

Mão reumatoide: um caso de sinovite crônica associado às rupturas tendinosas

Rheumatoid hand: a synovitis chronic case related to the tendon ruptures

Edie Benedito Caetano¹, Luiz Angelo Vieira¹, Antonio Marcos de Andrade¹,
Cristina Schmitt Cavalheiro¹, Mauro Razuk Filho¹

RESUMO

A artrite reumatoide é uma doença crônica, progressiva e simétrica caracterizada por sinovite poliarticular e destruição articular. Trata-se da artrite inflamatória mais frequente. A sinovite usualmente acomete a face dorsal do punho, ocorre expansão e erosão da membrana sinovial, distensão das estruturas capsulo-ligamentares e destruição da cartilagem e osso subcondral, o que causa dor, deformidade e incapacidade funcional. Apesar do tratamento conservador, muitos pacientes têm a progressão da doença. As intervenções cirúrgicas melhoram a função do punho e da mão em muitos pacientes. O objetivo deste estudo foi relatar um caso clínico de sinovite dorsal do punho associado a deslocamento dorsal da cabeça da ulna, ocasionando ruptura dos tendões extensor longo do polegar e extensores dos dedos anular e mínimo.

Palavras-chave: artrite reumatoide; sinovite; doença crônica; traumatismos dos tendões; ruptura.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is a chronic progressive disease characterized by symmetric poliarticular synovitis and joint destruction. It is the most common inflammatory arthritis. Synovitis is usually located in dorsal aspect of the wrist. There is a synovial expansion and erosion, soft tissues and ligamentous laxity, and cartilage and bone degradation, which produce pain, deformity, and functional impairment. Despite medical management, many patients have progressive disease. Surgical intervention can improve hand and wrist function for many patients. The aim of this study is to report a clinical case of dorsal synovitis of the wrist, associated with dorsal dislocation of the ulnar head causing extensor pollicis longus, fourth and fifth extensor tendons rupture.

Keywords: arthritis, rheumatoid; synovitis; chronic disease; tendon injuries; rupture.

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide é uma doença inflamatória sistêmica, crônica e, geralmente, progressiva. É a artrite inflamatória mais frequente. Acomete a membrana sinovial presente nos tendões e nas articulações. Sua proliferação forma um tecido granulomatoso, o “pannus”, que invade e destrói as estruturas osteoarticulares. Manifesta-se com maior frequência em pessoas do sexo feminino, com idade entre 30 e 50 anos. O acometimento da mão na artrite reumatoide é bastante diverso. O processo inicia-se com tenossinovite ulnar afetando a cartilagem triangular e a articulação radioulnar distal. Os ossos do carpo se deslocam para os lados ulnar e volar, dando aspecto de supinação e proeminência à cabeça da ulna. Com a evolução da doença, ocorre artrose e formação de espículas ósseas, que são causadoras das rupturas tendinosas.^{1,2}

A manifestação nos dedos é também bastante variada, podendo apresentar a deformidade em botoeira (flexão da articulação interfalângica proximal e extensão da interfalângica distal), ou a deformidade inversa, conhecida como “pescoço de cisne”. Os procedimentos preventivos, que tentam retardar a evolução do quadro antes que haja deformidade articular, são a sinovectomia e os realinhamentos tendíneos. Nos casos avançados de artrose, são preconizadas artrodese do punho, artroplastia metacarpofalângica e artrodese interfalângica.^{2,3}

Os exames laboratoriais podem auxiliar no diagnóstico. Ocorrem com frequência: prova do látex e teste de Waaler-Rose positivos, bem como discreta anemia. Radiograficamente, os achados variam de acordo com a evolução da doença. Podem-se observar desde discreta rarefação óssea até destruições das articulações.²

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil. Contato: ediecaetano@uol.com.br

Recebido em 19/01/2016. Aceito para publicação em 02/05/2016.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 51 anos de idade, queixa de dor nos punhos e nas mãos há 12 anos. Relata que começou a apresentar dores nas mãos, de caráter insidioso, acompanhadas de rigidez articular matinal. Recebeu inicialmente tratamento medicamentoso sob orientação do reumatologista. Cerca de sete meses após o início dos sintomas, notou um estalo no punho seguido pela incapacidade de estender os dedos polegar, anular e mínimo da mão direita. Nega alterações cardiorrespiratórias ou de outros aparelhos. Nega cirurgias anteriores ou alergias. Relata ser portadora de artrite reumatoide há 16 anos, com fator reumatoide positivo; faz uso de corticosteroide desde o início da doença.

À inspeção, identificam-se aumento de volume acentuado na região dorsal, deformidade em supinação e discreto desvio radial do punho. Como consequência, ocorre desvio ulnar das articulações metacarpofalângicas. A paciente relata dor à palpação. Notam-se crepitação na mobilização do punho, limitação na movimentação do carpo e impossibilidade para extensão ativa dos dedos polegar, anular e mínimo. Paciente apresenta sinais de sinovite em articulação metacarpofalângica, apenas. A imagem radiográfica dos punhos mostra discreta redução do espaço articular radiocarpal e comprometimento acentuado da articulação radioulnar distal (Figuras 1A e 1B).

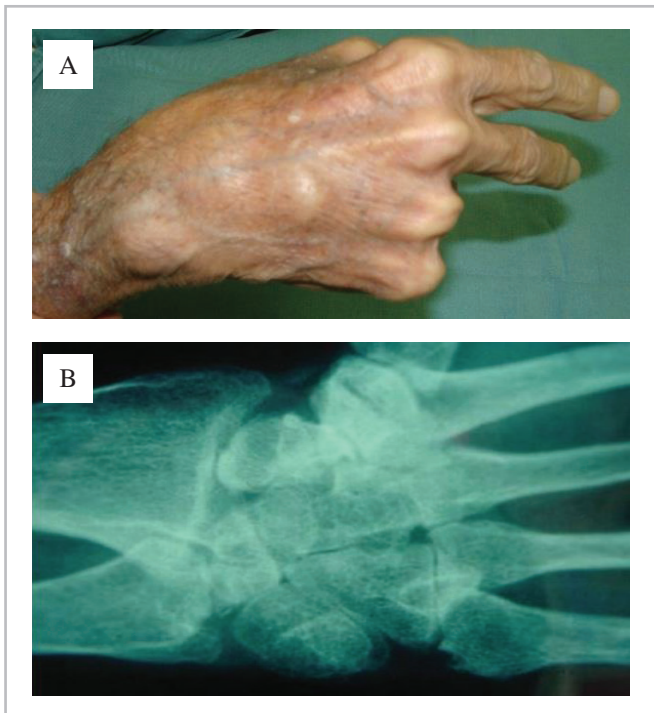


Figura 1. Sinovite reumatoide: (A) aumento de volume na região dorsal, e discreto desvio radial do punho. Impossibilidade para extensão ativa dos dedos polegar, anular e mínimo; (B) Imagem radiográfica do punho mostrando discreta redução do espaço articular radiocarpal e comprometimento acentuado da articulação radioulnar distal.

A paciente foi submetida a sinovectomia do punho e transferência tendinosa do tendão extensor radial curto do carpo para extensor ulnar do carpo visando à correção da deformidade em supinação do carpo. A estabilização da ulna foi realizada por meio da cirurgia de Sauvé-Kapandji (artrodese radioulnar distal e ressecção da extremidade distal da ulna). As lesões tendinosas foram tratadas com a transferência do extensor próprio do indicador para o extensor longo do polegar e a solidarização dos extensores dos dedos anular e mínimo no tendão extensor do dedo médio (Figuras 2 e 3).

DISCUSSÃO

A artrite reumatoide é uma doença da membrana sinovial que pode destruir a articulação, os tendões e suas bainhas sinoviais. O tratamento cirúrgico do punho e da mão reumatoide é bastante complexo, em virtude das diferentes manifestações clínicas.

Algumas considerações sobre o tratamento cirúrgico de mão reumatoide sintomática são relevantes: cada paciente necessita de uma avaliação individual; a presença de deformidades nas mãos não é uma indicação automática de cirurgia; o paciente nunca recupera a função, a força e a habilidade normais, a despeito da melhora da dor, do melhor alinhamento do punho e dos dedos e da

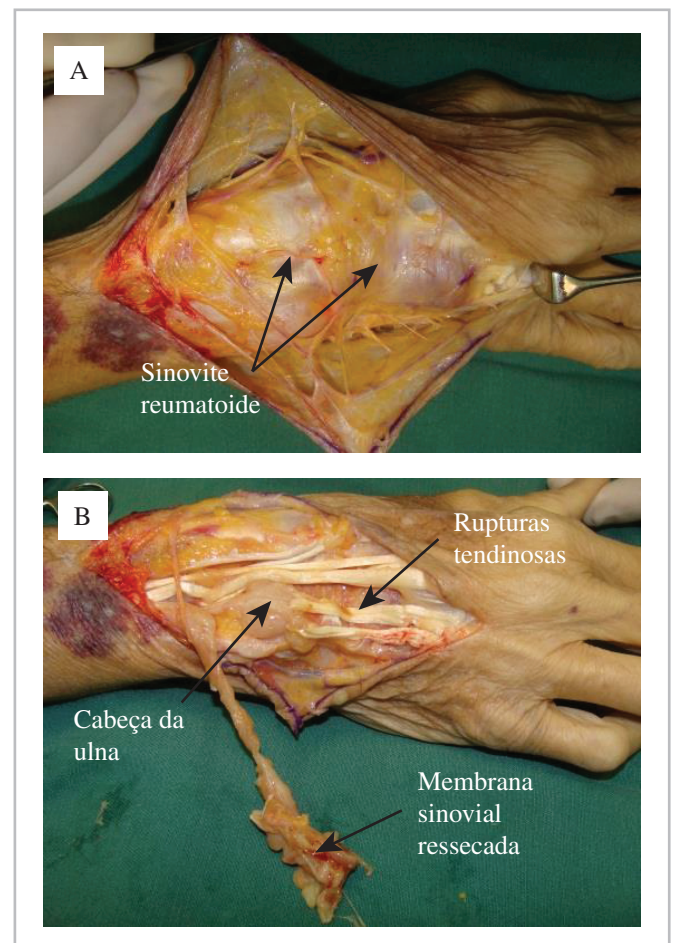


Figura 2. Sinovectomia do punho: (A) sinovite extensa envolvendo toda a superfície dorsal do punho; (B) sinovectomia, rupturas tendinosas e deslocamento dorsal da cabeça da ulna.

melhora da função; a doença pode progredir e ocorrer a recidiva das deformidades; e a sinovectomia é indicada em pacientes que não melhoram após seis meses de tratamento medicamentoso.^{1,4}

Os problemas causados pela artrite reumatoide são: dor nos punhos e nas mãos; limitação dos movimentos e perda de função; fraqueza na pinça e na preensão; deformidade nos punhos e nos dedos; falta de habilidade para segurar pequenos e grandes objetos; e aparência grotesca.

Entre os principais fatores de risco para o rompimento de tendões, destaca-se a corticoterapia. Seu uso pode causar atrofia tendínea, alterações no processo de cicatrização, alterações estrutu-

rais das fibras colágenas e alterações metabólicas da síntese do colágeno, que podem levar à diminuição das propriedades biomecânicas do tendão e ocasionar até mesmo rupturas completas dele.^{5,6}

Os objetivos da cirurgia são: alívio das dores; melhora da função; correção das deformidades incapacitantes; retardo do avanço da doença; prevenção das rupturas dos tendões; e melhora da aparência das mãos.

O sucesso da cirurgia requer que o paciente seja cooperador, esteja bem informado, motivado, e receba tratamento clínico apropriado por um reumatologista experiente. Além disso, o cirurgião de mão deve ter experiência no tratamento da artrite reumatoide e contar com uma equipe experiente para realizar a reabilitação da mão no pós-operatório. Também serão necessários o suporte e o encorajamento por parte dos amigos e familiares.

As indicações para sinovectomia e tenosinovectomia são: articulações aumentadas de volume com perda da mobilidade; persistência da sinovite, apesar do tratamento medicamentoso correto; evidência radiográfica de preservação do espaço articular; dor persistente com possíveis bloqueios tendinosos; e potenciais rupturas tendinosas secundárias à infiltração dos tendões pela sinovite proliferativa.^{4,5}

A articulação radioulnar distal é sede de dor e disfunção importante no punho com limitação para prono-supinação. Optamos, nesse caso, pela cirurgia de Sauvé-Kapandji (artrodese radioulnar distal e ressecção da extremidade distal da ulna. Outro procedimento utilizado por muitos anos foi a cirurgia de Darrach (ressecção da cabeça da ulna), que pode causar instabilidade da parte proximal da ulna, a qual deve ser estabilizada por um segmento tendinoso.^{2,7}

Nos casos avançados de artrose (com dor intensa, instabilidade articular, perda de força, piora progressiva da função da mão e destruição do espaço articular), é indicada para artrodese do punho a técnica: incisão longitudinal dorsal, exposição articular, remoção de espículas ósseas e restos articulares, fixação com placas e excisão da cabeça da ulna com estabilização (Figuras 2 e 3).

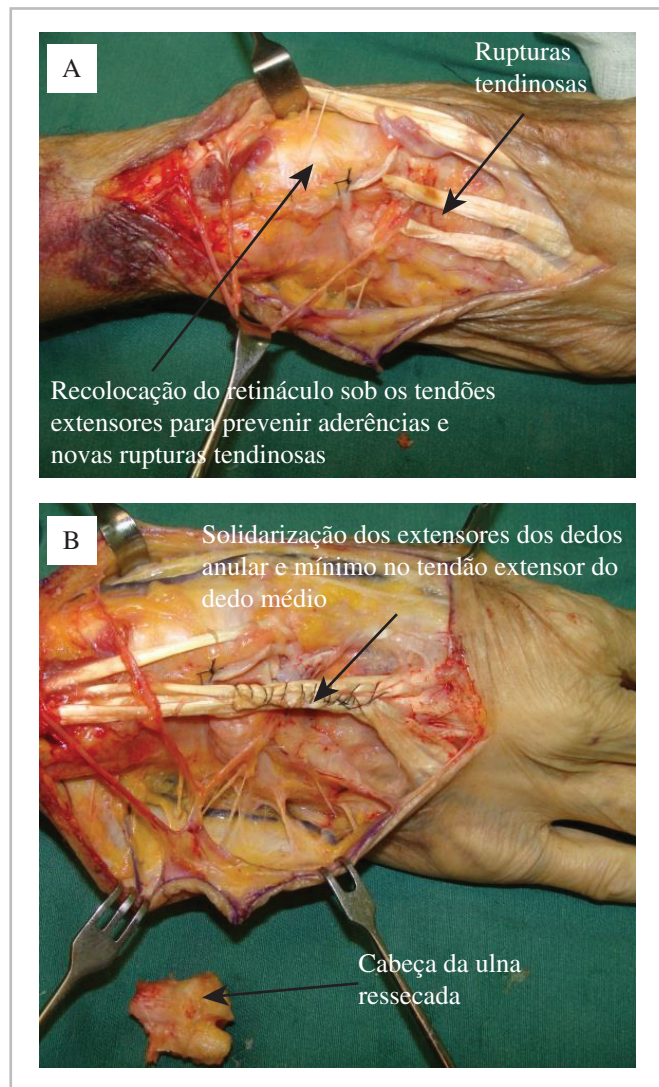


Figura 3. (A) Levantamento do retináculo dos extensores e sua recolocação sob os tendões extensores para prevenir aderências e novas rupturas tendinosas; (B) a estabilização da ulna foi realizada por meio da cirurgia de Sauvé-Kapandji (artrodese radioulnar distal e ressecção da extremidade distal da ulna). As lesões tendinosas foram tratadas com a transferência do extensor próprio do indicador para extensor longo do polegar e solidarização dos extensores dos dedos anular e mínimo no tendão extensor do dedo médio.

REFERÊNCIAS

1. Pardini A, Souza G. Atualização em artrite reumatóide. Clínica ortopédica. Rio de Janeiro: Medsi; 2004. v. 5.
2. Chakkour I. Mão reumatóide. Casos clínicos em Ortopedia e traumatologia. São Paulo: Manole; 2009. p. 117-20.
3. Feldon P, Terrono AL, Millender LH. Rheumatoid arthritis and other connective tissue diseases. In: Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, editors. Greens operative hand surgery. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005. p. 2049-136.
4. Brown FE, Brown ML. Long term results after tenosynovectomy to treat rheumatoid hand. J Hand Surg. 1988;13A:704-8.
5. Trieb K. Treatment of the wrist in rheumatoid arthritis. J Hand Surg. 2008;33A:113-23.
6. Ghellioni G, Silva L, Piovezan PA, Martins RO. Efeito do uso da metilprednisolona no manguito rotador em ratos. Estudo biomecânico e histológico. Rev Bras Ortop. 2015;50(3):260-5.
7. Slater RR. The Sauvé-Kapandji procedure. J Hand Surg. 2008;33A:1632-8.