

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Programa de Residência Médica: Serviço de Ortopedia e Traumatologia

Matheus Machado Oliboni

**Relato de Caso: Ruptura Traumática da Origem do Tendão Extensor
Comum dos Dedos**

Trabalho de Conclusão de Curso

Supervisor do PRM: Ricardo Canquerini da Silva

Orientador: Celso Ricardo Folberg

Porto Alegre, fevereiro de 2023

RESUMO

Introdução: a ruptura tendínea na altura do cotovelo mais comum é a do músculo bíceps braquial. A ruptura do tendão extensor comum dos dedos é incomum, ainda mais quando se leva em consideração a ausência de fatores de risco. **Caso:** paciente sem história de fatores de risco para ruptura tendínea ou dor prévia no cotovelo, apresentou limitação funcional após trauma durante atividade esportiva. Exames de imagem corroboraram a lesão do tendão extensor comum dos dedos. **Discussão:** por ser uma lesão incomum, há pouca discussão sobre o tratamento ideal para cada tipo de paciente. Acreditamos que deve-se levar em conta a idade e demanda do paciente, principalmente. **Conclusão:** são necessários mais estudos para determinar o melhor tratamento e desfechos em lesões do tendão extensor comum dos dedos.

1 INTRODUÇÃO

A ruptura tendinosa aguda mais comum na altura do cotovelo é a do bíceps distal [1] seguida pela ruptura do tendão do Tríceps [2]. Rupturas parciais da origem dos extensores no epicôndilo lateral e dos flexo-pronadores no epicôndilo medial são também muito frequentes [3]. Todavia, a ruptura miotendínea aguda e extensa junto aos epicôndilos é rara e foi descrita em poucos casos, associados a inflamação crônica, uso de infiltração de corticoide ou uso de anabolizantes [4]

Apresentamos um caso de ruptura aguda da origem dos extensores do punho no epicôndilo lateral em um paciente sem fatores de risco locais ou sistêmicos para essa lesão.

2 CASO

Paciente do sexo masculino, 49 anos, destro, praticante amador de Jiu-Jitsu, previamente hígido, apresentou-se com queixa de dor de início abrupto em epicôndilo lateral e região dorsal do antebraço direito, associados a perda de força para extensão do punho após queda ao solo durante a prática de Jiu-Jitsu. Relatava trauma em hiperextensão do punho direito. O paciente negava dor ou limitação funcional prévia, bem como a realização de infiltrações com corticoide em epicôndilo lateral ou o uso de anabolizantes. A consulta inicial foi realizada 4 dias após o trauma.

No exame físico o paciente apresentava, à inspeção, pequena equimose e edema sobre o epicôndilo lateral, associados à dor na palpação local. Ao solicitar que realizasse a extensão ativa do punho, evidenciava-se limitação da amplitude de movimento (preservada à mobilização passiva) e perda de força quando comparada ao membro contralateral (apêndice 1).

A mobilidade ativa e passiva para flexão do punho e dos dedos, assim como para a prono-supinação do antebraço, estavam preservadas.

Radiografias (anteroposterior e perfil) do cotovelo não demonstraram avulsão ou outras lesões ósseas. Foi então solicitada realização de

Ressonância Magnética que demonstrou ruptura extensa da origem do tendão comum dos extensores do punho.

Ao debater com o paciente as opções terapêuticas - tratamento conservador (imobilização inicial e subsequente reabilitação funcional) ou tratamento cirúrgico (sutura e reinserção da origem do tendão comum dos extensores do punho e reabilitação precoce) - optou-se, dada a alta demanda do mesmo, pela abordagem cirúrgica.

Foi realizada abordagem lateral do cotovelo, com visualização da lesão (apêndice 2), desbridamento do coto tendíneo e cruentização do leito ósseo junto ao epicôndilo lateral, suturas com fios não-absorvíveis e reinserção com âncoras (apêndice 3 e 4).

O paciente fez uso de imobilização analgésica por 2 semanas com tala antebraquial e evoluiu com hiperemia e edema do sítio cirúrgico, com melhora espontânea sem necessidade de uso de antibióticos e sem complicações de ferida operatória. Foi orientado a iniciar reabilitação funcional com mobilização passiva e ativa sem carga do punho após a retirada da imobilização analgésica. Com 6 semanas de pós-operatório, já apresentava amplitude de movimento para flexo-extensão do punho semelhante ao membro contralateral. Atualmente, com mais de 6 meses de pós-operatório, tendo realizado reabilitação de força, o paciente nega perda de força, sendo esta não perceptível ao exame físico. Não foi realizado teste mensurável como *grip-test*.

3 DISCUSSÃO

Lesões envolvendo a origem dos extensores do punho são raras e, portanto, há pouco consenso quanto ao seu tratamento ideal. Acreditamos que, para a decisão terapêutica, deve-se considerar fatores como idade, membro dominante, demanda funcional, tempo de lesão e qualidade do tendão.

Em pacientes jovens apresentando lesão aguda em membro dominante, sem história de inflamação crônica, acreditamos que a alta demanda funcional corrobora a realização de correção cirúrgica, com desbridamento dos bordos do tendão e reinserção do mesmo junto ao epicôndilo lateral, utilizando-se amarrias trans-ósseas ou âncoras, a fim de maximizar a recuperação da força para extensão do punho. [2, 5]

Todavia, em pacientes idosos, com história prévia de inflamação crônica, com baixa demanda funcional, o tratamento conservador pode estar bem indicado, levando-se em conta que o paciente pode tolerar uma perda parcial de força e amplitude de movimento.

É importante ressaltar que, nesses casos, a decisão terapêutica deve ser realizada em conjunto com o paciente, esclarecendo os riscos e benefícios do tratamento cirúrgico e conservador, levando em consideração os fatores apresentados acima.

4 CONCLUSÃO

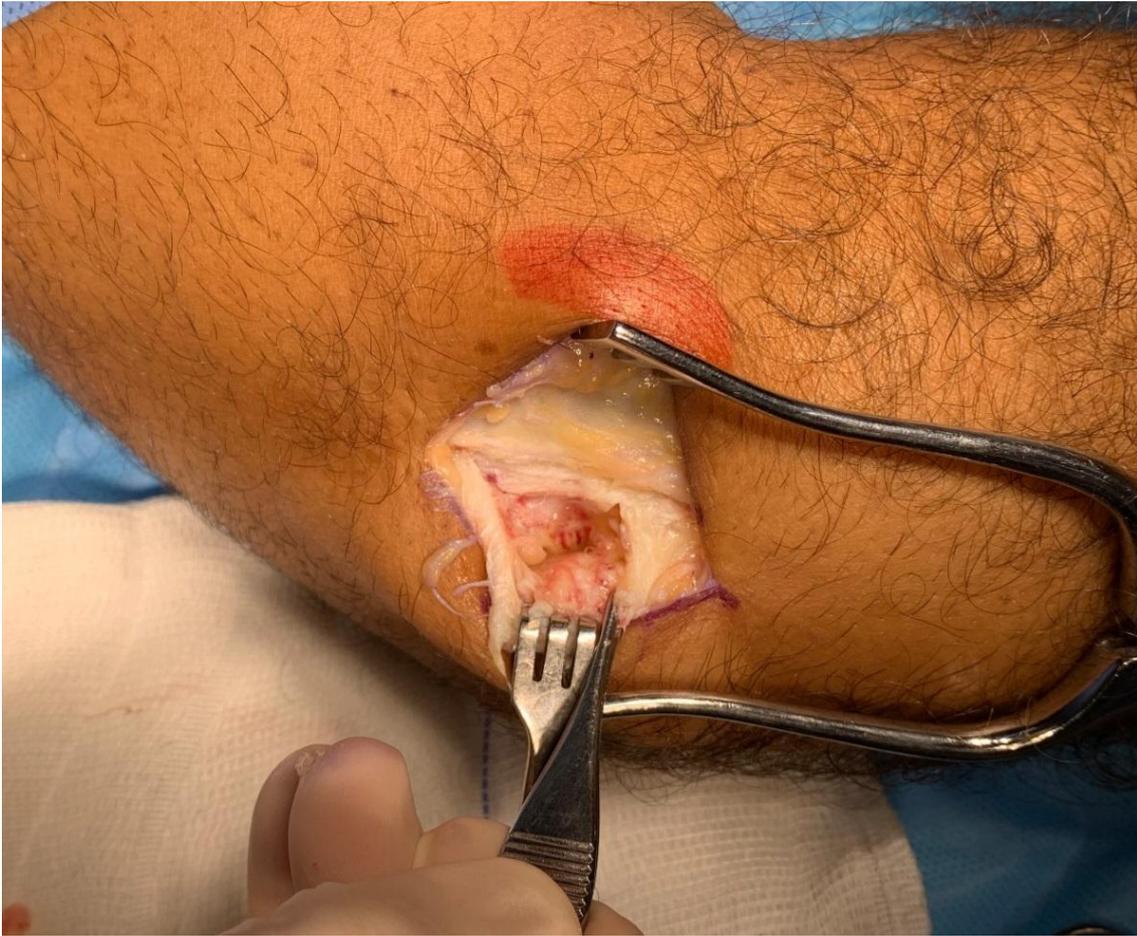
As lesões do mecanismo extensor do punho em sua origem, no epicôndilo lateral, são incomuns na prática médica, principalmente de forma aguda, havendo, portanto, necessidade de estudos comparativos para elucidar a melhor decisão terapêutica para cada perfil de paciente.

APÊNDICE

1.



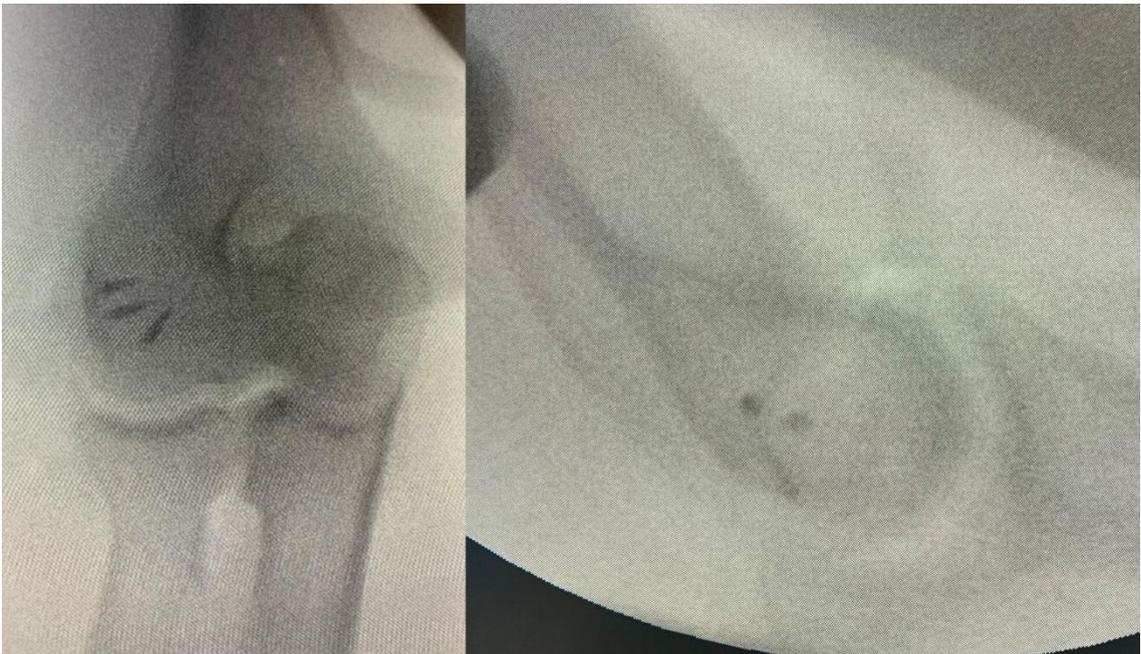
2.



3.



4.



REFERÊNCIAS

1. Kelly MP, Perkinson SG, Ablove RH, Tueting JL. Distal Biceps Tendon Ruptures: An Epidemiological Analysis Using a Large Population Database. *Am J Sports Med.* 2015;43(8):2012–2017
2. Figueiredo EA, Lara PHS, Patriota G, Roncetti Junior R, Belangero PS, Ejnisman B. Partial Rupture of the Distal Triceps in an Athlete: Case Report and Description of Surgical Technique
3. Kachrimanis G, Papadopoulou O. Acute partial rupture of the common extensor tendon. *Journal of Ultrasound* (2010) 13, 74-75.
4. Smith AG, Kosygan K, Williams H, Newman RJ. Common extensor tendon rupture following corticosteroid injection for lateral tendinosis of the elbow. *Br J Sports Med* 1999 Dec; 33(6) 423-425.
5. Hume PA, Reid D, Edwards T. Epicondylar injury in sport: epidemiology, type, mechanism, assessment, management and prevention. *Sport Med* 2006;36(2):151e70.
6. Pochini AC, Rodrigues MSB, Yamashita L, Belangero PS, Andreoli CV, Ejnisman B. Surgical Treatment of Pectoralis Major Muscle Rupture with Adjustable Cortical Button
7. Hinz M, Kleim BD, Berthold DP, Geyer S, Lambert C, Imhoff AB, Mehl J. Injury patterns, risk factors, and return to sport in brazilian jiu-jitsu: a cross sectional survey of 1140 athletes. *Orthop J Sports Med* 2021 Dec; 9(12): 23259671211062568.
8. de Almeida TBC, Dobashi ET, Nishimi AY, de Almeida Jr EB, Pascarelli E, Rodrigues LMR. Analysis of the Pattern and Mechanism of Elbow Injuries Related to Armbar-Type Armlocks in Jiu-Jitsu Fighters. *Acta Ortop Bras* 2017 Sep-Oct;25 (5): 209-211.
9. Nicolini AP, Penna NA, Oliveira GT, Cohen M. Epidemiology of orthopedic injuries in jiu-jitsu athletes. *Acta Ortop Bras.* [online]. 2021;29(1):49-53.