

MITOS E VERDADES SOBRE A SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO TRUTH AND MYTHS ABOUT THE CARPAL TUNNEL SYNDROME

Edie Benedito Caetano, Luiz Angelo Vieira, João José Sabongi Neto*

A Síndrome do Túnel do Carpo é, sem dúvida, uma das doenças mais cercada por mitos na história da Medicina. Os pacientes portadores da doença recebem, principalmente através de pesquisa na internet, informações da doença de formas variadas e, muitas vezes inadequadas, de pessoas leigas e até mesmo de profissionais de saúde não familiarizados com o problema.

1. O que é a Síndrome do Túnel do Carpo? Ela é frequente?

A Síndrome do Túnel do Carpo é uma neuropatia resultante da compressão do nervo mediano no canal do carpo, estrutura anatômica que se localiza entre a mão e o antebraço. Trata-se de um canal rígido. Os tendões flexores, que são revestidos pela bainha sinovial, passam junto com o nervo mediano por esse canal ou túnel. Qualquer causa que aumente o conteúdo ou diminua o continente aumenta a pressão dentro do canal e provoca compressão do nervo mediano e a Síndrome do Túnel do Carpo. Trata-se de um distúrbio que faz parte de um grupo de doenças denominadas Neuropatias Compressivas e que se caracterizam pela compressão de um nervo periférico durante seu trajeto no membro. A Neuropatia Compressiva mais comum é a Síndrome do Túnel do Carpo. Ela é muito frequente, principalmente em mulheres após os 45 anos.

2. Qual é a causa da Síndrome do Túnel do Carpo?

Doenças sistêmicas: diabetes, amiloidose, hipotireoidismo, doença de Raynaud, insuficiência renal podem ser responsáveis pela síndrome. Qualquer causa que aumente o conteúdo ou diminua o continente aumenta a pressão dentro do canal, provoca compressão do nervo mediano e a Síndrome do Túnel do Carpo. A principal causa são as sinovites, que ocorrem principalmente em mulheres após a menopausa, pois nessa fase da vida as mulheres estão mais sujeitas à síndrome por causa da queda na produção de estrógeno. Existem também causas traumáticas (quedas e fraturas), inflamatórias (artrite reumatoide) e medicamentosas. Tumores e anomalias congênitas também estão entre as possíveis causas da síndrome. A L.E.R (Lesão do Esforço Repetitivo), gerada por movimentos repetitivos como digitar ou tocar instrumentos musicais, pode agravar os sintomas.

3. Quais os sintomas da doença?

Geralmente a doença se manifesta por queimação, dormências e uma sensação de formigamento, principalmente no polegar, indicador e dedo médio, mas que também podem se irradiar para o antebraço e cotovelo. As dormências, denominadas parestesias, que se manifestam principalmente após o paciente se deitar para dormir. Refere melhora das dores quando massageia as mãos e os punhos. A evolução da síndrome dificulta manipular estruturas pequenas e executar tarefas simples, como pregar um botão, enfiar linha na agulha, segurar uma xícara.

4. Pode ocorrer perda de movimento?

A Síndrome do Túnel de Carpo é um distúrbio basicamente sensitivo, ou seja, só a dormência predomina na maioria dos pacientes. Em casos muito tardios e graves pode ocorrer fraqueza por paralisia de um pequeno grupo de

músculos na base do polegar chamados de eminência tênar.

5. Quais exames devem ser feitos para diagnosticar a doença?

O diagnóstico da Síndrome do Túnel do Carpo é eminentemente clínico, ou seja, baseado na história e no exame físico do paciente. Os exames complementares servem para confirmar o diagnóstico e descartar outras possibilidades. O principal exame na investigação é a eletroneuromiografia, que acusa uma diminuição da velocidade de condução motora e sensitiva ao nível do punho. A tomografia computadorizada mostra claramente os ossos, mas não define bem as partes moles. A ultrassonografia também não define claramente os tecidos moles. A ressonância magnética é muito importante devido ao seu alto contraste, o que possibilita detalhar as imagens dos ossos e das partes moles. O diagnóstico diferencial da síndrome deve ser feito com hérnia discal cervical, síndrome do desfiladeiro torácico, costela cervical e compressões do nervo mediano no cotovelo e antebraço. Durante o exame físico devem ser realizados os testes provocativos, e os dois mais importantes são o teste de Phalen (Figura 1) e o sinal de Tinel (Figura 2), que devem ser do conhecimento de todos os médicos que atendem nas unidades básicas de saúde, pois a Síndrome do Túnel do Carpo é uma doença muito frequente.

6. Como deve ser tratada essa doença? Precisa de cirurgia?

Nem todo paciente com Síndrome do Túnel do Carpo precisa ser operado. O tratamento conservador (não cirúrgico, através do uso de talas, medicação e fisioterapia) pode contribuir para a melhora do quadro; injeção de corticosteroide no interior do túnel do carpo pode causar alívio nas fases iniciais, quando ainda não ocorreu a atrofia da região tênar. Pode proporcionar evolução para cura em pacientes com idade inferior a 50 anos e com duração dos sintomas menor que dez meses e com parestesias inconstantes. Sinais e sintomas persistentes e progressivos, que não respondem ao tratamento conservador e quando a sintomatologia é intensa e vem se prolongando por um período de meses devem se tratados cirurgicamente.

7. Como é a cirurgia? A recuperação é difícil?

Existem basicamente duas técnicas: a técnica clássica ou aberta e a técnica endoscópica por vídeo. A técnica endoscópica exige uma maior curva de aprendizado pelo cirurgião e é recomendada que seja praticada apenas por especialistas. A técnica endoscópica permite uma melhor recuperação no curto prazo. A técnica clássica ou aberta também tem excelentes resultados e, após alguns meses, os pacientes operados dessa maneira têm um resultado semelhante aos operados por vídeo. A técnica a ser usada deve ser individualizada para cada caso e o cirurgião discutirá a melhor indicação para cada paciente.

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 16, n. 2, p. 101-102, 2014

* Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP
Recebido em 1/3/2014. Aceito para publicação em 25/3/2014.
Contato: ediecaetano@uol.com.br

8. Existe o risco da doença voltar após a cirurgia?

Quando a cirurgia é bem indicada, o risco de recidiva é rara. Acontece que existem outras condições que se manifestam com sintomas muito parecidos com os da Síndrome do Túnel do Carpo, como, por exemplo, a Hérnia de Disco Cervical. Se essas condições coexistirem e não forem bem avaliadas e tratadas, o paciente permanecerá com sintomas que se confundem com a dormência da Síndrome do Túnel do Carpo, contribuindo para o mito de que é uma doença que volta e não adianta operar.

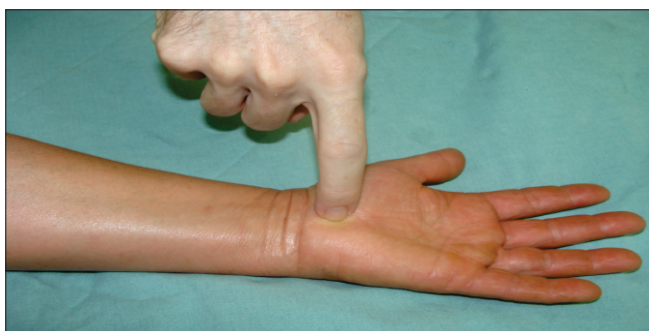
Recomendações

- Tente evitar atividades que impliquem em exagerados movimentos de flexo-extensão do punho.
- Lembre-se de que alterações dos hormônios da tireoide e doenças como diabetes podem acarretar neuropatias compressivas. Procure o médico se tiver sensação de formigamento nas mãos.
- Sente-se corretamente e apoie braços e punhos quando usar o computador. Não se esqueça de que seu uso inadequado é um fator de risco para L.E.R e a Síndrome do Túnel do Carpo.

Figura 1. Teste de Phalen: consiste na flexão aguda do punho durante um minuto, reproduzindo as alterações sensitivas (dormência e parestesias).



Figura 2. Sinal de Tinel: consiste na percussão do nervo mediano sobre o Túnel do Carpo (com o dedo indicador ou médio), provocando reprodução dos sintomas sensitivos no território de inervação sensitiva do nervo mediano.



Obs.: figuras em cores disponíveis na versão *on line* desta revista (<http://revistas.pucsp.br/rfcm>).

BIBLIOGRAFIA

1. Gelberman RH, Hergenroeder PT, Hargens AR, Lundborg GN, Akeson WH. The carpal tunnel syndrome: a study of carpal canal pressures. *J Bone Joint Surg Am.* 1981;63:380-3.
2. Jacobson JA, Fessell DP, Lobo LD, Yang LJ. Entrapment neuropathies I: upper limb. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2010;14(5):473-86.
3. Karpitskaya Y, Novak CB, Mackinnon SE. Prevalence of smoking, obesity, diabetes mellitus and thyroid disease in patients with carpal tunnel syndrome. *Ann Plast Surg.* 2002;48:269-73.
4. de Krom MC, Knipschild PG, Kester ADM, Spaans F. Efficacy of provocative tests for diagnosis of carpal tunnel syndrome. *Lancet.* 1990;335:393-5.
5. Caffee HH. Anomalous thenar muscle and median nerve: a case report. *J Hand Surg [Am].* 1979;4:446-7.
6. Wilbourn AJ. The electrodiagnostic examination with peripheral nerve injuries. *Clin Plast Surg.* 2003;30:139-54.
7. Ehler E, Ridzoň P, Urban P, Mazanec R, Nakládalová M, Procházka B, et al. *J Brachial Plex Peripher Nerve Inj.* 2013;8(1):2.
8. Atasoy E. Thoracic outlet syndrome: history of thoracic outlet syndrome. *Hand Clin.* 2004;20(1):15-6.
9. Phalen GS. The carpal tunnel syndrome: seventeen years experience in diagnosis and treatment of six hundred and fifty four hands. *J Bone Joint Surg Am.* 1966;48:211-8.
10. Szabo RM, Gelberman RH, Dimick MP. Sensibility testing in patients with carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Am.* 1984;66:60-4.
11. Weiss AP, Sachar K, Gendreau M. Conservative management of carpal tunnel syndrome: a reexamination of steroid injection and splinting. *J Hand Surg [Am].* 1994;19:410-5.
12. Edgell SE, McCabe SJ, Breidenbach WC, LaJoie AS, Abell TD. Predicting the outcome of carpal tunnel release. *J Hand Surg [Am].* 2003;28:255-61.
13. Agee JM, McCarroll HR, North ER. Endoscopic carpal tunnel release using the single proximal incision technique. *Hand Clin.* 1994;10:647-59.
14. Chow JC. Endoscopic release of the carpal ligament: a new technique for carpal tunnel syndrome. *Arthroscopy.* 2012;5:19-24.
15. Bozontka DJ, Osterman AL. Complications of endoscopic carpal tunnel release. *Hand Clin.* 1995;11:91-5.