

Quando  
Movimento  
Dói



Avalie  
Compreenda  
Aja

## ANO MUNDIAL CONTRA DOR MUSCULOESQUELÉTICA OUTUBRO 2009 - OUTUBRO 2010

### Epicondilite Lateral

#### Introdução

Epicondilite Lateral (EL) é um distúrbio musculoesquelético caracterizado por dor local e hiperalgesia mecânica no epicôndilo lateral, que pode se espalhar para o antebraço e punho, e diminuir o desempenho de força manual, particularmente dos músculos extensores do punho.

#### Epidemiologia e Economia

- EL é um distúrbio relativamente comum da extremidade superior, afetando 1-3% da população geral e 15% dos trabalhadores manuais.
- A prevalência da EL é maior em adultos na faixa etária dos 30 e 50 anos, sem prevalência de sexo.
- O impacto da EL acarreta em importante incapacidade física e de trabalho.

#### Fisiopatologia

A fisiopatologia da EL não é completamente compreendida. Várias alterações morfológicas de neurotransmissores e neurosensoriais e motoras têm sido recentemente envolvidas na patogênese:

- Alterações morfológicas: Patologia tissular, incluindo alterações degenerativas consistentes com tendinopatia, particularmente no músculo extensor radial curto do carpo.
- Neurotransmissores: níveis mais elevados de substâncias algogênicas (por exemplo, substância P, glutamato e peptídeo relacionado ao gene da calcitonina, com exceção de marcadores inflamatórios (por exemplo, a prostaglandina E2).
- Alterações neurosensoriais: áreas maiores de dores musculares referidas, pontos gatilhos bilaterais, sensibilidade generalizada à dor mecânica (amplificação central algica ou sensibilização central).
- Distúrbios motores: disfunção motora bilateral na forma de redução do tempo de reação e velocidade de movimento.

#### Características clínicas

- Normalmente a EL tem início gradual provocado por microtraumas repetitivos (por exemplo, dor muscular de início tardio).
- A dor é descrita como profunda, forte, latejante, com a sensação nos músculos do antebraço e às vezes dormência.
- Sintomas clínicos associados com a EL são déficits de força de preensão e sintomas dolorosos no pescoço e nos ombros.
- Pacientes com EL têm uma reação anormal ao estímulo algico:
  - Os pacientes têm um limiar reduzido de dor para estímulos mecânicos e frios na área sintomática.
  - Os pacientes têm hiperalgesia de dor mecânica expandida em tecidos profundos.
  - A infusão de solução salina hipertônica desperta uma dor muscular referida e de maior duração que se espalha para uma área maior, do que em pacientes saudáveis.
  - A exploração manual bilateral dos pontos gatilhos desencadeia dor referida que se expande para uma maior área do que nos controles saudáveis, no antebraço sintomático como no antebraço contralateral assintomático.

## Critérios de Diagnóstico

Os critérios de diagnóstico para a EL são mais comumente usados em estudos científicos, consistem de:

- 1) Dor espontânea na parte lateral do cotovelo
- 2) Dor à palpação no epicôndilo lateral
- 3) Dor à preensão no cotovelo e/ ou antebraço
- 4) Força de preensão diminuída clinicamente relatada no braço afetado
- 5) Dor no cotovelo com contração estática de resistência ou de alongamento dos músculos extensores.

## Diagnóstico e tratamento

O tratamento do EL é multidisciplinar, embora as terapias físicas sejam as mais comumente utilizada:

- A aplicação tópica de antiinflamatórios não esteroidais é eficaz para o alívio da dor de curta duração.
- A injeção de corticóide propicia o alívio da dor de curta duração, mas não a de longa duração.
- O ultra-som terapêutico é eficaz para o alívio da dor.
- Programas de exercícios, incluindo contrações excêntricas dos músculos do punho são necessárias para diminuir a dor e melhorar a função.
- A crioterapia é indicada para a diminuição da dor em alguns pacientes.
- A fisioterapia, em particular a mobilização da articulação, é eficaz tanto para as dores de curta, como para as de longa duração.

*Tradução Dr. Levi Higino Jales Jr.  
e Dr. Carlos Maurício de Castro Costa*

## Referências:

1. Fernández-Carnero J, Fernández-de-las-Peñas C, De-la-Llave-Rincón AI, Ge HY, Arendt-Nielsen L. Bilateral myofascial trigger points in the forearm muscles in chronic unilateral lateral epicondylalgia: a blinded controlled study. Clin J Pain 2008;24:802–7.
2. Fernández-Carnero J, Fernández-de-las-Peñas C, De-la-Llave-Rincón A, Ge HY, Arendt-Nielsen L. Widespread mechanical pain hypersensitivity as sign of central sensitization in unilateral lateral epicondylalgia: a blinded, controlled study. Clin J Pain 2009; in press.
3. Ljung B, Alfredson H, Forsgren S. Neurokinin 1 -receptors and sensory neuropeptides in tendon insertions at the medial and lateral epicondyles of the humerus: studies on tennis elbow and medial epicondylalgia. J Orthop Res 2004;22:321–7.
4. Pfefer MT, Cooper SR, Uhl NL. Chiropractic management of tendinopathy: a literature synthesis. J Manipulative Physiol Ther 2009;32:41–52.
5. Slater H, Arendt-Nielsen L, Wright A, Graven-Nielsen T. Sensory and motor effects of experimental muscle pain in patients with lateral epicondylalgia and controls with delayed onset muscle soreness Pain 2005;114:118–30.

