

## TENDINITES

As tendinites são inflamações dos tendões e suas bainhas desencadeadas por microtraumas devidos aos movimentos de repetição, o que provoca déficit da oxigenação tecidual, aumento do ácido láctico, desencadeando a ativação de enzimas que degradam a matriz tendínea.

As principais tendinites são:

### 1- TENDINITE DO OMBRO

Conhecida como Síndrome do Impacto, que é causado pela compressão do manguito rotador, constituído por quatro músculos que cobrem a cabeça do úmero e são responsáveis pela estabilização, força e mobilização do braço, contra o arco coracoacromial, formado pelo rebordo ântero-inferior do acrômio, o ligamento córaco-umeral, a articulação acromioclavicular e o processo coracóide, em atividades que exijam a elevação dos braços (professores, pintores, carregadores), com exercícios físicos intensos (vôlei, natação). O tratamento clínico com medicação antiinflamatória, crioterapia, eletroterapia e programa de cinesioterapia alivia os sintomas. Em caso de não resolução dos sintomas no período de seis meses, está indicado o tratamento cirúrgico.

### 2- TENDINITE DO COTOVELO

A epicondilite se caracteriza por uma dor na parte lateral do cotovelo, que se irradia para o antebraço e é freqüente entre 35 e 55 anos de idade. O problema pode surgir após esforço físico intenso imediato ou esforços contínuos, de forma cumulativa e não é uma inflamação comum. Na verdade, ocorre a morte do tecido muscular por alteração da vascularização local e conseqüentemente ruptura local dos músculos extensores. Normalmente tratada com imobilização, medicação e fisioterapia.

### 3- TENDINITE DEQUERVAIN

A tendinite estenosante De Quervain acomete principalmente mulheres de meia-idade, caracterizada por inflamação secundária após ações repetidas sobre os tendões abductor longo e extensor curto do polegar, doenças inflamatórias e estado de hipervolemia (por exemplo, gestante).

O diagnóstico é clínico e o paciente apresenta uma história de dor crônica no punho, geralmente relacionada ao trabalho ou esforço, como torcer roupas, especialmente quando o movimento põe em ação os tendões extensores do polegar.

A adução passiva do punho ou polegar causa no paciente uma dor aguda (Sinal de Phinkelstein).



O tratamento é conservador, iniciado com antiinflamatório não-hormonal, associado a repouso ou até imobilização. Caso não apresente melhora, pode ser utilizada até duas infiltrações de corticóide, com intervalo de um a dois meses.

O tratamento cirúrgico está indicado na persistência dos sintomas após seis meses de tratamento conservador, consistindo na abertura do primeiro compartimento extensor.

Na gestante, a doença tem curso autolimitado, com melhora dos sintomas após o término da gestação, devendo ter cuidado com o uso de antiinflamatório não-hormonal, visto que são maléficis a gestação.

#### 4- TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DE FLEXORES DA MÃO (DEDO EM GATILHO)

O dedo em gatilho afeta principalmente o sexo feminino na faixa etária entre 40 e 50 anos, sendo os dedos anelar e o polegar do lado dominante mais acometidos. É caracterizada por espessamento de uma bainha fibrosa digital que envolve os tendões flexores (polia A1), causando constrição e dificuldade do deslizamento dos mesmos.

O diagnóstico é principalmente clínico e se utiliza a classificação de Green para estadiar a gravidade da patologia:

- Grau 1 corresponde a dor a palpação em região da polia;
- Grau 2 corresponde ao bloqueio digital, mas o paciente consegue vencer a deformidade;
- Grau 3 o paciente vence o bloqueio com ajuda de outra mão;
- Grau 4 é a contração fixa.

Dentre doenças endócrino-metabólicas relacionadas com o dedo em gatilho podemos citar, amiloidose, diabetes mellitus e artrite reumatóide.

Aproximadamente 85% dos dedos em gatilhos são tratados conservadoramente, principalmente nos casos não associados a diabetes e com menos de 4 a 6 meses de evolução. A liberação cirúrgica consiste em abrir a polia, geralmente é indicada nos casos de gravidade e evolução arrastada da doença de mais de um ano.

#### 5- TENDINITE PATELAR

A tendinite patelar geralmente acomete atletas com sobrepeso, alterações anatômicas, como instabilidade patelar, discrepâncias de comprimentos dos membros inferiores, pés valgus, encurtamento dos músculos quadríceps e isquiotibiais.

A dor é provocada na extensão súbita do joelho, como corrida, salto e chutes, levando a microtraumas no tendão patelar, geralmente no pólo inferior da patela quando submetido à sobrecarga intensa e repentina.

## 6- TENDINITE DE AQUILES

Os diagnósticos mais frequentes dos processos dolorosos do tendão de Aquiles são paratendinite e/ou tendinose (55 a 65%), seguidos por problemas insercionais (20 a 25%).

Quanto ao tempo de duração, os quadros dolorosos, podem ser agudos, quando ocorrem nas duas primeiras semanas, ou crônicos, com mais de seis semanas de duração.

O tendão de Aquiles é circundado por uma fina camada de tecido que permite o deslizamento, denominado de paratendão, cuja inflamação (paratendinite) é mais freqüente em atletas de corrida de médias e longas distâncias, além de outros esportes por superesforço.

A principal manifestação clínica da paratendinite é a dor. O exame clínico na fase aguda apresenta edema difuso, com maior intensidade no terço médio do tendão e possível crepitação quando se provoca a flexão dorsal do tornozelo.

A tendinose é um espessamento do tendão de Aquiles. Ocorre, com freqüência, um nódulo localizado a 6 a 8 cm da inserção distal e incide em pacientes de faixa etária pouco mais avançada com relação ao pacientes de paratendinite, apresentando uma variabilidade de sintomas, desde edema indolor até o quadro de extrema dor, com incapacidade para marcha e até impossibilidade para o apoio simples.

Na tendinose, a função básica do tendão de Aquiles fica comprometida pela dor, acarretando a fraqueza para a flexão plantar e falta de deslizamento do tendão.

A ultra-sonografia e a ressonância magnética são elementos fundamentais para determinar o comprometimento do tendão, e a extensão da lesão e até a possibilidade de rupturas parciais do tendão.

A tendinopatia insercional do tendão de Aquiles ocorre com maior freqüência em pacientes idosos, não atletas, com sobrepeso e atletas idosos.

É característica a presença de alterações de fibrocartilágnea, uma degeneração calcificante próxima à área comprometida que está desorganizada em sua estrutura tendínea, sem haver, entretanto evidência de processo inflamatório local.

O tratamento das tendinopatias consiste na utilização de antiinflamatórios não hormonais, gelo, repouso, exercícios de alongamento, órteses e calçados absorvedores de choque no calcâneo.

A imobilização não é recomendada porque inibe o estímulo de reparação e de remodelação das fibras colágenas. Também não se recomenda injeção local de corticosteróide.