



RBO

REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA

www.rbo.org.br



Artigo Original

Neuropatia compressiva cubital no cotovelo: neurólise *in situ* versus transposição anterior—Estudo comparativo[☆]



Marco Sousa*, Ricardo Aido, Miguel Trigueiros, Rui Lemos e César Silva

Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 25 de junho de 2013

Aceito em 21 de outubro de 2013

On-line em 27 de junho de 2014

Palavras-chave:

Nervo ulnar

Cotovelo

Dor

Parestesia

Síndrome do túnel ulnar

RESUMO

Objetivo: Comparar os resultados de duas das técnicas cirúrgicas mais usadas, a descompressão *in situ* e a transposição subcutânea. Foram revistos os processos dos doentes tratados cirurgicamente num hospital universitário público entre janeiro de 2004 e dezembro de 2011. Foram excluídas compressões proximais do nervo, deformidades angulares do cotovelo e doenças sistêmicas associadas a neuropatia não compressiva.

Metodos: Foram incluídos 97 casos (96 doentes). Segundo o escore modificado de McGowan, 14,4% dos pacientes encontravam-se no Grau Ia, 27,8% no II, 26,8% no IIb e 30,9% no III. A neurólise *in situ* do cubital foi feita em 64 casos e a transposição anterior subcutânea em 33. **Resultados:** Segundo o escore modificado de Wilson e Knout, os resultados foram excelentes em 49,5%, bons em 18,6%, apenas satisfatórios em 17,5% e pobres em 14,4%. Na comparação das duas técnicas observamos valores similares de resultados excelentes ou bons. Os graus IIb e III estão associados a mais resultados menos satisfatórios ou maus independentemente da técnica cirúrgica.

Conclusão: As duas técnicas se revelam eficientes e seguras no tratamento do síndrome do túnel cubital.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Cubital compressive neuropathy in the elbow: *in situ* neurolysis versus anterior transposition – comparative study

ABSTRACT

Objective: To compare the results from two of the most commonly used surgical techniques: *in situ* decompression and subcutaneous transposition. The processes of patients treated surgically in a public university hospital between January 2004 and December 2011 were reviewed. Cases of proximal compression of the nerve, angular deformity of the elbow and systemic diseases associated with non-compressive neuropathy were excluded.

Keywords:

Ulnar nerve

Elbow

Pain

[☆] Trabalho desenvolvido no Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Centro Hospitalar do Porto, Porto, Portugal.

* Autor para correspondência.

E-mail: marcoguedes81@gmail.com (M. Sousa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.10.016>

0102-3616 © 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda.

Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Paresthesia
Ulnar tunnel syndrome

Methods: Ninety-seven cases were included (96 patients). According to the modified McGowan score, 14.4% of the patients presented grade Ia, 27.8% grade II, 26.8% grade IIb and 30.9% grade III. *In situ* neurolysis of the cubital was performed in 64 cases and subcutaneous anterior transposition in 33.

Results: According to the modified Wilson and Knout score, the results were excellent in 49.5%, good in 18.6%, only satisfactory in 17.5% and poor in 14.4%. In comparing the two techniques, we observed similar numbers of excellent and good results. Grades IIb and III were associated with more results that were less satisfactory or poor, independent of the surgical technique.

Conclusion: Both techniques were shown to be efficient and safe for treating cubital tunnel syndrome.

© 2014 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. Este é um artigo Open Access sob a licença de [CC BY-NC-ND](#)

Introdução

Após a observação de que o nervo cubital era comprimido no cotovelo, num espaço fibroósseo definido por um ligamento entre o epicôndilo medial e o olecrânio, Feindel e Stratford¹ usaram o termo “síndrome túnel cubital” pela primeira vez. Um ano antes Osborne² havia descrito a descompressão simples do nervo por meio da secção desse mesmo ligamento. As primeiras publicações, no entanto, datam de 1878, ano em que Panas³ descreveu a condição e Marchand⁴ descreveu um procedimento para libertar e alongar o nervo cubital. A condição de “neurite tóxica do cubital” foi também descrita por Buzzard⁵ em 1922 e duas décadas mais tarde Learmonth⁶ descreveu também técnicas para a descompressão e transposição submuscular e intramuscular.

A compressão do nervo cubital é uma condição comum e pode ocorrer em vários níveis. A compressão no cotovelo representa a forma mais comum de compressão cubital⁷⁻⁹ e a segunda neuropatia de compressão mais frequente do membro superior.

O diagnóstico é baseado em sintomas, sinais, testes ortopédicos e estudos eletrofisiológicos.

Muitos casos de síndrome túnel cubital podem ser tratados conservadoramente sem cirurgia. Ainda assim, alguns necessitam de tratamento cirúrgico com vista a evitar a persistência de sintomas e a progressão da deterioração neurológica. O tratamento cirúrgico deve ser guiado pelo seguintes princípios: 1) libertação de todos os sítios possíveis de compressão; 2) preservação da vascularização do nervo cubital no cotovelo; 3) mobilização precoce do cotovelo.

As opções cirúrgicas mais comuns incluem descompressão simples, epicondilectomia medial, transposição anterior subcutânea, transposição anterior intramuscular e transposição anterior submuscular.

O cotovelo é uma articulação dinâmica. Ao longo do dia flete e estende para colocar a mão em posições funcionais. Com a mobilidade, mudanças associadas ocorrem na forma e no espaço do túnel cubital. Com a flexão do cotovelo o túnel torna-se mais achatado,¹⁰ o ligamento arcuado tensiona-se¹¹ e leva à diminuição do espaço disponível para o nervo^{11,12} e ao aumento da pressão dentro do túnel.¹³

Feindel e Stratford¹ e Osborne² preconizaram que a secção da banda fibrótica, que forma o teto do referido túnel, seria suficiente para o alívio da pressão e o conseqüente alívio dos sintomas na maioria dos casos.

Em condições naturais o nervo sofre também tração e excursão durante o movimento normal do cotovelo.

A transposição anterior visa a transferência do nervo para um ponto anterior ao eixo de mobilização do cotovelo, diminui a tensão e elimina também a pressão do túnel cubital.

Não existe consenso na literatura sobre o tratamento cirúrgico ótimo para o síndrome do túnel cubital. A transposição anterior é talvez o procedimento mais efetuado.¹⁴ Apesar disso, outros autores defendem a tese de que a simples descompressão é tão eficaz quanto a transposição e apresenta taxa de sucesso semelhante e taxa de complicações mais baixa.¹⁵⁻¹⁷

Este trabalho visa expandir a informação sobre a comparação de resultados entre duas técnicas amplamente usadas para o tratamento do síndrome do túnel cubital: a descompressão *in situ* e a transposição anterior subcutânea.

Material e métodos

Foram revistos os registros de todos os doentes tratados cirurgicamente na nossa instituição entre janeiro de 2004 e dezembro de 2011. Como critérios de inclusão consideramos o diagnóstico de síndrome túnel cubital idiopático baseado no exame físico e estudo eletromiográfico. Foram excluídas compressões proximais do nervo, deformidades angulares do cotovelo e doenças sistêmicas associadas a neuropatia não compressiva.

Foram assim obtidos 97 casos, que corresponderam a 96 doentes (56 homens e 40 mulheres) com média de 51,91 anos (15-84). O lado direito foi o envolvido em 51 doentes, enquanto o esquerdo o foi em 46 ([tabela 1](#)).

Todos os doentes foram classificados em quatro graus, de acordo com o sistema de classificação de McGowan modificado.¹⁸ Assim, doentes com sintomas subjetivos e sem achados objetivos foram classificados como Grau I; doentes com boa força intrínseca sem atrofia dos intrínsecos classificaram-se como IIA; os que apresentavam atrofia dos intrínsecos foram classificados como IIB e os com perturbação

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2707445>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2707445>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)