e 3,945 mg de fosfato dissódico de betametasona (Celestone® Soluspan) na bainha tendinosa, em topografia anatômica do primeiro túnel extensor, seguida de imobilização do polegar e punho, com retorno em 3 semanas, quando era avaliada a resolução do quadro algico ou indicada nova infiltração medicamentosa

para casos de dor persistente e nova reavaliação em 4 semanas. Nos casos sem resposta satisfatória ao tratamento conservador, após 2 tentativas de infiltração, foi proposta conduta cirúrgica, com explicação detalhada do procedimento ao paciente. No ato cirúrgico, foram utilizados como métodos anestésicos, anestesia local ou bloqueio do plexo braquial a nível axilar e sedação. Realizados esvaziamento venoso e colocação de manguito pneumático, graduado com o dobro da pressão arterial sistólica, com o intuito de permitir a correta visualização das estruturas anatômicas e suas possíveis variações. Identificação do primeiro compartimento extensor com a presença da apófise do rádio. Foi realizada marcação em "S" itálico, seguida de incisão da pele e divulsão cuidadosa do tecido celular subcutâneo, localizando-se o nervo cutâneo radial, que apresenta trajeto superficial sobre o ligamento dorsal do carpo ao nível do primeiro compartimento. Foi realizada, então, secção longitudinal do ligamento, abertura do retináculo dos extensores e exploração criteriosa do compartimento em busca de túneis secundários, com a liberação completa dos tendões extensor curto do polegar e tendão abductor longo do polegar. Em seguida, feita sutura simples com nylon 4.0, sendo esta a técnica cirúrgica empregada. Foi realizado curativo oclusivo dorso-radial, com abdução do polegar por duas semanas. Exercícios passivos de flexão do polegar foram encorajados após 24 horas de cirurgia. Os pacientes foram orientados a retornar em 7 dias para avaliação de evolução da ferida cirúrgica e troca de curativos. Após 14 dias, foram retirados os pontos de sutura e liberada a fisioterapia.

Resultados

Dentre os 40 pacientes que apresentaram diagnóstico de tenossinovite de De Quervain, todos (100%) foram submetidos a tratamento médico com infiltrações com corticoides. Destes, 12 (30%) pacientes apresentaram melhora da sintomatologia algica, com teste de Finkelstein negativo ao exame. Aos 28 (70%) pacientes que não obtiveram resolução satisfatória foi proposta cirurgia, sendo aceita por 26 (65%) destes e recusada por 2 (5%). Dentre estes, na consulta de revisão posterior à fisioterapia indicada (10 sessões), 8 (30,5%) queixaram-se de hiperestesia, 3 (11%) de fibrose cicatricial, com resolução após fisioterapia e outros 2 (7,5%) de equimose localizada, com resolução espontânea. No seguimento pós-operatório após seis meses de cirurgia, 2 (7,5%) pacientes persistiram com dor na projeção do processo estilóide do rádio, sem irradiação, perda da força, perda do movimento do polegar e teste de Finkelstein positivo, sendo estes os critérios de recidiva e os outros 24 (92,5%) pacientes apresentaram resolução cirúrgica positiva.

Conclusão

No tratamento da tenossinovite de De Quervain nossa conduta terapêutica medicamentosa apresenta baixo custo e resolutividade da ordem de 30% dos casos, estando no restante dos pacientes indicada abordagem cirúrgica. A cirurgia, por sua vez, é uma excelente opção para o tratamento da tenossinovite de De Quervain, já que executamos liberação completa do retináculo dos tendões extensores do primeiro túnel, deixando-os livres e revisando a presença de túnel acessório.