RBO REVISTA BRASILEIRA DE ORTOPEDIA
www.rbo.org.br

Artigo de Revisão

Síndrome do túnel do carpo – Parte II (tratamento)☆

Michel Chammas[a], *Jorge Boretto*[b], *Lauren Marquardt Burmann*[c], *Renato Matta Ramos*[c], *Francisco Santos Neto*[c] *e Jefferson Braga Silva*[c,*]

[a] *Serviço de Cirurgia da Mão e dos Membros Superiores, Cirurgias dos Nervos Periféricos, Hospital Lapeyronie, Centro Hospitalar Universitário, Montpellier, França*
[b] *Serviço de Cirurgia da Mão, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina*
[c] *Serviço de Cirurgia da Mão, Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, RS, Brasil*

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:
Recebido em 10 de julho de 2013
Aceito em 28 de agosto de 2013
On-line em 20 de junho de 2014

Palavras chave:
Síndrome do túnel do carpo/fisiopatologia
Síndrome do túnel do carpo/etiologia
Síndrome do túnel do carpo/cirurgia
Endoscopia

R E S U M O

Os tratamentos nas formas não deficitárias da síndrome do túnel do carpo (SCC) são a infiltração de corticoide e/ou uma órtese de imobilização noturna. O tratamento cirúrgico, que compreende a secção do retináculo dos flexores (retinaculotomia), é indicado em caso de resistência ao tratamento conservador nas formas deficitárias ou, mais frequentemente, nas formas agudas. Nas técnicas minimamente invasivas (endoscópica e *miniopen*), independentemente de a curva de aprendizado ser mais longa, parece que a recuperação funcional é mais precoce em relação à cirurgia clássica, mas com os resultados em longo prazo idênticos. A escolha depende do cirurgião, do paciente, da gravidade, da etiologia e da disponibilidade do material. Os resultados são próximos de 90% de casos satisfatórios. A recuperação da força necessita de quatro a seis meses após a regressão das dores do tipo dor do pilar (*pillar pain*). Essa cirurgia tem a reputação de ser benigna e apresenta de 0,2% a 0,5% de complicações.

© 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

Carpal tunnel syndrome – Part II (treatment)

Keywords:
Carpal tunnel syndrome/physiopathology
Carpal tunnel syndrome/etiology
Carpal tunnel syndrome/surgery
Endoscopy

A B S T R A C T

The treatments for non-deficit forms of carpal tunnel syndrome (CTS) are corticoid infiltration and/or a nighttime immobilization brace. Surgical treatment, which includes sectioning the retinaculum of the flexors (retinaculotomy), is indicated in cases of resistance to conservative treatment in deficit forms or, more frequently, in acute forms. In minimally invasive techniques (endoscopy and mini-open), and even though the learning curve is longer, it seems that functional recovery occurs earlier than in the classical surgery, but with

☆ Trabalho desenvolvido por uma equipe multinacional no Serviço de Cirurgia da Mão e dos Membros Superiores, Cirurgias dos Nervos Periféricos, Hospital Lapeyronie, Centro Hospitalar Universitário, Montpellier, França, e no Serviço de Cirurgia da Mão, Hospital São Lucas da PUC-RS, Porto Alegre, Brasil.

* Autor para correspondência.
E-mail: jeffmao@terra.com.br (J.B. Silva).

http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.08.008
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

identical long-term results. The choice depends on the surgeon, patient, severity, etiology and availability of material. The results are satisfactory in close to 90% of the cases. Recovery of strength requires four to six months after regression of the pain of pillar pain type. This surgery has the reputation of being benign and has a complication rate of 0.2% to 0.5%.

© 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

A primeira secção do ligamento anular anterior do carpo é atribuída por Amadio,[1] ortopedista canadense, a Herbert Peter H. Galloway, que fez, em 11 de março de 1924, uma exploração do nervo mediano ao túnel do carpo por uma incisão de 2,5 cm distal e 5 cm proximal da dobra de flexão do punho em um paciente com atrofia tenariana e anestesia do indicador e do polegar após uma compressão do punho. Apesar da recuperação da sensibilidade do indicador, a paciente desenvolveu uma contratura dolorosa em flexão do punho relacionada inicialmente a um neuroma do ramo cutâneo palmar do nervo mediano.

Tratamento

Tratamento conservador

Existe um nível suficiente de evidências sobre a eficácia de injeção de corticoide, imobilização por órteses e corticoterapia via oral. Outros tratamentos (ultrassom, laser, diuréticos, vitaminoterapia B6, perda de peso) são controversos. Não existe recomendações com comprovação científica, nem consensos na literatura sobre a estratégia a adotar.[2,3]

Injeção local de corticoide

A ação é a redução do volume tenossinovial e um efeito direto sobre o nervo mediano. O principal risco é a lesão do nervo mediano, muito dolorosa, com sensação de choque elétrico e risco de déficit neurológico e dores persistentes. Outra complicação é o risco de ruptura do tendão.

Usamos um ponto de injeção de 4 cm proximal à prega de flexão do punho a meio caminho entre o tendão do palmar longo (PL) e o flexor ulnar do carpo (FUC), o qual é a extensão do eixo do quarto dedo. Após antissepsia local, a agulha é colocada oblíqua e lentamente a 45° do túnel do carpo. Não deve haver qualquer resistência anormal. Com a outra mão verifica-se se a agulha não está na região intratendínea e mobiliza os dedos passivamente. Em seguida injeta-se lentamente. Uma reação dolorosa e transitória pode ocorrer dentro de horas após a injeção.

A injeção entre o flexor radial do carpo (FRC) e o PL é causa da lesão ao nervo mediano, dada a posição do nervo. Dreano et al.[4] a fizeram no lado ulnar do PL. Dubert e Racasan[5] relataram as medidas do nervo mediano com os tendões do PL, do FRC e do FUC, 1 cm a montante da prega de flexão do punho, e identificaram uma zona de risco situada a 1 cm de cada lado do tendão PL. Eles aconselham injetar através do FRC em um ângulo de 45° distal e 45° ulnar. Não existe diferença entre uma injeção de 1 a 4 cm proximal e uma injeção na prega de flexão do punho.[6]

O alívio é observado após alguns dias a duas-três semanas da aplicação. A injeção local de corticosteroides tem uma eficácia significativamente melhor do que a injeção de placebo em um mês e mais prolongada do que a corticoterapia via oral em dois a três meses.[7] Um alívio temporário após a injeção de corticoide local é um bom prognóstico para o tratamento cirúrgico.[8] Duas injeções não têm mais eficácia do que uma só. Mais de três injeções não é aconselhado. O tempo mínimo recomendado entre duas injeções é de um mês. *Diabetes mellitus* é uma contraindicação. Na SCC intermitente não deficitária, Agarwal et al.[9] encontraram 93,7% de melhoria clínica e na eletroneuromiografia (ENMG) em três meses, 79% em 16 meses, com 50% de normalização ENMG. Gelbermann et al.,[10] em uma série de pacientes com ou sem déficit, tratados por infiltração e órtese por três semanas seguidas entre seis e 26 meses, encontraram apenas 22% de ausência dos sintomas no recuo máximo. Os critérios de bom prognóstico são: sintomas por menos de um ano e ausência de déficit motor ou sensorial.

Órtese de imobilização noturna com o punho em posição neutra

Foi demonstrado que a pressão no túnel do carpo aumenta com a extensão e a flexão do punho.[11,12] A posição do punho com a tala deve estar em estrita posição neutra rara para diminuir a pressão intracanalicular. A órtese sob medida pode ser feita e adaptada de acordo com as patologias coexistentes (e.g. rizartrose). O resultado desse tratamento parece no máximo equivalente à injeção de corticosteroides.[13] Stutzmann et al.[14] encontraram alívio na STC moderada em 81% dos casos em três anos. A duração do tratamento é de três semanas a três meses. A órtese pode ser associada com a infiltração.

Modificação das medidas mecânicas e ergonômicas

A redução, pelo menos temporária, da atividade permite muitas vezes um alívio, particularmente no caso de SCC nos homens após excesso de trabalho manual.

Em teclados ergonômicos, nenhuma diferença significativa foi encontrada em termos de melhoria dos sintomas e das anomalias à ENMG com teclados tradicionais dos pacientes com SCC provada.[15]

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2718060

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2718060

Daneshyari.com