

Síndrome do túnel do carpo: revisão de literatura

Síndrome do túnel do carpo: revisão de literatura

DOI:10.34117/bjdv7n12-086

Recebimento dos originais: 12/11/2021

Aceitação para publicação: 04/12/2021

Luiz Carlos de Souza Cabral Júnior

Ensino superior incompleto - acadêmica do 8º período de medicina

Instituição de ensino: centro universitário do espírito santo (UNESC)

Endereço: Rua Dickson Alves Loureiro, 46-Bairro: centro - cidade: Guaçuí - Espírito Santo

E-mail: junicabral@gmail.com

Renan Estaquiotti Rizo

Estudante do 8 Período de Medicina

Instituição de ensino: UNESC

Endereço: Rua Joaquim Lirio, 630, Apto 302, Praia do Canto, Vitória-ES

E-mail: renanrizo@hotmail.com

Lucas Freitas Miranda

Ensino médio completo (cursando 11º p de medicina)

Instituição de ensino : UVV

Endereço : Rua Hélio Soares , Jardim da Penha - Vitória, ES

E-mail :lucasfreitas2981@gmail.com

Lucas de Araújo Correia

Ensino superior incompleto - acadêmica do 8º período de medicina

Instituição de ensino: centro universitário do espírito santo (UNESC)

Endereço: Av. São Paulo, 2490.Bairro: Itapoã. - cidade: Vila Velha - Espírito Santo

E-mail: lucasac096@gmail.com

Vinícius Moraes Moreira

Ensino superior incompleto (9º período de medicina)

Instituição de ensino: Faculdade de Medicina de Petrópolis

Endereço: Rua Treze de Maio, 174, apt 204, Centro, Petrópolis-RJ

E-mail: vinicius.m.moreira@hotmail.com

Ian Spala Ataíde Aguiar

Graduando em medicina

UNIFACIG

Endereço:Av. Marechal Floriano 120

E-mail:ianspaguiar@gmail.com

Sabrina Costalonga Dadalto

ensino médio completo, cursando medicina
Instituição de ensino: UVV
Endereço: rua Goiânia 156, Itapuã vv
E-mail: sassa.dadalto@gmail.com

João Frigini Junior

Estudante do 8 período de medicina
Instituição de ensino: UNESC
Endereço: AVENIDA FIORAVANTI ROSSI, 2389, APTO 406B
E-mail: joao_frigini_junior@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Síndrome do Túnel do Carpo (STC) é a neuropatia compressiva mais comum em membros superiores. Pode ser apresentar de forma aguda ou crônica, além de ser classificada em leve, moderada ou grave pela eletroneuromiografia. Objetivos: O objetivo desse estudo é revisar sobre o manejo da síndrome da túnel do carpo, visto que é uma síndrome compressiva de alto impacto funcional e socioeconômico. Métodos: Os bancos de dados Pubmed, Scielo e Diretrizes foram pesquisados eletronicamente utilizando os descritores Síndrome do Túnel do Carpo; Nervo Mediano; Síndrome Compressiva nos idiomas inglês e português. Discussão e Conclusão: Diante do comprometimento funcional, o exame clínico detalhado se faz necessário. A eletroneuromiografia é uma estratégia diagnóstica mais sensível e também auxilia na classificação, quando comparada a US. A escolha do tratamento depende de diversos fatores e existem terapêuticas cirúrgicas e não cirúrgicas para manejo da síndrome.

Palavras-chaves :Síndrome do Túnel do Carpo, Nervo Mediano, Síndrome compressiva

ABSTRACT

Introduction: Carpal Tunnel Syndrome (CTS) is the most common compressive neuropathy in the upper limbs. It can present acutely or chronically, in addition to being classified as mild, moderate or severe by electroneuromyography. Objectives: The aim of this study is to review the management of carpal tunnel syndrome, as it is a compression syndrome with a high functional and socioeconomic impact. Methods: The Pubmed, Scielo and Diretrizes databases were searched electronically using the descriptors Carpal Tunnel Syndrome; Median Nerve; Compressive Syndrome in English and Portuguese. Discussion and Conclusion: In view of the functional impairment, a detailed clinical examination is necessary. Electroneuromyography is a more sensitive diagnostic strategy and also helps in classification when compared to US. The choice of treatment depends on several factors and there are surgical and non-surgical therapies for managing the syndrome.

Keywords: Carpal Tunnel Syndrome, Median Nerve, Compressive Syndrome.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome do túnel do carpo (STC) é a síndrome compressiva mais comum. Apresenta incidência estimada entre 0,125% e 1% ao ano e sua prevalência varia de 5% a 15%, dependendo dos critérios utilizados para o seu diagnóstico. A maior parte dos pacientes apresenta idade igual ou maior que 40 anos, sendo as mulheres o público mais afetado.^{1,2}

O diagnóstico de STC é baseado na história clínica, sintomas (dormência, parestesia, dor e paresia na mão e pulso) manobras específicas ao exame físico e, se necessário, exames complementares.² Embora a ocorrência bilateral seja mais comum, a mão dominante geralmente é a primeira a ser afetada e está mais gravemente envolvida.^{2,3} O tratamento não cirúrgico consiste em infiltração de corticoide e/ou uma órtese de imobilização noturna.⁷ Quando indicado, o tratamento cirúrgico é baseado na descompressão do túnel do carpo, por via aberta ou endoscópica.³

2 OBJETIVO

O objetivo desse estudo é revisar sobre o manejo da síndrome do túnel do carpo, visto que é uma síndrome compressiva de alto impacto funcional e socioeconômico.

MÉTODOS

Os bancos de dados Pubmed, Scielo e Diretrizes foram pesquisados eletronicamente utilizando os descritores Síndrome do Túnel do Carpo; Nervo Mediano; Síndrome Compressiva nos idiomas inglês e português. Foram utilizados apenas publicações de livre acesso, estudos randomizados e publicados nos últimos 5 anos.

3 DESENVOLVIMENTO

O túnel do carpo contém o nervo mediano. Esse é acompanhado pelos quatro tendões dos flexores superficiais dos dedos (FSD), os quatro tendões dos flexores profundos dos dedos (FPD) e o tendão flexor longo do polegar (FLP). O território sensitivo do nervo motor compreende a face palmar de três dedos radiais e a metade radial do dedo anular. Na face dorsal, ele compreende as duas últimas falanges dos três primeiros dedos e a metade radial do quarto. Já em relação ao território motor, o nervo mediano inerva classicamente os músculos de oposição (abdutor curto do polegar, oponente do polegar e feixe superficial do flexor curto do polegar) e os dois primeiros músculos lumbricais.¹

A etiopatogênese da síndrome do túnel do carpo se baseia em fenômenos de compressão e tensão, podendo ser idiopática ou secundária a anomalias do conteúdo (sendo as STCs dinâmicas frequentemente encontradas em patologias laborais). A compressão e a tensão sobre o nervo mediado podem gerar problemas de microcirculação intraneural, lesões de bainha de mielina e axonal, além de alterações no tecido conjuntivo de suporte. Caso a pressão ultrapasse 40 a 50mmHg, tem-se diminuição do aporte de oxigênio para o nervo, gerando estase venosa com problemas de permeabilidade originada de edema endoneural. Quando o paciente reposiciona punho, fazendo movimentos dos dedos e, conseqüentemente, drenagem do edema, ocorre melhora dos sintomas.¹

Existem fatores de alto risco como obesidade, idade superior a 50 anos e sexo feminino. Além dos fatores de risco médico como diabetes, osteoartrite, distúrbios musculoesqueléticos prévios, reposição hormonal, hipotireoidismo, história familiar para STC, inatividade física e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Existe associação forte para esforços vigorosos com movimentos repetitivos da mão. Entretanto, a associação é fraca para alta demanda psicológica no trabalho, vibração, posicionamento prolongado neutro do punho ou usuários de computador¹

As variações anatômicas e vasculares podem explicar as variações da sintomatologia da síndrome do túnel do carpo.^{1,2,3} Geralmente, os pacientes apresentam parestesias e parestesia na distribuição do nervo mediano de forma gradual e progressiva, referindo dificuldade em movimentos de pinça com os dedos indicador e dedo médio-polegar, além de dificuldade em aperto de mãos. No início da doença os sintomas tendem a ser restritos ao período da noite e, com piora do quadro, apresentam sintomas ao longo do dia, sendo esses geralmente bilateralmente.^{2,3}

O diagnóstico da síndrome do túnel do carpo é clínico, sendo portanto determinado pela anamnese e exame físico. Ao exame físico, testes semiológicos como Tinel, Phalen e Durkan podem ser realizados. A avaliação desses testes consiste na idade de que a posição fletida do punho comprime o nervo mediano ainda mais que a compressão que ocorre na posição neutra, transmitindo sensação de parestesia na região do nervo mediano.^{1,2}

Ainda que tenha diagnóstico clínico, exames complementares (eletroencefalografia (EMG) ou ultrassonografia (US)) se fazem necessários. Em um estudo transversal, foram analisados os prontuários de 56 pacientes com 70 mãos acometidas por STC atendidos entre março de 2010 e junho de 2012. A sensibilidade dos

exames complementares foi analisada e comparada com o exame físico. Esse estudo concluiu que a sensibilidade diagnóstica da eletroneuromiografia superou a sensibilidade do ultrassom e dos três testes avaliados separadamente no exame físico. Quando os três testes foram realizados em conjunto, a sensibilidade diagnóstica deles se mostrou superior a do US.²

A escolha de tratamento depende do cirurgião, da gravidade, da disponibilidade de material e da etiologia da síndrome do túnel do carpo.⁷ Quando se trata da forma não deficitária da síndrome, o tratamento conservador com infiltração de corticoide e/ou uma órtese de imobilização noturna, além de fisioterapia podem trazer resultados satisfatórios. As opções de tratamento cirúrgico incluem a descompressão por via aberta tradicional, que consiste em amplo acesso à pele e fáscia palmar, ou por via endoscópica ou miniopen.³⁻⁷ As técnicas menos invasivas, ainda que necessitem de curva de aprendizado mais longa e tenham resultados a longo prazo semelhantes, apresentam recuperação funcional mais precoce em relação à cirurgia clássica. Outras formas de tratamento como terapia de ondas de choque, acupuntura, plasma rico em plaquetas ou por programa de perda de peso estão sendo estudadas.⁷

4 CONCLUSÃO

A síndrome do túnel do carpo é uma síndrome prevalente e que apresenta fatores de risco modificáveis. Assim, a prevenção associada ao diagnóstico precoce favorecem terapêuticas menos invasivas e menor morbidade associada a doença.

REFERÊNCIAS

1. Chammas, Michel et. al. Síndrome do túnel do carpo – Parte I (anatomia, fisiologia, etiologia e diagnóstico). *Rev bras ortop.* 2014;49(5):429–436. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.08.007> Acesso em outubro 2021
2. de Jesus Filho, Arnaldo Gonçalves et al. “Estudo comparativo entre exame físico, eletroneuromiografia e ultrassonografia no diagnóstico da síndrome do túnel do carpo.” *Revista brasileira de ortopedia* vol. 49,5 446-51. 16 de setembro de 2014, doi: 10.1016 / j.rboe.2014.09.002 Acesso em outubro de 2021
3. Fernandes, Marcela et al. “Início do dedo em gatilho após cirurgia de síndrome do túnel do carpo: Avaliação de técnicas abertas e endoscópicas.” *Revista brasileira de ortopedia* vol. 56,3 (2021): 346-350. doi: 10.1055 / s-0040-1721834 Acesso em outubro de 2021
4. Barros, Marco Felipe Francisco Honorato et al. “Evaluation of surgical treatment of carpal tunnel syndrome using local anesthesia.” *Revista brasileira de ortopedia* vol. 51,1 36-9. 21 Dec. 2015, doi:10.1016/j.rboe.2015.12.001 Acesso em outubro de 2021
5. Okamura, Aldo et al. “Evaluation of patients with carpal tunnel syndrome treated by endoscopic technique.” *Acta ortopedica brasileira* vol. 22,1 (2014): 29-33. doi:10.1590/S1413-78522014000100005 Acesso em outubro de 2021
6. de Miranda, Giselly Veríssimo et al. “Corticoid injection as a predictive factor of results of carpal tunnel release.” *Acta ortopedica brasileira* vol. 23,2 (2015): 76-80. doi:10.1590/1413-78522015230200943 Acesso em outubro de 2021
7. Chammas, Michel et. al. Síndrome do túnel do carpo – Parte II (tratamento). *Rev bras ortop.* 2014;49(5):437–445. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2013.08.008> Acesso em outubro de 2021.
8. Campos-Serna, I et al. “Diagnosis and Treatment of Carpal Tunnel Syndrome in A Tertiary Care Center in Mexico City.” *World journal of plastic surgery* vol. 9,2 (2020): 213-218. doi:10.29252/wjps.9.2.219 Acesso em outubro de 2021