

INTERVENÇÃO DA FISIOTERAPIA NUM INDIVÍDUO COM EPICONDILITE LATERAL - UM ESTUDO DE CASO

PHYSIOTHERAPY INTERVENTION IN AN INDIVIDUAL WITH LATERAL EPICONDYLITIS - A CASE STUDY

Autor

Ana Bacalhau - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias – Instituto Politécnico Castelo Branco, BSc

Centro de execução do trabalho

N/A

Conflitos de Interesse

O autor declara a não existência de conflitos de interesse na realização do estudo.

Contacto do autor responsável

anamenino2@gmail.com

Tipo de artigo

Estudo de Caso

Resumo

Introdução

A Epicondilite Lateral é uma condição musculoesquelética, de carácter incapacitante, que se caracteriza por uma dor, que pode variar em intensidade, sobre o epicôndilo lateral do úmero, por vezes com irradiação aos músculos extensores do antebraço e punho e perda de função.

Objetivo

Este artigo tem como objetivo verificar os efeitos de um plano de intervenção específico na redução da dor e da limitação funcional causada pela condição, a curto prazo, e aumentar a qualidade de vida, a longo prazo.

Métodos

Este estudo de caso, do tipo exploratório, tem como objetivo apresentar e discutir os resultados de uma intervenção em fisioterapia, com 4 semanas de tratamento, à base de Exercícios Excêntricos (EE), Fortalecimento da Cintura Escapular (FCE), Massagem Transversal Profunda (MTP) e Alongamento (A), num utente com epicondilite lateral.

Apresentação do caso

Indivíduo com queixa algica, na região do Epicôndilo Lateral Direito (lado dominante). A dor instalou-se de forma lenta e gradual, na qual o sujeito associa a esforços físicos intensos realizados no passado. No momento da avaliação inicial apresenta também ligeiras parestesias. Quando se encontra nos picos de dor no cotovelo lateral, queixa-se também de dor irradiada para o antebraço e mão e também por vezes de dor no ombro. A dor aumenta quando realiza movimentos ativos de extensão do punho com cotovelo em extensão, pelo que tem preferências por posições de flexão do antebraço.

Resultados

O indivíduo foi submetido a reavaliações no final de todas as semanas de intervenção, no qual começou a apresentar melhorias logo a partir da primeira semana. A intervenção mostrou resultados positivos no que toca aos outcomes dor (diminuição da dor irradiada e da dor no epicôndilo lateral em 100%) e funcionalidade com uma diminuição em 74% da pontuação geral da DASH (apresentando uma pontuação final residual de 9).

Conclusão

O Plano de intervenção utilizado para a condição de Epicondilite Lateral, com exercícios excêntricos, alongamentos, massagem transversal profunda e exercícios para a cintura escapular, mostrou-se efetivo no tratamento da dor (irradiada e do epicôndilo

e na melhoria da funcionalidade do membro superior em geral. Pode considerar-se um sucesso na intervenção verificado pelos objetivos do tratamento alcançados. Mais estudos devem ser realizados a respeito da efetividade deste programa de intervenção em condições de epicondilite lateral.

Palavras-chave

Cotovelo de Tenista [C26.874.800.500.500]; Tratamento Conservador [E02.197]; Relatos de casos [V03.100]; Técnicas de Fisioterapia [E02.779; E02.831.535]; Reabilitação [E02.831]

Abstract

Introduction

Lateral Epicondylitis is a muscular condition, of a disabling nature, characterized by a pain, which can vary in intensity, on the lateral epicondyle of the humerus, sometimes with irradiation to the extensor muscles of the forearm and wrist and loss of function.

Objective

This article aims to verify the effects of a specific intervention plan on pain reduction and functional limitation caused by the condition in the short term and increase quality of life in the long term.

Methods

This exploratory case study aims to present and discuss the results of a physiotherapy intervention, with 4 weeks of treatment, based on Eccentric Exercises (EE), Scapular Waist Strengthening (EF), Deep Transverse Massage (MTP) and Stretching (A), in a user with lateral epicondylitis.

Case Presentation

Individual with pain complaint, in the region of the Right Lateral Epicondylitis (dominant side). Pain was slowly and gradually installed, in which the subject associates with intense physical efforts performed in the past. At the time of the initial evaluation, he also presents slight paraesthesias. When you find yourself in the peaks of pain in the lateral elbow, you also complain of pain radiated to the forearm and hand and also sometimes from shoulder pain. Pain increases when performing active wrist extension movements with elbow extension, so you have preferences for forearm flexion positions.

Results

The individual was submitted to reassessments at the end of all weeks of intervention, in which he began to present improvements as early as the first week. The intervention showed positive results in

terms of pain outcomes (decreased irradiated pain and pain in the lateral epicondylitis by 100%) and functionality with a 74% decrease in the overall DASH score (presenting a residual final score of 9).

Conclusion

The intervention plan used for the condition of Lateral Epicondylitis, with eccentric exercises, stretching, deep transverse massage and exercises for the shoulder girdle, proved effective in the treatment of pain (irradiated and epicondyle) and in improving the functionality of the upper limb in general. It can be considered a success in the intervention verified by the treatment objectives achieved. Further studies should be conducted regarding the effectiveness of this intervention program under conditions of lateral epicondylitis.

Keywords

Tennis Elbow [C26.874.800.500.500]; Conservative Treatment [E02.197]; Case reports [V03.100]; Physiotherapy Techniques [E02.779; E02.831.535]; Rehabilitation [E02.831]

Introdução

O dia-a-dia de um indivíduo pode ser bastante stressante do ponto de vista estrutural. As atividades do mesmo podem englobar não só as necessidades básicas, como também a atividade física, profissional e de lazer. Muitas vezes, o stress estrutural e/ou sobrecarga de determinadas estruturas podem levar a alterações patológicas. O cotovelo é uma das articulações mais requeridas na atividade diária, levando, por vezes a sobrecarga e a, consequentemente, situações patológicas como a Epicondilite Lateral (EL). A **Epicondilite Lateral** é uma condição musculoesquelética que se caracteriza por uma **dor**, que pode **variar em intensidade**, sobre o **epicôndilo lateral** do úmero, por vezes com **irradiação aos músculos extensores do antebraço e punho e perda de função** ^(1,2). Como tal, apresenta um carácter incapacitante e com potencialidade de cronicidade, tendo por esse motivo um impacto excessivo sobre a vida social e profissional de um indivíduo ^(3,4). Este estudo de caso, do **tipo exploratório**, (possui uma estrutura baseada na Guideline de *Brian Budgell* ⁽⁵⁾) tem como objetivo apresentar e discutir os resultados de uma intervenção em fisioterapia, com 4 semanas de tratamento, á base de Exercícios Excêntricos (EE), Fortalecimento da Cintura Escapular (FCE), Massagem Transversal Profunda (MTP) e Alongamento (A), num utente com epicondilite lateral ^(1,2,6,7). Com este plano de intervenção pretende-se reduzir a dor e a limitação funcional causada pela condição, a curto prazo, e aumentar a qualidade de vida, a longo prazo.

Nota Anatômica

A região lateral do cotovelo é composta por estruturas ósseas e ligamentares que estabilizam a articulação e servem como origem para as inserções musculo tendinosas posteriores do antebraço. A cadeia extensora do punho consiste em 5 músculos: **primeiro e segundo radial externo, extensor comum dos dedos, extensor próprio do 5º dedo e cubital posterior**. Este complexo muscular tem origem no **epicôndilo lateral-umeral**. No entanto, o **segundo radial externo** tem sua origem em vários pontos, incluindo estruturas profundas, como o ligamento colateral lateral, ligamento anelar e septo intermuscular, e sua inserção na base do terceiro metacarpo tornando-o no principal **extensor do punho**. ⁽⁶⁾

Enquadramento teórico

Epicondilite Lateral (EL)

A Epicondilite Lateral, também conhecida como **cotovelo de tenista**, é a causa mais comum de dor lateral do cotovelo ⁽²⁾. A incidência de epicondilite lateral na população geral foi relatada como variando de 1% a 3% dos adultos ^(1,2,6). Atinge frequentemente indivíduos entre os 35 e 60 anos, unilateralmente no **membro dominante** ⁽²⁾, afetando

equitativamente tanto o sexo masculino como feminino ^(2-4,6). Os indivíduos com **antecedentes tabágicos** apresentam maior risco de desenvolver a patologia ⁽¹⁾. Esta é motivada pelo “overuse” das estruturas musculoesqueléticas, que originam **lesão do tendão extensor comum** ^(1,4).

O músculo **redondo pronador** (com origem no quarto inferior da face anterior da diáfise do cúbito) ⁽²⁾ e **outros extensores do carpo** podem também ser afetados ^(6,7). A epicondilite lateral é de etiologia multifatorial e pode advir de **atividades desportivas** e trabalhos e/ou profissões que envolvam movimentos altamente repetitivos ⁽²⁾, nomeadamente da área da carpintaria, têxteis, mecânica, música e informática ^(1,2). Os movimentos repetitivos que podem provocar a condição englobam, de acordo com *Tosti R. et al.*, a **extensão e supinação do punho** ⁽¹⁾ e, de acordo com *Abreu P.*, a **extensão e pronação** do antebraço e punho ^(2,6,7). Evidências recentes identificam a tendinopatia como um processo degenerativo sintomático caracterizado por uma abundância de fibroblastos, hiperplasia vascular e colagénio não estruturado - este processo degenerativo foi denominado como **hiperplasia angiofibroblástica** por *Nirschl e Alvarado* ^(1,6,7).

Manifestação Clínica da EL

Aquando da presença de epicondilite lateral, vários autores referem um conjunto de manifestações clínicas comuns entre os pacientes. Na avaliação, o principal sintoma que o indivíduo refere é a dor, na região **externa do cotovelo**, cerca de 1-2 cm distal da origem do segundo radial externo, podendo, ocasionalmente, irradiar-se ao longo dos músculos extensores do antebraço, punho e, ainda ao ombro ^(2,7). Geralmente, a dor é desencadeada pela supinação ou extensão resistida do punho com o antebraço em extensão ⁽¹⁾, pela flexão passiva do punho com antebraço em extensão ⁽¹⁾ ou pela extensão do dedo médio com o antebraço em extensão ^(2,6,7).

A resistência dos extensores do punho com extensão total do cotovelo e pronação pode reproduzir a dor em casos leves a moderados ^(2,6). A perda de funcionalidade, ou seja, a incapacidade para realizar a extensão do antebraço apresenta-se

também como um sintoma frequente ^(2,6,7). Outros sintomas comuns desta patologia são:

- Fraqueza muscular do membro superior afetado ^(1,2);
- Parestesias ^(1,2,6,7);
- Incapacidade de preensão ⁽⁸⁾;
- Presença de dor sobre o epicôndilo lateral ^(2,8).

A dor pode, assim, adquirir um carácter incapacitante e permanecer durante semanas ou meses ^(2,8). A dor torna-se **crónica** quando os sintomas duram por pelo menos três meses ⁽⁶⁾. Ao contrário do que sucede em atletas, em que o início da sintomatologia é repentino e de evolução rápida, na população geral esta tem início insidioso, tornando-se gradualmente mais intensa e persistente ^(1,2,6).

Pela capacidade de a patologia interferir com as atividades de vida diárias, *Nirschl* criou um **sistema de classificação**, numerado de I a VII, que agrupa em fases os diferentes níveis e características da dor ⁽⁶⁾. Esta classificação é útil na determinação da fase que se encontra a patologia, assim como, no prognóstico e escolha do tratamento ⁽¹⁾. *Kraushaar e Nirschl* descreveram quatro estágios da tendinose, facilitando o reconhecimento do processo degenerativo da EL ^(2,6,7):

Estadio I: Inflamação peritendinosa sem alterações patológicas;

Estadio II: Envolve alterações patológicas, como a tendinose ou a degeneração angiofibroblástica;

Estadio III: Envolve mudanças patológicas e completa falha estrutural;

Estadio IV: Envolve fibrose e calcificação em adição às falhas do estadio II e III;

Diagnóstico diferencial

Os diagnósticos alternativos a serem considerados, quando apresentam dor não traumática na região lateral do cotovelo ⁽⁶⁾, podem incluir: **radiculopatias da cervical (C6-C7)**; **compressão do nervo radial**; **corpos soltos intra-articulares**; **Síndrome do nervo interósseo posterior**; **artrose da articulação úmero radial**; **Doença de Panner**; **Osteocondrite dissecante do cotovelo**; **Síndrome de plica sinovial**; **Lesão ligamentar (colateral radial)** ^(2,6). Menos comumente, tumores, necrose avascular e osteocondrite podem ser considerados ^(2,7).

Exame Físico

De acordo com a evidência, no exame físico, realizado em pessoas com suspeita de epicondilite lateral, deve-se executar os seguintes procedimentos e comparar sempre com o lado contralateral. Deve ter-se também atenção ao lado dominante do indivíduo.

Palpação com identificação dos epicôndilos lateral e medial, olecrânio e cabeça do rádio; palpação da origem da musculatura extensora, na face lateral e do complexo ligamentar lateral ^(1,2,7). **Dor localizada no epicôndilo lateral e na origem da musculatura extensora do punho** é sugestiva de epicondilite lateral ou síndrome do túnel radial ^(1,2,7).

Testes clínicos específicos para a epicondilite que têm como objetivo reproduzir a dor sentida pelo paciente como:

Teste de Cozen - com o cotovelo flexionado a 90° e com o antebraço em pronação. O paciente é solicitado a realizar extensão ativa do punho contra a resistência. O teste é positivo se o paciente relatar dor no epicôndilo lateral e na origem da musculatura extensora do punho e dedos. - ⁽²⁾;

Teste de Mill - com a mão fechada, o punho em extensão e cotovelo estendido, o paciente resiste á força imposta pelo terapeuta que leva o punho para flexão. O teste é positivo se existir dor no epicôndilo lateral. - ⁽²⁾;

Teste de Maudsley - o examinador palpa o epicôndilo lateral com o antebraço em pronação e cotovelo fletido a 90° e pede ao paciente para fazer a extensão resistida do dedo médio. Se reproduzir a dor do paciente é indicador de Epicondilite Lateral. - ⁽⁷⁾;

Teste da "caneca" - o teste é positivo se existir dor a levantar uma caneca de café, por exemplo. - ⁽¹⁾

Outros meios complementares poderão auxiliar no diagnóstico de EL ou no diagnóstico diferencial, como: radiografia simples, ultrassonografia, ressonância magnética e eletromiografia. ^(1,2,6,8,9)

Intervenção da Fisioterapia (evidência)

De acordo com *Ma K, et al*, os principais objetivos de uma intervenção na EL são: controlar a dor no cotovelo, preservar o movimento do membro afetado, melhorar a força de preensão e a resistência, restaurar a função normal do membro afetado e prevenir maior deterioração ^(2,6,8).

Diferentes fontes bibliográficas sugerem as seguintes intervenções, como potencialmente vantajosas para uma intervenção em fisioterapia na epicondilite lateral: Exercícios de Fortalecimento - Excêntrico > Concêntrico - ^(4,6,10); Fortalecimento da Cintura Escapular ^(6,11); Massagem Transversal Profunda ^(1,8); Mobilização articular ⁽²⁾; Alongamento ⁽⁴⁾. O exercício excêntrico demonstrou maior benefício relativamente ao concêntrico, pois promove o aumento do aporte sanguíneo, prevenção da lesão na área vulnerável e neovascularização ^(1,2,6,7). Afirma-se que a melhor opção para o tratamento da epicondilite lateral é a combinação de várias modalidades terapêuticas ⁽¹²⁾.

Caso Clínico

Apresentação do caso

O indivíduo, sujeito a estudo, foi avaliado no dia 13/03/2021. Relativamente às características e informações pessoais, o utente é do sexo feminino, tem 52 anos de idade, é casada e trabalha no Centro de Saúde como Assistente Técnica (utiliza um computador para trabalhar).

A utente apresenta, no momento da avaliação, uma queixa algica, na região do Epicôndilo Lateral Direito (lado dominante). A dor teve início em dezembro do ano anterior e instalou-se de forma lenta, na qual o sujeito associa a esforços físicos intensos que realizou na altura (arrumações e mudanças de casa). A dor foi aumentando ao longo do tempo (atualmente com picos de 8/10 na escala numérica da dor, em que 0 é ausência de dor e 10 a pior dor imaginável) e neste momento apresenta também ligeiras parestesias na metade lateral da região palmar e dorsal da mão e nos 4 primeiros dedos (associada ao percurso do nervo mediano e do ramo superficial do nervo radial). Quando se encontra nos picos de dor no cotovelo lateral, a utente queixa-se também de dor irradiada para o antebraço e mão (6/10) e também por vezes de dor no ombro (4/10). Quando em repouso, a dor do epicôndilo apresenta uma intensidade de 6/10, que aumenta quando realiza movimentos ativos de extensão do punho com cotovelo em extensão, pelo que tem preferências por posições de flexão do antebraço. Não relata sensações de perda de força no membro superior. A dor tem um comportamento mais intenso ao final do dia e depende dos esforços que

realizou durante o mesmo. Para controlar a dor, por vezes refere tomar *Brufen*® (terapia farmacológica AINE`s). A utente não apresenta qualquer outro problema de saúde relevante para a condição atual.

Quanto à história clínica anterior, o indivíduo relata que há aproximadamente 2 anos teve “a mesma dor” na região, durante 1 mês, com uma intensidade de 9/10. A elevada intensidade da dor afetava as atividades funcionais, sociais e profissionais. Consultou o médico, no qual lhe foi aconselhada uma medicação que acabou por “resolver o problema”.

Avaliação do utente

Foram vários os sintomas que a paciente referiu e que têm forte ligação com o diagnóstico de epicondilite lateral como demonstra a evidência atual: dor no epicôndilo lateral (origem da musculatura extensora do punho); dor na extensão ativa do punho com o cotovelo estendido; adoção de posições de ligeira flexão do antebraço, quando em repouso; atividades mais intensas aumentam a dor na região, irradiando para o antebraço e mão; parestesias.

Na avaliação física, apesar da dor principal no epicôndilo lateral, não foi registado edema, alterações de temperatura ou rubor na região. Possui a componente ligamentar do cotovelo (medial e lateral) intactas. Quanto aos **movimentos fisiológicos ativos e passivos do cotovelo e outras regiões relevantes (ombro e punho)** a paciente apresentou limitações devido a **dor no membro superior direito**, sendo que o membro superior esquerdo não apresentou qualquer alteração relevante; foi identificado um comprometimento do supra-espinhoso por compressão, pela presença de dor na abdução ativa do ombro – **Impingement test** positivo – justificando também a dor sentida pela paciente no ombro; a presença de dor no epicôndilo lateral na flexão do cotovelo em pronação e dos extensores do punho, é notada como um indicador de epicondilite lateral. Quanto ao **teste muscular**, a paciente apenas apresentou alterações de força (grau 4) nos movimentos de extensão do punho, pronação e supinação. Foi realizada também uma **avaliação postural geral** na qual se verificou que o ombro direito se apresentava ligeiramente anteriorizado e “descaído” /sentido mais pedálico; relativamente ao esquerdo não foi notada nenhuma outra alteração relevante. Após ser executada uma **avaliação de comprimento muscular**, verificou-se

que o grande peitoral se encontrava ligeiramente encurtado, justificando assim a posição anteriorizada do ombro.

Impressão Clínica

Sendo a dor no epicôndilo lateral a dor principal, com comportamentos de epicondilite lateral, foram realizados os 4 testes específicos de identificação desta patologia – Teste de Cozen, Teste de Mill, Teste de Maudsley e Teste da Caneca. Todos os testes deram positivo, com resultado de dor no epicôndilo lateral, resultando num diagnóstico claro de EL. A dor no epicôndilo enquadrou-se na fase VI da escala de *Nirchsl*. A dor relatada no ombro advém de uma implicação postural (por encurtamento do grande peitoral) e da sobrecarga das estruturas musculares (já que a paciente apenas refere a dor no ombro quando realiza mais esforços com o membro superior direito), resultando assim num comprometimento do supra-espinhoso (verificado pelo resultado positivo no Impingement test). As parestesias na metade lateral da região palmar e dorsal da mão e nos 4 primeiros dedos (associada ao percurso do nervo mediano e do ramo superficial do nervo radial) estão presentes devido ao conflito de espaço das estruturas musculares inflamadas e o percurso do nervo. A dor irradiada desenha o percurso dos músculos extensores do antebraço indicando, mais uma vez, um forte apelo a epicondilite lateral.

As alterações notadas ao longo da avaliação subjetiva e objetiva justificam uma intervenção focada não só na epicondilite lateral, mas também em exercícios de correção postural do ombro, com o fortalecimento dos músculos da cintura escapular como podemos observar em detalhe no **Programa de intervenção**.

Medidas de Avaliação e Outcomes

A DASH foi uma medida utilizada e recomendada por *Servier T. et all* para medir o impacto da Epicondilite Lateral na funcionalidade e também para medir o impacto dos cuidados de saúde realizados ^(2,8,12). *Pinho A. et all*, relacionou as pontuações da DASH com as capacidade funcionais dos indivíduos (com qualquer doença, perturbação ou lesão com impacto na funcionalidade do membro superior) ^(3,12), verificando que: pontuações de 1-20 não representam limitação; pontuações de 21-40, uma limitação leve; pontuações de 41-60, uma limitação

moderada; pontuações de 61-80, uma limitação severa; e pontuações de 81-100, uma limitação muito severa.

Para medir a variação da dor ao longo da intervenção, foi utilizada a escala numérica da dor.

Programa de intervenção

O objetivo da intervenção em fisioterapia, neste caso, é a melhorar a funcionalidade e reduzir o impacto da condição e assim aumentar a qualidade de vida, através de um programa de 4 semanas. Após a avaliação do utente e tendo em conta a evidência foi traçado um plano de intervenção com o enfoque nas seguintes componentes: Plano de exercícios excêntricos ^(3,12); Exercícios de fortalecimento da cintura escapular ^(10,12); Massagem Transversal Profunda, referido por *Tosti et al.* 2013 ⁽⁶⁾, sendo que a presente intervenção foi baseada em *Ma et al.* 2020 ⁽¹⁾; e Alongamento ⁽⁶⁾.

Numa forma de descrição, a utente foi sujeita ao seguinte plano de intervenção:

Exercícios de alongamento focados nos flexores e extensores do punho, bicípíte e tricípíte (1 repetição de cada alongamento durante 30 segundos, 3 vezes ao dia, durante todos os dias ao longo das 4 semanas) ⁽⁶⁾

Massagem transversal profunda na região de inserção muscular do epicôndilo lateral, com uma duração de 10 minutos, 3 vezes por semana, durante as primeiras 3 semanas de intervenção ^(1,6)

Exercícios de fortalecimento da cintura escapular, incluindo de exercícios com progressões, 2 vezes por semana durante as 4 semanas: rotação externa deitada de lado; Captação (elevação do plano escapular com rotação externa) e rotação externa com retração escapular ^(10,12);

Exercícios excêntricos para os extensores do punho com progressões, com uma frequência de 2 vezes por semana durante as 4 semanas, focados no movimento de: extensão do punho, supinação do antebraço, desvio radial e desvio cubital. ^(3,12)

Nota-se que os exercícios com enfoque na componente muscular (exercícios excêntricos e de fortalecimento da cintura escapular) apresentam progressões do número de séries e repetições, de modo a produzir alterações positivas nas estruturas, ao longo de todo o tratamento.

De forma a reduzir o risco de viés, foi dito ao paciente para não se medicar com *Brufen®* e que, sempre que o fizesse, informar o fisioterapeuta.

Reavaliação

O utente foi reavaliado durante as 4 semanas de intervenção, no último dia de cada semana. A evolução foi registada em gráficos ao longo das mesmas.

No final da primeira semana de intervenção, a paciente referiu que “sentia melhorias, mas que ainda tinha dores”. A paciente deixou de sentir a dor irradiada no antebraço, mas continuou a identificar dor. Foi aplicado novamente Impingement Test, no qual se mantém positivo.

Após a segunda semana de intervenção, a paciente referiu que as “dores tinham diminuído quando estava parada, relativamente á semana passada” e que “conseguiu realizar melhor os movimentos sem causar muita dor no cotovelo”. A utente não referiu dor irradiada. O resultado do Impingement Test mostrou-se novamente positivo.

A terceira semana de intervenção continuou com resultados positivos na diminuição da dor especialmente nos picos de dor do cotovelo com 2/10. A dor no cotovelo “muito leve” em repouso foi quantificada como 1/10. A paciente continuou a referir dor no ombro ligeira quando fazia mais esforços nas limpezas da casa, com 2/10. Mantém a ausência de dor irradiada. O resultado do Impingement Test manteve-se positivo.

A última semana de intervenção foi marcada pelo sucesso da intervenção na extinção da dor do epicôndilo lateral, com a utente a referir que “a dor do cotovelo tinha passado e que já sentia que fazia a sua vida mais normalmente, mas que a dor no ombro continuava ligeira quando fazia mais esforços”. A dor no ombro continua presente ^(2/10) já que ainda é possível identificar um comprometimento do supra-espinhoso com o Impingement Test positivo. Foi também anotada a força muscular da paciente evoluindo de 4 para 5 na extensão do punho, supinação e pronação do antebraço, do membro superior direito.

Gestão dos resultados

Ao longo das reavaliações foi possível enquadrar a dor no epicôndilo lateral no Sistema de Classificação de Nirschl. Os valores foram anotados e descritos ao longo das reavaliações, como é possível verificar no Gráfico 1, onde revela uma melhoria das fases de Nirschl, passando de uma pontuação inicial de VII, indicando dor intermitente em repouso que não interfere com o sono e provocada pela execução de atividades de vida diária leves, para 0, uma ausência de dor.

Gráfico 1 - Registo de evolução da dor ao longo da intervenção pela Escala Numérica da Dor

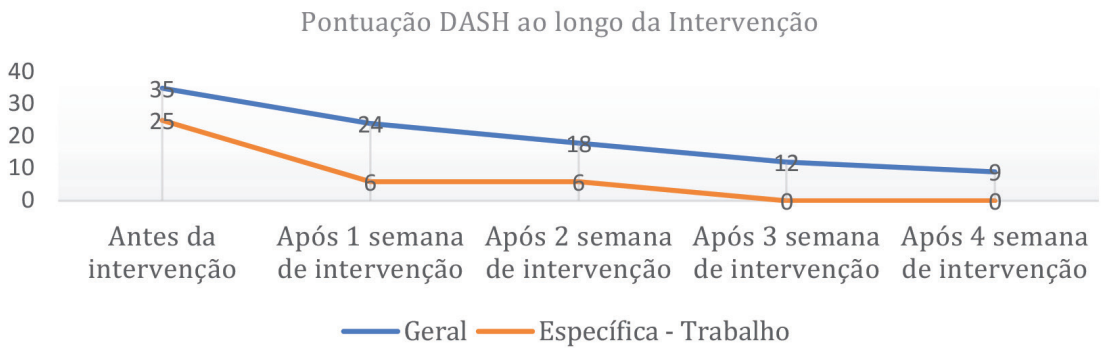


Gráfico 2 - Fases de Nirschl da dor no epicôndilo durante a intervenção

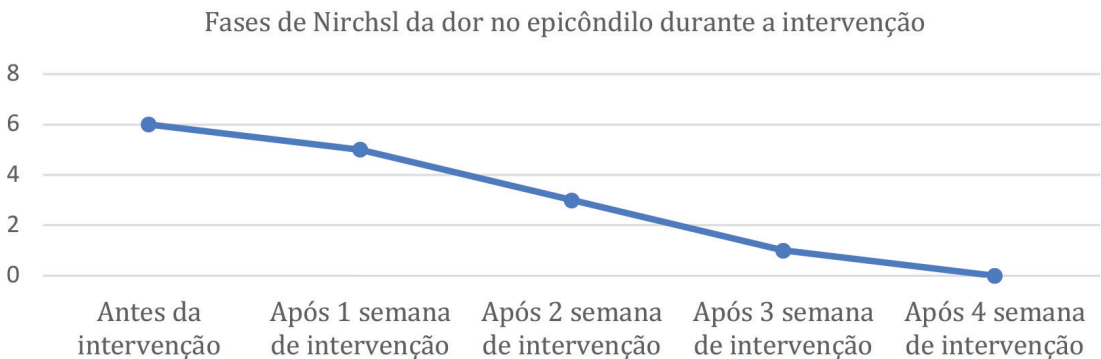
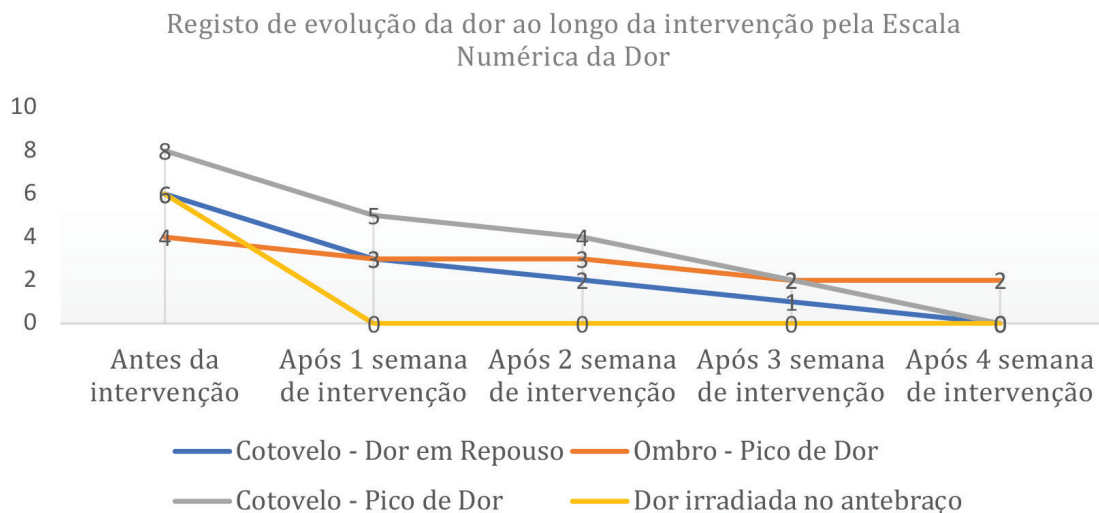


Gráfico 3 - Pontuação DASH ao longo da Intervenção



As pontuações nas diferentes queixas da paciente quantificadas pela **Escala Numérica da Dor** (Gráfico 2), assim como as pontuações da **Medida de Avaliação DASH** (Gráfico 3 - Pontuação DASH ao longo da Intervenção) foram registadas ao longo das reavaliações.

A intervenção foi positiva na **dor em geral**, como podemos observar no Gráfico 2, especialmente no que toca ao **outcome dor irradiada para o antebraço**, registando logo uma ausência da mesma após a primeira semana de intervenção, e ao **outcome dor no cotovelo**, registando uma ausência de picos de dor e de dor em repouso na última semana de intervenção. Quanto ao **outcome dor no ombro**, também apresentou alterações ao longo da intervenção, com uma redução da dor de 50%, porém, devido á identificação de um Impingement Test positivo ao longo das 4 semanas, o objetivo de tratamento da dor do ombro foi dificultado, ficando assim com uma dor residual de (2/10). A utente, após esta intervenção direcionada para a dor principal no epicôndilo lateral, deverá ser seguida de modo a tratar o compromisso do supra-espino, que origina a dor residual. Da mesma forma, também foram observadas melhorias no impacto da Epicondilite Lateral na funcionalidade geral, sugerindo um impacto positivo no tratamento adotado, como podemos observar no Gráfico 3. No que toca á pontuação Geral da DASH foi registada uma melhoria de 74% e na pontuação Específica – Trabalho foi registada uma melhoria de 100%. De

acordo com o significado da pontuação Geral da DASH, uma pontuação de 9 indica uma ausência de limitação funcional.

A intervenção mostrou assim resultados positivos no que toca aos outcomes dor e funcionalidade, reduzindo conseqüentemente o impacto negativo que a condição de Epicondilite causa. Pode considerar-se assim um sucesso na intervenção verificado pelos objetivos atingidos, num programa de 4 semanas.

Discussão

O Plano de intervenção utilizado para a condição de Epicondilite Lateral, com exercícios excêntricos, alongamentos, massagem transversal profunda e exercícios para a cintura escapular, mostrou-se efetivo no tratamento da dor (irradiada e do epicôndilo) e melhoria da funcionalidade do membro superior em geral, com uma diminuição de 74% na limitação. É de notar que, durante a avaliação, foi identificado um compromisso do supra-espino que não foi resolvido com este tratamento, mantendo a dor residual de 2/10. Para esta utente dever-se-á procurar um tratamento especializado para a condição, de modo a resolver a sua dor. Mais estudos devem ser realizados a respeito da efetividade deste programa de intervenção em condições de epicondilite lateral, adaptando sempre o mesmo tendo em conta a avaliação do indivíduo.

Referências Bibliográficas

1. Ma KL, Wang HQ. Management of Lateral Epicondylitis: A Narrative Literature Review [Internet]. Vol. 2020, Pain Research and Management. Hindawi Limited; 2020 [cited 2021 Mar 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7222600/>
2. Abreu P. Epicondilite lateral: Revisão de literatura [Internet]. Covilhã; 2019 Apr [cited 2021 Mar 13]. Available from: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/8693/1/6847_14625.pdf
3. Lenoir H, Mares O, Carlier Y. Management of lateral epicondylitis. *Orthop Traumatol Surg Res* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2021 Mar 4];105(8S):S241–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31543413/>
4. Almeida MO de, Saragiotto BT, Yamato TP, Pereira RL, Lopes AD. Tratamento fisioterapêutico para epicondilite lateral: uma revisão sistemática. *Fisioterapia em Movimento* [Internet]. 2013 Dec [cited 2021 Mar 11];26(4):921–32. Available from: <https://www.scielo.br/j/fm/ajyC6G3Rjy9mLzcHSzcq9rSng/?lang=pt#>
5. Budgell B. Guidelines to the writing of case studies. *J Can Chiropr Assoc* [Internet]. 2008 Dec [cited 2021 Apr 19];52(4):199–204. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19066690>
6. Tosti R, Jennings J, Sowards JM. Lateral epicondylitis of the elbow [Internet]. Vol. 126, *American Journal of Medicine. Am J Med*; 2013 [cited 2021 Mar 4]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23398951/>
7. Cohen M, Motta Filho G da R. Epicondilite lateral do cotovelo. *Revista Brasileira de Ortopedia* [Internet]. 2012 [cited 2021 Mar 8];47(4):414–20. Available from: www.scielo.br/rbort
8. Ellenbecker TS, Nirschl R, Renstrom P. Current Concepts in Examination and Treatment of Elbow Tendon Injury [Internet]. Vol. 5, *Sports Health. Sports Health*; 2013 [cited 2021 Mar 13]. p. 186–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24427389/>
9. Cullinane FL, Boocock MG, Trevelyan FC. Is eccentric exercise an effective treatment for lateral epicondylitis? A systematic review. *Clinical Rehabilitation* [Internet]. 2014 Jan [cited 2021 Mar 4];28(1):3–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23881334/>
10. Brosseau L, Casimiro L, Milne S, Welch V, Shea B, Tugwell P, et al. Deep transverse friction massage for treating tendinitis. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 2002 [cited 2021 Mar 4]. p. CD003528. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11869672>
11. Lucado AM, Dale RB, Vincent J, Day JM. Do joint mobilizations assist in the recovery of lateral elbow tendinopathy? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hand Therapy* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2021 Mar 4];32(2):262–276.e1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29705077/>
12. Sevier TL, Stegink-Jansen CW. Astymtreatment vs. eccentric exercise for lateral elbow tendinopathy: A randomized controlled clinical trial. *PeerJ* [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 16];2015(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26038722/>