

Infiltrações e punções em traumatologia do desporto – VII

Raul Maia e Silva
Médico Fisiatra, Porto

RESUMO ABSTRACT

É de admitir que as injeções de corticoides possam ter alguma justificação nos casos de epicondilopatias em que as técnicas terapêuticas tradicionais não consigam controlar a inflamação ou a dor e em que, por esse motivo, a recuperação do paciente se esteja a prolongar no tempo. Mas a seguir, obtidos os efeitos anti-inflamatórios esperados, o paciente regressará e prosseguirá o tratamento pré-definido. O que não se deve admitir é que a infiltração seja administrada como tratamento isolado.

Corticosteroid injection has been historically the most common intervention for lateral epicondylitis. The objective of such conservative care is to relieve pain and reduce inflammation, allowing sufficient rehabilitation and return to activities. The significant short term benefits of corticosteroid injection are paradoxically reversed after six weeks, with high recurrence rates, implying that this treatment should be used with caution in the management of tennis elbow.

PALAVRAS-CHAVE KEYWORDS

Infiltrações de corticoides, epicondilopatias.
Corticosteroid injections, epicondylitis, tennis elbow.

Na epicondilopatia

Esta patologia tendinosa é vulgarmente conhecida por “cotovelo do tenista”, designação que devemos abandonar por ela poder surgir, não só noutras modalidades desportivas, como em variadas situações de sobrecarga tendinosa não relacionáveis com o desporto, como em algumas atividades profissionais.

A sua epidemiologia, clínica e tratamento foram alvo de um artigo de revisão publicado no número anterior desta Revista^[1], cuja leitura aconselho. Como todas

as tendinopatias necessita de esquemas terapêuticos muito bem definidos, iniciados precocemente e bem explicados aos pacientes. Sem a boa compreensão dos objetivos a atingir com as medidas propostas não haverá adequada adesão ao tratamento, daí resultando que a recuperação funcional e a cura tardarão a aparecer e as recaídas serão frequentes.

Tratando-se de patologia com origem habitual em sobrecarga microtraumática, a primeira medida terapêutica é o afastamento dessas forças de tração mecânica que se

exercem sobre o tendão, o que se pode conseguir pela utilização precoce de ortóteses de punho impeditivas da extensão e de bandas de tensão colocadas sobre o corpo dos músculos extensores. Passada a fase aguda, o programa de reeducação funcional passa por massagens

superficiais (de relaxamento) ou profundas (anti-aderências), estiramentos musculotendinosos e reforço muscular predominantemente excêntrico. Finalmente, poderá ser necessário reforçar o tronco e todo o membro superior e corrigir a postura. Fundamental, e não esquecer, será eventualmente necessária a correção do gesto técnico e a revisão da qualidade do material desportivo e a sua adaptação às características do praticante.

Neste contexto, qual é o lugar das infiltrações de corticoides? Justifica-se o recurso, aparentemente tão frequente, a essa técnica terapêutica apesar de serem conhecidos os seus riscos para a integridade do tendão?

As conclusões mais importantes dos numerosos trabalhos que estão publicados sobre o assunto podem resumir-se do seguinte modo:

1. A injeção de substâncias, como corticoides, plasma rico em plaquetas, sangue autólogo ou outras, nos tendões ou à sua volta, é muito popular mas há muita pouca evidência que suporte o seu uso^[2];
2. As infiltrações de corticoides são muito populares por terem um grande sucesso, a curto prazo, no rápido alívio da dor e da inflamação^[3];
3. Em estudos randomizados, quando comparado o seu efeito com o da fisioterapia ou com o do “wait and see”, a infiltração de corticoides produz melhores efeitos às 6 semanas, de modo significativo ($P < 0.01$), mas paradoxalmente tem elevados valores de recidiva e efeitos não significativos ao fim de um ano ($P = 0.0001$)^[4,5]. Quando comparado com o efeito de comprimidos de Naproxeno ou comprimidos de placebo as injeções



de corticoides são mais eficazes às 4 semanas mas não ao ano onde, nos três grupos, encontramos melhoria em 80% dos pacientes sem diferenças significativas entre eles ($P < 0.05$) [6]. Não foi demonstrada qualquer vantagem, a longo prazo, das injeções de corticoides em relação às injeções placebo de soro fisiológico no tratamento das epicondilopatias [7].

É, pois, de admitir que as injeções de corticoides possam ter alguma justificação nos casos em que as técnicas terapêuticas tradicionais não consigam controlar a inflamação ou a dor e em que, por esse motivo, a recuperação do paciente se esteja a prolongar no tempo. Mas a seguir, obtidos os efeitos anti-inflamatórios e analgésicos esperados, o paciente regressará e prosseguirá o tratamento pré-definido, nomeadamente as manobras cinesiológicas atrás descritas. O que não se deve admitir é que a infiltração seja administrada como tratamento isolado. Ela deverá fazer parte de um esquema terapêutico com várias etapas e que terminará sempre com alongamentos, reforço muscular e reeducação/correção do gesto. Se assim não for, corremos o risco das injeções de corticoides atrasarem, a longo prazo, a cura da epicondilite [8].

Tecnicamente, a infiltração numa epicondilopatia faz-se com o paciente sentado, braço sobre a mesa, cotovelo fletido entre os 45-90° e punho em pronação. A agulha é introduzida sobre o ponto de maior sensibilidade, que é previamente localizado e marcado com a unha ou com a ponta de uma caneta. Esse ponto deverá corresponder à zona de inserção do tendão no osso (entese). Após aspiração negativa inicia-se a injeção de forma lenta e punctiforme, crivando toda a zona dolorosa sem retirar a agulha, deixando cerca de 0,1-0,2 ml em cada ponto num total de cerca de 1 ml de produto. O corticóide será a metilprednisolona (20-40 mg/ml, com ou sem anestésico) e serão utilizadas obrigatoriamente agulhas finas (23G, 5/8 in – 16 mm). A vantagem de se infiltrar ao mesmo tempo um anestésico como a lidocaína é a possibilidade de se testar de imediato o efeito da infiltração ao fazer

desaparecer a dor nas contrações resistidas e desse modo assegurar-nos que colocamos o produto na localização certa.

Seguir-se-á obrigatoriamente um período de repouso do cotovelo por 8 a 10 dias, evitando esforços sobre os grupos musculares que têm este tendão em comum. Findo esse período retoma-se o esquema terapêutico anteriormente interrompido com alongamentos, fortalecimento muscular e eventualmente massagem transversa profunda. Esforços em que intervenha o mecanismo causal não devem ser retomados antes das 3 semanas. Se tiver sido respeitada a boa indicação, a maioria das vezes uma só infiltração chega para se obterem os resultados esperados. Uma segunda infiltração terá de ser muito bem ponderada e não deverá ocorrer antes das duas semanas. Essa hipótese nunca se deve colocar sem antes se reverem cuidadosamente os diagnósticos diferenciais desta patologia: radiculopatia C6/C7, compressão do nervo interósseo posterior, artrite radioumeral, instabilidade posterolateral, etc.

Bibliografia

1. Borges, G. *Epicondilose*. Rev Medic Desport in forma. 2011, 2 (4), pp. 15-18
2. Maffulli N, Longo UG, Denaro V. *Novel Approaches for the Management of Tendinopathy*. J Bone Joint Surg Am. 2010;92:2604-2613
3. Besch S, Peyre M, Isgro M. *Épicondylalgies d'origine tendineuse*. J Traumatol Sport. 2011;28:99-106
4. Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. *Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomized trial*. BMJ 2006;333(7575):939
5. Smidt N, et al. *Corticosteroid injections, physiotherapy, or a wait-and-see policy for lateral epicondylitis: a randomised controlled trial*. Lancet. 2002;359:657-662.
6. Hay EM, et al. *Pragmatic randomised controlled trial of local corticosteroid injection and naproxen for treatment of lateral epicondylitis of elbow in primary care*. BMJ. 1999;319:964-968.
7. Wolf JM, Ozer K, Scott F, Gordon MJ, Williams AE. *Comparison of Autologous Blood, Corticosteroid, and Saline Injection in the Treatment of Lateral Epicondylitis: A Prospective, Randomized, Controlled Multicenter Study*. J Hand Surg [Am] Jun 2011 (in press). doi:10.1016/j.jhssa.2011.05.014
8. Saccomanni B. *Corticosteroid injection for tennis elbow or lateral epicondylitis: a review of the literature*. Curr Rev Musculoskelet Med. 2010; 3(1-4): 38-40.