

BMJ Best Practice

Tenossinovite da mão e do punho

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	12
Tratamento	15
Abordagem passo a passo do tratamento	15
Visão geral do tratamento	16
Opções de tratamento	18
Acompanhamento	27
Recomendações	27
Complicações	27
Prognóstico	28
Diretrizes	29
Diretrizes de diagnóstico	29
Diretrizes de tratamento	29
Referências	30
Imagens	35
Aviso legal	37

Resumo

- ◇ Dedos em gatilho e doença de De Quervain são as 2 formas mais comuns de tenossinovite.
- ◇ O diagnóstico é geralmente clínico.
- ◇ Se necessário, a investigação isolada mais útil e precisa é uma ultrassonografia de alta resolução.
- ◇ O tratamento pode envolver anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), imobilização, injeções de corticosteroides/anestésicos locais ou cirurgia.

Definição

A tenossinovite da mão e do punho é um grupo de entidades com uma patologia comum que envolve os tendões extrínsecos da mão e do punho e suas bainhas retinaculares correspondentes. Elas geralmente começam como uma irritação do tendão que se manifesta como dor e pode evoluir para encarceramento e bloqueio quando o deslizamento do tendão falha.[1]

Epidemiologia

A tendinopatia é uma das razões mais comuns de visitas a uma clínica especializada em mãos. É mais comum em mulheres, atingindo o pico de incidência aproximadamente na sexta década de vida.[3] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11] [2] [12] [13] A incidência provavelmente não é relacionada a tarefas repetitivas, como o uso do teclado.[3] [6] [7] [8] A apresentação mais comum é o dedo em gatilho, seguido pela doença de De Quervain (tendinite do tendão extensor do polegar no primeiro compartimento dorsal). Gestantes e mulheres pós-parto têm incidência elevada de doença de De Quervain em uma idade mais jovem.[14] [15]

Etiologia

A etiologia básica é uma tenossinovite estenosante à medida que o tendão passa pela bainha retinacular.[1] [3] [5] [2] [16] A bainha retinacular é um canal fibro-ósseo que funciona como um sistema de polias para reorientar o vetor de tração do tendão na direção da mão e dos dedos. O estresse de cisalhamento repetitivo através do canal causa irritação no tendão e em seu revestimento sinovial (tenossinovite) com inflamação e hipertrofia, juntamente com fibrose da bainha retinacular. Ao longo do tempo, o canal estreitará a ponto de impedir o deslizamento suave do tendão: tenossinovite estenosante.[17] [18] Pode envolver qualquer um dos 21 tendões extrínsecos (9 flexores e 12 extensores) da mão e do punho.

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-4]

Fisiopatologia

Os achados patológicos mais notáveis são encontrados na superfície de bainha retinacular.[19] Eles consistem em alterações degenerativas e metaplasia fibrocartilaginosa.[10] [16] Células inflamatórias e hipertrofia sinovial raramente estão presentes. Em resposta ao estreitamento do canal, as fibras do tendão “agrupam-se” na região proximal da borda estenosada, formando o que é percebido como um nó que é encarcerado ao passar através da polia ou bainha ou que bloqueia o tendão em flexão quando o deslizamento não é mais possível.[15] [20]

Classificação

Tendinopatias estenosantes[2]

- Dedo em gatilho: tendinite do tendão flexor digital na polia A1, causando encarceramento e bloqueio.
- Doença de De Quervain: tendinite dos tendões abductor longo do polegar e extensor curto do polegar à medida que passam através do primeiro compartimento dorsal do punho no processo estilóide radial.
- Síndrome de intersecção: tendinite dos tendões do segundo compartimento dorsal à medida que passam sob os tendões do primeiro compartimento dorsal.
- Tenossinovite do extensor longo do polegar.
- Tenossinovite do extensor ulnar do carpo.
- Tenossinovite do flexor radial do carpo.

Classificação do dedo em gatilho[3]

- Grau I (pré-gatilho): dor; história de encarceramento; movimento normal no exame físico; dor à palpação sobre a polia A1.
- Grau II (ativo): encarceramento presente no exame físico, extensão completa possível ativamente.
- Grau III (passivo): dedo bloqueado em flexão (grau IIIA) ou extensão (grau IIIB); movimento completo adquirido passivamente com assistência.
- Grau IV (contratura): contratura de flexão fixa da articulação interfalângiana proximal.

Apenas o dedo em gatilho tem uma classificação formal.

Classificação do dedo em gatilho[4]

- Grau 0: crepitação leve no dedo não gatilho.
- Grau 1: sem gatilho, mas os movimentos dos dedos são irregulares.
- Grau 2: o gatilho é ativamente corrigível.
- Grau 3: geralmente corrigível pela outra mão.
- Grau 4: o dedo é bloqueado.

Prevenção primária

Não há medidas preventivas primárias disponíveis.

Prevenção secundária

Pacientes com tendinopatia estenosante devem ser instruídos a evitar posições e/ou funções predisponentes que exacerbaram a apresentação inicial.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma secretária de 55 anos de idade relata dor e encarceramento do polegar esquerdo dominante. Isso começou nos últimos meses e ela tem diagnóstico conhecido de diabetes. Nenhum outro dedo está envolvido. Ela nega o bloqueio do polegar e consegue flexionar e estender ativamente o polegar, embora às vezes com dificuldade. No exame físico, um nódulo palpável e sensível é perceptível sobre a articulação metacarpofalângica do polegar esquerdo. Quando instruída a flexionar e estender o polegar, ela consegue flexionar facilmente, mas o polegar é encarcerado durante a extensão completa.

Caso clínico #2

Um trabalhador de 60 anos de idade apresenta-se com dor no punho direito. A dor é localizada sobre o lado radial dorsal do punho. Ela é exacerbada durante o trabalho e melhora com o repouso. Ele não tem limitação de movimento, mas o desvio ulnar é muito doloroso. Ele tem sensibilidade à palpação local na área do estiloide radial.

Outras apresentações

A tendinopatia estenosante pode comprometer qualquer tendão extrínseco da mão ou do punho. Geralmente, apresenta-se com dor e edema na área em que o tendão passa através da bainha retinacular. No início, o tendão mostra movimento ativo completo. Mais tarde, o tendão evolui para encarceramento e finalmente bloqueio, como no dedo em gatilho.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

As características comuns básicas de todas as tendinopatias estenosantes são dor, edema e sensibilidade à palpação no ponto em que um tendão extrínseco entra em sua bainha retinacular. Os sintomas aumentam com o movimento ativo e mais ainda com o movimento contra resistência. Falta de movimento associada ao aumento da dor pode significar bloqueio. O diagnóstico pode ser confirmado pela injeção de anestésico local (lidocaína) na bainha correspondente, resultando na remissão dos sintomas.^{[1] [2]}

Dedo em gatilho

A tendinite do tendão flexor digital na polia A1 na mão (dedo em gatilho) tipicamente apresenta-se com o encarceramento ou estalido doloroso do tendão flexor, que ocorre quando o paciente flexiona e estende o dedo. O dedo pode ser bloqueado em flexão. A manipulação passiva em extensão pode liberar o bloqueio. Negligência prolongada resultará na contratura em flexão do dedo. Um nódulo sensível pode ser palpável no nível da cabeça do metacarpo na palma. Verdadeiro bloqueio articular (raro), subluxação do tendão extensor e bloqueio sob a polia A2 no dedo (raro) devem ser descartados usando exame físico, ressonância nuclear magnética (RNM) ou tomografia computadorizada (TC).^{[3] [6] [7] [8] [10] [11] [12]}

doença de De Quervain

Definida como tenossinovite dos tendões abdutor longo do polegar e extensor curto do polegar à medida que passam através do primeiro compartimento dorsal do punho no processo estilóide radial. A doença de De Quervain apresenta-se com dor, sensibilidade à palpação e edema localizados no lado radial do punho 1 a 2 cm proximais ao estilóide radial. É agravada pelo movimento do polegar. A dor é exacerbada pelo desvio ulnar do punho quando se aperta o polegar na palma da mão (teste de Finkelstein). A artrite basilar do polegar (apresentando-se com sensibilidade à palpação direta sobre a articulação, teste de compressão positivo) e a neurite do nervo sensorial radial (síndrome de Wartenberg apresentando-se com sensibilidade à palpação direta, alterações sensoriais e sinal de Tinel positivo sobre o nervo sensorial radial) devem ser descartadas.[5] [9] [2] [14] [17] [22]

Síndrome de intersecção

A tenossinovite dos tendões do segundo compartimento dorsal (extensor radial longo do carpo/extensor radial curto do carpo) resulta na síndrome de intersecção. Acredita-se que seja o resultado do atrito entre os ventres musculares do abdutor longo do polegar e do extensor curto do polegar (primeiro compartimento) e os tendões do extensor radial do punho (segundo compartimento). Apresenta-se como dor e edema 4 cm proximais à articulação do punho. Nos casos graves, a vermelhidão e uma crepitação palpável, às vezes audível, são notadas no exame físico. A dor é gravemente aumentada pela extensão do punho contra resistência.[29]

Tenossinovite do extensor longo do polegar

Rara, mas requer diagnóstico precoce e tratamento para evitar a ruptura. Dor, edema e sensibilidade à palpação no tubérculo de Lister são as características apresentadas. O movimento da articulação interfalangiana do polegar causa dor no tubérculo de Lister.[27] [30] [31]

Tenossinovite do extensor ulnar do carpo

Essa afecção comum é uma das causas da dor no punho no lado ulnar. A dor é aumentada com todos os movimentos do punho. A dor com o desvio ulnar/extensão contra resistência é sugestiva. A subluxação do extensor ulnar do carpo pode também apresentar-se com sinovite reativa. É importante distinguir tenossinovite de instabilidade, pois o manejo cirúrgico é diferente. É necessário descartar a laceração do complexo da fibrocartilagem triangular ou a irritação do ramo sensorial dorsal do nervo ulnar usando RNM ou TC.[32] [33]

Tenossinovite do flexor radial do carpo

Apresenta-se com dor na prega palmar do punho sobre o tubérculo escafoide e ao longo do comprimento do tendão. Dor aumentada com flexão do punho contra resistência e desvio radial é patognomônica. Edema localizado e um cisto ganglionar podem estar presentes.[28]

Papel da imagem

O diagnóstico da grande maioria dos casos de patologias de tendinite e tenossinovite é clínico. A investigação diagnóstica isolada mais útil e precisa para todas as tendinopatias estenosantes é a ultrassonografia de alta resolução. A ultrassonografia pode ser usada para diagnosticar a tenossinovite estéril e a purulenta, além de numerosas outras patologias da mão e do punho. Os avanços na ultrassonografia de alta resolução estão produzindo imagens das estruturas superficiais com qualidade cada vez mais alta, ampliando as indicações para essa modalidade de imagem na mão e no punho.[34] [35] [36]

Outras modalidades podem ser úteis para descartar outros diagnósticos caso sejam altamente suspeitos, mas não são usadas rotineiramente:

- Radiografias simples são úteis para avaliar fraturas ocultas do punho, artrite do punho (artrite radiocarpal e basilar do polegar) e tendinite calcificada, entre outras.
- Imagens avançadas, como a TC e a RNM, são úteis se a suspeita clínica persistir e as radiografias simples forem inúteis (por exemplo, para descartar fratura oculta do escafoide, cistos ganglionares sub-retinaculares, degeneração do tendão, sinovite reativa).

Exames de sangue

Os exames de sangue (hemograma completo, velocidade de hemossedimentação [VHS], proteína C-reativa) não têm um papel direto no diagnóstico das tendinopatias estenosantes. Eles ajudam a estabelecer ou descartar outros diagnósticos, como artrite reumatoide, gota e infecção (tenossinovite séptica, celulite, artrite séptica).

Fatores de risco

Fortes

idade entre quinta e sexta décadas

- Possível relação com alterações degenerativas.[10] [11] [2] [12] [13]

sexo feminino

- As tendinopatias estenosantes são muito mais comuns em mulheres que em homens.[3] [5] [6] [7] [18] [15]

história das atuais afecções concomitantes com patologia semelhante (tendinopatia estenosante ou neuropatia)

- A mesma fisiopatologia básica pode apresentar-se ao mesmo tempo ou em momentos diferentes ou em locais diferentes com tendinopatia estenosante ou neuropatia.[7] [9] [2] [12] [21] [22]

comprometimento da mão dominante

- Possível relação com alterações degenerativas.[3] [7] [2] [16]

diabetes insulínica independente

- Em decorrência de razões que não são bem compreendidas, o risco pode ser até 5 vezes mais alto em diabéticos insulínica independentes que em não diabéticos.[23]

gestação e lactação

- Fator de risco para a síndrome de De Quervain. Considerada relacionada às trocas de líquidos e ao aumento da demanda com os cuidados com o neonato.[14]

Fracos

trauma ou doença articular degenerativa

- Especialmente na tenossinovite do extensor longo do polegar (relacionada ao traumatismo contuso ou à fratura do rádio distal não deslocada) e na tendovaginite do flexor radial do carpo (relacionada à artrite basilar do polegar).[24] [25] [26] [27] [28]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco são idade entre quinta e sexta décadas, sexo feminino, história de afecções atuais concomitantes com patologia semelhante (tendinopatia estenosante ou neuropatia), comprometimento da mão dominante, diabetes insulínica, gestação e lactação.[3] [6] [7] [9] [2] [12] [18] [21] [23] [37] [38]

localização sobre e ao redor de uma bainha retinacular (comum)

- Quando os sinais e sintomas de dor não estão diretamente localizados sobre uma bainha retinacular, isso deve direcionar a atenção para diagnósticos alternativos.[1] [2]

dor aumentada com movimento (comum)

- A dor pode estar presente sem o movimento, mas deve aumentar com o movimento ativo e passivo. O movimento é frequentemente restrito por causa da dor e/ou bloqueio.[1] [2]

resposta à injeção de anestésico (comum)

- Injeção de anestésico adequadamente localizada deve melhorar os sintomas drasticamente. Do contrário, outros diagnósticos devem ser considerados, incluindo outra tendinopatia estenosante na área (De Quervain versus síndrome de intersecção/tenossinovite do flexor radial do carpo/polegar em gatilho/artrite basilar do polegar; tenossinovite do extensor ulnar do carpo versus complexo da fibrocartilagem triangular).[1] [2]

sensação de estalido doloroso com a flexão e extensão do dedo (dedo em gatilho) (comum)

- O dedo em gatilho apresenta-se com encarceramento ou estalido doloroso do tendão flexor, que ocorre quando o paciente flexiona e estende o dedo. O dedo pode ser bloqueado em flexão. A manipulação passiva em extensão pode liberar o bloqueio. Negligência prolongada resultará na contratura em flexão do dedo.[3] [6] [7] [8] [10] [11] [12]

nódulo palpável no nível da cabeça do metacarpo (dedo em gatilho) (comum)

- Um nódulo sensível pode ser palpável no nível da cabeça do metacarpo na palma.[3] [6] [7] [8] [10] [11] [12]

dor, sensibilidade à palpação e edema localizados no lado radial do punho (doença de De Quervain) (comum)

- A doença de De Quervain apresenta-se com dor, sensibilidade à palpação e edema localizados no lado radial do punho 1 a 2 cm proximais ao estiloide radial. É agravada pelo movimento do polegar. A dor é exacerbada pelo desvio ulnar do punho quando se aperta o polegar na palma da mão (teste de Finkelstein).[5] [9] [2] [14] [17] [22]

dor e edema proximais à articulação do punho (síndrome de intersecção) (comum)

- A síndrome de intersecção apresenta-se como dor e edema 4 cm proximais à articulação do punho. Nos casos graves, a vermelhidão e uma crepitação palpável, às vezes audível, são notadas no exame físico. A dor é gravemente aumentada pela extensão do punho contra resistência.[29]

dor, edema e sensibilidade à palpação no tubérculo de Lister (tenossinovite do extensor longo do polegar) (comum)

- Características presentes do encarceramento do extensor longo do polegar. O movimento da articulação interfalangeana do polegar causa dor no tubérculo de Lister.[26] [27]

dor no lado ulnar do punho (tenossinovite do extensor ulnar do carpo) (comum)

- A dor no lado ulnar do punho, aumentada com todos os movimentos do punho, é sugestiva de tenossinovite do extensor ulnar do carpo. A dor com o desvio ulnar/extensão contra resistência é sugestiva.[32] [33]

dor na prega palmar do punho sobre o tubérculo escafoide e ao longo do comprimento do tendão (tenossinovite do flexor radial do carpo) (comum)

- Sugestiva de tenossinovite do flexor radial do carpo. Dor aumentada com flexão do punho contra resistência e desvio radial é patognomônica. Edema localizado e um cisto ganglionar podem estar presentes.[28]

Outros fatores de diagnóstico

duração dos sintomas por semanas ou meses (comum)

- Os sintomas se desenvolvem durante semanas ou meses. A apresentação aguda deve direcionar a atenção para outros possíveis diagnósticos.[1] [2]

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
ultrassonografia de alta resolução <ul style="list-style-type: none"> • A ultrassonografia pode ser usada para diagnosticar a tenossinovite estéril e a purulenta, além de numerosas outras patologias da mão e do punho. Os avanços na ultrassonografia de alta resolução estão produzindo imagens das estruturas superficiais com qualidade cada vez mais alta, ampliando as indicações para essa modalidade de imagem na mão e no punho.[34] [35] [36] 	derrame, espessamento da bainha do tendão, hiperemia

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
radiografia simples da mão e punho afetados <ul style="list-style-type: none"> Não é indicada na maioria dos casos. Usada para descartar outras patologias quando suspeitas, como fraturas ou luxações, artrite, tendinite calcificada, massas de tecidos moles. 	normal
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> Não é indicada na maioria dos casos. Usada para descartar afecções sépticas ou inflamatórias quando suspeitas. 	normal
Velocidade de hemossedimentação (VHS) <ul style="list-style-type: none"> Não é indicada na maioria dos casos. Usada para descartar afecções sépticas ou inflamatórias quando suspeitas. 	normal
proteína C-reativa <ul style="list-style-type: none"> Não é indicada na maioria dos casos. Usada para descartar afecções sépticas ou inflamatórias quando suspeitas. 	normal
RNM <ul style="list-style-type: none"> Não indicada na grande maioria dos casos. Usada para descartar outras patologias quando suspeitas, como massas ou cistos ocultos, ruptura de tendão, laceração do complexo da fibrocartilagem triangular ou lesão ligamentar, se suspeita. Pode ser usada para descartar o verdadeiro bloqueio articular, subluxação do tendão extensor e bloqueio sob a polia A2 no dedo em gatilho.^{[39] [40]} 	normal
Tomografia computadorizada (TC) <ul style="list-style-type: none"> Não indicada na grande maioria dos casos. Usada para descartar outras patologias quando suspeitas, como massas ou cistos ocultos, ruptura de tendão, laceração do complexo da fibrocartilagem triangular ou lesão ligamentar, se suspeita. Pode ser usada para descartar o verdadeiro bloqueio articular, subluxação do tendão extensor e bloqueio sob a polia A2 no dedo em gatilho. 	normal

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Osteoartrite (para De Quervain, tenossinovite do flexor radial do carpo)	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade à palpação direta sobre a articulação correspondente. Sem sensibilidade à palpação sobre o tendão suspeito. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografias simples da mão, punho e base do polegar afetados: alterações artríticas incluindo esclerose, estreitamento do espaço articular, osteófitos e/ou alterações císticas.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Fratura oculta (por exemplo, escafoide)	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilidade à palpação direta sobre a articulação correspondente. Sem sensibilidade à palpação sobre o tendão suspeito. 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografia simples da mão e punho afetados: linhas da fratura oculta. Tomografia computadorizada (TC) e/ou ressonância nuclear magnética (RNM) se a radiografia simples for negativa: linhas da fratura oculta.
Celulite	<ul style="list-style-type: none"> Ferida aberta pode estar presente; desenvolvimento agudo de sinais. Eritema macular com bordas indistintas, calor, sensibilidade à palpação e edema. O diagnóstico é clínico na maioria dos casos. 	<ul style="list-style-type: none"> Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevada. Proteína C-reativa: elevada. Coloração de Gram/cultura do fluido: pode ser positiva para a bactéria causadora.
Tenossinovite séptica	<ul style="list-style-type: none"> Sinais de infecção, como eritema, edema fusiforme e flutuação, podem estar presentes localmente. 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma completo com diferencial: leucócitos elevados. Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevada. Proteína C-reativa: elevada. Celularidade do fluido: elevada. Coloração de Gram/cultura do fluido: pode ser positiva para a bactéria causadora.
Artrite séptica	<ul style="list-style-type: none"> Ferida aberta; desenvolvimento agudo de sinais. 	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma completo com diferencial: leucócitos elevados. Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevada. Proteína C-reativa: elevada. Celularidade do fluido: elevada. Coloração de Gram/cultura do fluido: pode ser positiva para a bactéria causadora. Ressonância nuclear magnética (RNM): mostrará coleção de fluidos ou derrame na articulação com possíveis alterações ósseas correspondentes, se forem crônicas.[41]

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Artrite reumatoide	<ul style="list-style-type: none"> Sinais e sintomas sistêmicos; comprometimento de outra articulação; história de dor bilateral e simétrica e edema das articulações pequenas das mãos e dos pés com duração >6 semanas; rigidez matinal; nódulos reumatoides sobre as superfícies extensoras dos tendões ou comprometimento vasculítico da pele. 	<ul style="list-style-type: none"> Velocidade de hemossedimentação (VHS): elevada. Proteína C-reativa: elevada. Celularidade do fluido: elevada. Fator reumatoide: positivo em 70%.
Gota	<ul style="list-style-type: none"> Edema, derrame, calor, eritema e/ou sensibilidade à palpação da(s) articulação(ões) envolvida(s). 	<ul style="list-style-type: none"> Radiografia simples: alterações degenerativas. Ácido úrico: elevado.
Contratura de Dupuytren	<ul style="list-style-type: none"> Nódulos indolores na palma e nos dedos; desenvolvimento insidioso ao longo de meses ou anos. Os casos leves são facilmente confundidos com o dedo em gatilho bloqueado. 	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum exame específico; cordão clinicamente palpável na palma da mão.

Abordagem passo a passo do tratamento

A maioria das tendinopatias estenosantes primárias em adultos pode ser tratada com sucesso sem cirurgia. Os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) orais e a imobilização podem ser experimentados por um período de 4 a 6 semanas inicialmente. A injeção de corticosteroide pode ser oferecida inicialmente em lugar de ou em associação com AINEs e imobilização. Ou então, ela pode ser usada depois da tentativa dos AINEs e da imobilização.

As opiniões variam conforme a escolha do componente corticosteroide e sua preparação. Metilprednisolona, triancinolona e betametasona estão entre os mais comumente usados.[6] [7] [8] [23] [37] [42] [43] [44] [45] O componente corticosteroide é misturado com um anestésico local, mais comumente lidocaína 1%. Alguns médicos adicionam bicarbonato de sódio em uma mistura de 1:10. O volume injetado total é de cerca de 1 a 3 mL, dependendo do local e da preferência. Uma agulha pequena é preferível (por exemplo, calibre 25 ou 27). A injeção pode ser repetida em várias ocasiões.[7] [45] Estudou-se a injeção de ácido hialurônico como opção alternativa de tratamento de dedos em gatilho, tendo-se demonstrado desfechos semelhantes quando comparada com injeções de corticosteroides em um ensaio clínico randomizado.[46]

A cirurgia é reservada aos pacientes que falham ou recusam o tratamento conservador. Os pacientes podem recusar a terapia de injeção se acreditarem que o desconforto da injeção seria maior que os sintomas descritos. Uma injeção de corticosteroide corretamente administrada (guiada ou não por imagem) deve causar no máximo um leve desconforto. Os pacientes também poderão recusar esse tratamento se uma injeção de esteroides tiver falhado previamente, nesse local ou em outros. A cirurgia consiste na incisão da bainha estenosada. A sinovectomia é realizada quando necessário. AINEs e aplicação de gelo podem ser auxiliares úteis em algumas condições.

Dedo em gatilho

O tratamento começa com uma tentativa de injeção de corticosteroide na bainha do tendão flexor. Existem várias técnicas, mas todas envolvem injetar a mistura na bainha do tendão flexor. Caso a cirurgia seja considerada necessária, como quando a injeção falha ou não é possível desbloquear o dedo, técnicas abertas ou percutâneas podem ser usadas para abrir uma incisão na polia A1, permitindo que os tendões flexores deslizem livremente.[47] [48] [49] [50] [51] [52] [53] [54] [55] Na presença de artrite reumatoide, a sinovectomia em vez da liberação da polia é preferível para evitar o arqueamento e o desvio ulnar adicional dos dedos.

doença de De Quervain

O tratamento geralmente começa com imobilização e AINEs durante um período de 4 a 6 semanas. Uma tentativa de injeção do primeiro compartimento dorsal pode ser realizada em seguida.[5] [2] [22] [44] [56] [57] Injeção de corticosteroide combinada à imobilização também foi descrita.[58] [59] A imobilização do polegar e do punho é usada para conforto e repouso.[9] [22] Caso a cirurgia seja considerada necessária, como quando a injeção falha, é aberta uma incisão longitudinal no primeiro compartimento dorsal, permitindo que os tendões extensores deslizem livremente. É imperativo identificar positivamente o extensor curto do polegar, pois pode estar em uma sub-bainha separada do abductor longo do polegar, que frequentemente é formada por vários fascículos.[17] [22] A falha em reconhecer e liberar um subcompartimento do extensor curto do polegar pode ser uma causa de falha do tratamento ou de recidiva.[60] [61] [62] Liberação endoscópica do primeiro compartimento dorsal também foi descrita.[63] Na gestação e lactação, o tratamento não cirúrgico é altamente eficaz e a afecção tende a remitir após a interrupção da lactação.[14] [64] [65]

Tenossinovite do extensor longo do polegar

A exploração cirúrgica urgente, a liberação do terceiro compartimento dorsal e a transposição de tendão são cruciais para evitar a ruptura de atrito do tendão. AINEs e imobilização podem ser oferecidos para o alívio da dor por um período de 4 a 6 semanas.

Tenossinovite do tendão extensor ulnar do carpo

O manejo conservador com colocação de talas, imobilização e injeção é tentado inicialmente.[32] [33] [38] [66] [67] Se não tiver sucesso, o tratamento cirúrgico consistirá na liberação do sexto compartimento dorsal. Procedimentos cirúrgicos adicionais, realizados conforme considerados necessários no intraoperatório, podem incluir tenossinovectomia e reparação e/ou reconstrução da bainha retinacular.

Todas as outras tenossinovites

Manejo conservador com AINEs e imobilização por um período de 4 a 6 semanas podem ser tentados inicialmente. A injeção de corticosteroide também é frequentemente tentada no início. Uma injeção é frequentemente oferecida como um tratamento de primeira linha e muitos a consideram semelhante aos AINEs. Isso se aplica a todas as categorias que não exijam intervenção urgente. Após a tentativa de injeção, o acompanhamento é agendado em até 1 mês para a repetição do exame físico. Se a injeção falhar, uma segunda injeção poderá ser aplicada ou o paciente poderá ser encaminhado à cirurgia. Se não houver sucesso, a cirurgia poderá ser tentada, consistindo na liberação cirúrgica do compartimento correspondente.[29]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo		(resumo)
dedo em gatilho		
.....	1a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)
	1a	injeção da bainha do tendão flexor
	2a	cirurgia
doença de De Quervain		
.....	1a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + imobilização
	2a	injeção do primeiro compartimento dorsal +/- imobilização
	3a	cirurgia
tenossinovite do extensor longo do polegar		
.....	1a	cirurgia
	adjunto	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + imobilização

Agudo		(resumo)
tenossinovite do tendão extensor ulnar do carpo		
.....	1a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + imobilização
	1a	injeção na bainha do extensor ulnar do carpo
	2a	cirurgia
todas as outras tenossinovites		
.....	1a	anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + imobilização
	1a	injeção na bainha/compartimento
	2a	cirurgia

Opções de tratamento

Agudo

dedo em gatilho

1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

Opções primárias

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia quando necessário

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **meloxicam**: 15 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **celecoxibe**: 200 mg por via oral uma vez ao dia

» Programa formal de fisioterapia ou terapia ocupacional não é necessário ou recomendado.

» Os AINEs orais podem ser tentados por um período de 4 a 6 semanas inicialmente, mas frequentemente uma tentativa de injeção de corticosteroide da bainha do tendão flexor é oferecida desde o início.

» Os AINEs e as injeções da bainha do tendão não tratam efetivamente os casos bloqueados (graus III e IV); o encaminhamento direto para a cirurgia é recomendado nesses casos.

1a injeção da bainha do tendão flexor

Opções primárias

» **acetato de metilprednisolona**: 20 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

-ou-

Agudo

» **triancinolona acetona**: 5 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

-ou-

» **fosfato sódico de betametasona/acetato de betametasona**: 6 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

--E--

» **lidocaína**: (1%) 1 mL injetado juntamente com o corticosteroide na bainha do tendão flexor em dose única

» Frequentemente, uma tentativa de injeção de corticosteroide da bainha do tendão flexor é oferecida no início ou como um tratamento de primeira linha e é considerada semelhante aos AINEs por muitos. Isso se aplica a todas as categorias. No entanto, AINEs e injeções da bainha do tendão não tratam efetivamente os casos bloqueados (graus III e IV); o encaminhamento direto para a cirurgia é recomendado nesses casos.

» Existem várias técnicas, mas todas envolvem injetar a mistura na bainha do tendão flexor.

» Após uma tentativa de injeção de corticosteroide, o acompanhamento é agendado em até 1 mês para a repetição do exame físico. Se a injeção falhar, uma segunda injeção poderá ser aplicada ou o paciente poderá ser encaminhado à cirurgia.

» As opiniões variam conforme a escolha do componente corticosteroide e sua preparação. Metilprednisolona, triancinolona e betametasona estão entre os mais comumente usados.[6] [7] [8] [23] [37] [42] [43] [44] [45]

» O componente corticosteroide é misturado com um anestésico local, mais comumente lidocaína 1%. Alguns médicos adicionam bicarbonato de sódio em uma mistura de 1:10.

» O volume injetado total é de cerca de 1 a 3 mL, dependendo do local e da preferência. Uma agulha pequena é preferível (por exemplo, calibre 25 ou 27). A injeção pode ser repetida em várias ocasiões.[7] [45]

2a **cirurgia**

» Caso a cirurgia seja considerada necessária, como quando a injeção falha ou não é possível desbloquear o dedo, técnicas abertas ou percutâneas podem ser usadas para abrir uma incisão na polia A1, permitindo que os

Agudo

tendões flexores deslizem livremente.[47] [48] [49] [50] [51] [52] [53] [54] Na presença de artrite reumatoide, a sinovectomia em vez da liberação da polia é preferível para evitar o arqueamento e o desvio ulnar adicional dos dedos.

doença de De Quervain

1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + imobilização

Opções primárias

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia quando necessário

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **meloxicam**: 15 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **celecoxibe**: 200 mg por via oral uma vez ao dia

» O tratamento normalmente começa com imobilização e AINEs orais durante um período de 4 a 6 semanas.

» A imobilização do polegar e do punho é usada para conforto e repouso.[9] [22]

» Os AINEs são geralmente contraindicados na gestação. Na gestação e lactação, o tratamento não cirúrgico é altamente eficaz; a afecção tende a remitir após a interrupção da lactação. Imobilização é suficiente na maioria dos casos.[14] [64] [65]

2a injeção do primeiro compartimento dorsal +/- imobilização

Opções primárias

Agudo

» acetato de metilprednisolona: 20 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

-ou-

» triancinolona acetona: 5 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

-ou-

» fosfato sódico de betametasona/acetato de betametasona: 6 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

--E--

» lidocaína: (1%) 1 mL injetado juntamente com o corticosteroide na bainha do tendão flexor em dose única

» Uma tentativa de injeção de corticosteroide no primeiro compartimento dorsal pode ser realizada em seguida.[5] [2] [22] [44] [56] [57] Injeção de corticosteroide combinada à imobilização também foi descrita.[58]

» Após uma tentativa de injeção de corticosteroide, o acompanhamento é agendado em até 1 mês para a repetição do exame físico. Se a injeção falhar, uma segunda injeção poderá ser aplicada ou o paciente poderá ser encaminhado à cirurgia.

» As opiniões variam conforme a escolha do componente corticosteroide e sua preparação. Metilprednisolona, triancinolona e betametasona estão entre os mais comumente usados.[6] [7] [8] [23] [37] [42] [43] [44] [45]

» O componente corticosteroide é misturado com um anestésico local, mais comumente lidocaína 1%. Alguns médicos adicionam bicarbonato de sódio em uma mistura de 1:10.

» O volume injetado total é de cerca de 1 a 3 mL, dependendo do local e da preferência. Uma agulha pequena é preferível (por exemplo, calibre 25 ou 27). A injeção pode ser repetida em várias ocasiões.[7] [45] É necessário cuidado para colocar o injetado na bainha do extensor e não subcutaneamente, pois o adelgaçamento da pele e a atrofia gordurosa podem resultar de uma injeção superficial de corticosteroide nesse local.

3a

cirurgia

» Caso a cirurgia seja considerada necessária, como quando a injeção falha, é aberta uma incisão longitudinal no primeiro compartimento dorsal, permitindo que os tendões extensores

Agudo

deslizem livremente. É imperativo identificar positivamente o extensor curto do polegar, pois pode estar em uma sub-bainha separada do abductor longo do polegar, que frequentemente é formada por vários fascículos.[17] [22] A falha em reconhecer e liberar um subcompartimento do extensor curto do polegar pode ser uma causa de falha do tratamento ou de recidiva.[60] [61] [62]

» Liberação endoscópica do primeiro compartimento dorsal também foi descrita.[63]

tenossinovite do extensor longo do polegar

1a cirurgia

» Embora os AINEs orais possam ser oferecidos para a dor, a exploração cirúrgica deve ser planejada o mais rápido possível (em dias a semanas) para evitar a ruptura de atrito do tendão. O terceiro compartimento dorsal é liberado e o tendão extensor longo do polegar é transposto fora do compartimento.

adjunto anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + imobilização

Opções primárias

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia quando necessário

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **meloxicam**: 15 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **celecoxibe**: 200 mg por via oral uma vez ao dia

Agudo

» Os AINEs orais e a imobilização podem ser oferecidos para o alívio da dor por um período de 4 a 6 semanas.

tenossinovite do tendão extensor ulnar do carpo

1a anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + imobilização

Opções primárias

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia quando necessário

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **meloxicam**: 15 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **celecoxibe**: 200 mg por via oral uma vez ao dia

» Os AINEs orais por um período de 4 a 6 semanas podem ser tentados inicialmente, combinados à imobilização. Uma imobilização de punho com orientação volar é aplicada com o punho imobilizado na posição neutra.

1a injeção na bainha do extensor ulnar do carpo

Opções primárias

» **acetato de metilprednisolona**: 20 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

-ou-

» **triancinolona acetona**: 5 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

-ou-

Agudo

» **fosfato sódico de betametasona/acetato de betametasona**: 6 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

--E--

» **lidocaína**: (1%) 1 mL injetado juntamente com o corticosteroide na bainha do tendão flexor em dose única

» A injeção de corticosteroide é frequentemente tentada no início.[32] [33] [38] [66] [67] Uma injeção é frequentemente oferecida como um tratamento de primeira linha e muitos a consideram semelhante aos AINEs. Isso se aplica a todas as categorias que não exijam intervenção urgente.

» Após a injeção, o acompanhamento é agendado em até 1 mês para a repetição do exame físico. Se a injeção falhar, uma segunda injeção poderá ser aplicada ou o paciente poderá ser encaminhado para a cirurgia.

» As opiniões variam conforme a escolha do componente corticosteroide e sua preparação. Metilprednisolona, triancinolona e betametasona estão entre os mais comumente usados.[6] [7] [8] [23] [37] [42] [43] [44] [45]

» O componente corticosteroide é misturado com um anestésico local, mais comumente lidocaína 1%. Alguns médicos adicionam bicarbonato de sódio em uma mistura de 1:10.

» O volume injetado total é de cerca de 1 a 3 mL, dependendo do local e da preferência. Uma agulha pequena é preferível (por exemplo, calibre 25 ou 27). A injeção pode ser repetida em várias ocasiões.[7] [45]

2a

cirurgia

» O tratamento cirúrgico consiste na liberação do sexto compartimento dorsal. Procedimentos cirúrgicos adicionais, realizados conforme considerados necessários no intraoperatório, podem incluir tenossinovectomia e reparação e/ou reconstrução da bainha retinacular.

todas as outras tenossinovites

1a

anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) + imobilização

Opções primárias

» **diclofenaco potássico**: 50 mg por via oral (liberação imediata) três vezes ao dia quando necessário

Agudo

OU

» **ibuprofeno**: 300-400 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

OU

» **naproxeno**: 500 mg por via oral duas vezes ao dia quando necessário, máximo de 1250 mg/dia

OU

» **meloxicam**: 15 mg por via oral uma vez ao dia

OU

» **celecoxibe**: 200 mg por via oral uma vez ao dia

» O manejo conservador com AINEs orais e imobilização por um período de 4 a 6 semanas podem ser tentados inicialmente.

1a injeção na bainha/compartimento

Opções primárias

» **acetato de metilprednisolona**: 20 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

-ou-

» **triancinolona acetona**: 5 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

-ou-

» **fosfato sódico de betametasona/acetato de betametasona**: 3 mg (1 mL) injetados na bainha do tendão flexor em dose única, pode repetir

--E--

» **lidocaína**: (1%) 1 mL injetado juntamente com o corticosteroide na bainha do tendão flexor em dose única

» A injeção de corticosteroide é frequentemente tentada no início. Uma injeção é frequentemente oferecida como um tratamento de primeira linha e muitos a consideram semelhante aos AINEs. Isso se aplica a todas as categorias.

» Após a tentativa de injeção, o acompanhamento é agendado em até 1 mês para a repetição do exame físico. Se a injeção

Agudo

falhar, uma segunda injeção poderá ser aplicada ou o paciente poderá ser encaminhado à cirurgia.

» As opiniões variam conforme a escolha do componente corticosteroide e sua preparação. Metilprednisolona, triancinolona e betametasona estão entre os mais comumente usados.[6] [7] [8] [23] [37] [42] [43] [44] [45]

» O componente corticosteroide é misturado com um anestésico local, mais comumente lidocaína 1%. Alguns médicos adicionam bicarbonato de sódio em uma mistura de 1:10.

» O volume injetado total é de cerca de 1 a 3 mL, dependendo do local e da preferência. Uma agulha pequena é preferível (por exemplo, calibre 25 ou 27). A injeção pode ser repetida em várias ocasiões.[7] [45]

2a**cirurgia**

» A cirurgia consiste na liberação cirúrgica do compartimento correspondente.[29]

Recomendações

Monitoramento

Após uma tentativa de injeção de corticosteroide, o acompanhamento é agendado em até 1 mês para a repetição do exame físico. Se a injeção falhar, uma segunda injeção poderá ser aplicada ou o paciente poderá ser encaminhado à cirurgia.

Instruções ao paciente

Os pacientes devem ser aconselhados a manter o movimento, mesmo que precisem de assistência com a mão oposta. Se os sintomas persistirem após uma injeção bem-sucedida, os pacientes deverão ser instruídos a fazer um acompanhamento para reavaliação.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
contratura (dedo em gatilho)	longo prazo	alta
Negligência prolongada de um dedo bloqueado resultará na contratura em flexão das articulações.		
ruptura dos tendões (tenossinovite do extensor longo do polegar, tenossinovite do flexor radial do carpo)	longo prazo	alta
A negligência prolongada de um tendão afetado em risco resultará na ruptura de atrito.		
alterações cutâneas relacionadas à injeção de corticosteroide	longo prazo	baixa
A injeção superficial de corticosteroide pode causar atrofia subcutânea, necrose gordurosa e/ou despigmentação da pele escura e pigmentação vermelha da pele branca.		
lesão dos nervos sensoriais relacionada à cirurgia (De Quervain, EUC, dedo em gatilho)	longo prazo	baixa
A proximidade do nervo sensorial com o campo cirúrgico torna os nervos propensos à lesão iatrogênica (laceração/tração), causando dormência e formação de neuroma.		
arqueamento do tendão ou subluxação relacionada à cirurgia (dedo em gatilho, EUC)	longo prazo	baixa
As bainhas retinaculares liberadas não cumprem sua função na estabilização e reorientação do vetor do tendão envolvido.		
neurite (De Quervain, tenossinovite do extensor ulnar do carpo [EUC])	variável	baixa

Complicações	Período de execução	Probabilidade
A irritação prolongada e a inflamação circundante podem comprometer os nervos sensoriais próximos.		

Prognóstico

A maioria dos pacientes responde às medidas conservadoras com ajuste das atividades diárias que exacerbam os sintomas. Nos casos resistentes, o tratamento cirúrgico é altamente bem-sucedido.

Dedo em gatilho

A imobilização isolada pode ser eficaz em 55% a 66% dos casos.^{[3] [68]} Injeções de corticosteroide são bem-sucedidas em 48% a 93% dos casos.^{[6] [7] [8] [23] [37] [42] [43] [44] [45]} O sucesso da liberação percutânea foi relatado em 58% a 100% dos casos.^{[47] [48] [49] [50] [51] [52] [53] [54]} A liberação aberta do dedo em gatilho continua sendo o tratamento definitivo.

doença de De Quervain

A imobilização isolada não é altamente eficaz.^[69] Uma ou duas injeções de corticosteroide são bem-sucedidas em 50% a 80% dos casos.^{[5] [2] [22] [44] [57]} Em um pequeno estudo prospectivo, a combinação entre injeção de corticosteroide e imobilização foi mais eficaz que a injeção isolada.^[58] Na gestação e lactação, o tratamento não cirúrgico é altamente eficaz; a afecção tende a remitir após a interrupção da lactação.^{[14] [64] [65]} Para casos resistentes, a liberação aberta é o tratamento definitivo. Liberação endoscópica também foi descrita.^[63]

Todas as outras tenossinovites

A maioria dos pacientes responde às medidas conservadoras com ajuste das atividades diárias que exacerbam os sintomas. A colocação de talas para imobilização temporária ou repouso, especialmente à noite, pode ser útil. Nos casos resistentes, o tratamento cirúrgico é altamente bem-sucedido.

Diretrizes de diagnóstico

América do Norte

ACR–SCBT–MR–SPR–SSR practice parameter for the performance of magnetic resonance imaging (MRI) of the wrist

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em:
2017

ACR–SPR–SSR practice parameter for the performance and interpretation of magnetic resonance imaging (MRI) of bone, joint, and soft tissue infections in the extremities

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em:
2016

ACR–SPR–SSR practice parameter for the performance and interpretation of magnetic resonance imaging (MRI) of the fingers and toes

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em:
2014

Diretrizes de tratamento

América do Norte

Forearm, wrist, and hand (acute and chronic), not including carpal tunnel syndrome

Publicado por: Work Loss Data Institute

Última publicação em:
2013

Occupational medicine practice guidelines

Publicado por: American College of Occupational and Environmental Medicine

Última publicação em:
2011

Artigos principais

- Patel MR, Bassini L. Trigger fingers and thumb: when to splint, inject, or operate. J Hand Surg Am. 1992 Jan;17(1):110-3. [Resumo](#)
- Avci S, Yilmaz C, Sayli U. Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. J Hand Surg Am. 2002;27:322-324. [Resumo](#)
- Fitton J, Shea FW, Goldie W. Lesions of the flexor carpi radialis tendon and sheath causing pain at the wrist. J. Bone Joint Surg Br. 1968;50:359-363. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Grundberg AB, Reagan DS. Pathologic anatomy of the fore-arm: intersection syndrome. J Hand Surg Am. 1985;10:299-302. [Resumo](#)
- Futami T, Itoman M. Extensor carpi ulnaris syndrome: findings in 43 patients. Acta Orthop Scand. 1995;66:538-539. [Resumo](#)
- Mardani-Kivi M, Karimi Mobarakeh M, Bahrami F, et al. Corticosteroid injection with or without thumb spica cast for de Quervain tenosynovitis. J Hand Surg Am. 2014;39:37-41. [Resumo](#)

Referências

1. Burman M. Stenosing tendovaginitis of the dorsal and volar compartments of the wrist. AMA Arch Surg. 1952 Nov;65(5):752-62. [Resumo](#)
2. Lipscomb PR. Tenosynovitis of the hand and the wrist: carpal tunnel syndrome, de Quervain's disease, trigger digit. Clin Orthop. 1959;13:164-180.
3. Patel MR, Bassini L. Trigger fingers and thumb: when to splint, inject, or operate. J Hand Surg Am. 1992 Jan;17(1):110-3. [Resumo](#)
4. Quinnell RC. Conservative management of trigger finger. Practitioner 1980; 224:187-190. [Resumo](#)
5. Harvey FJ, Harvey PM, Horsley MW. De Quervain's disease: surgical or nonsurgical treatment. J Hand Surg Am. 1990 Jan;15(1):83-7. [Resumo](#)
6. Murphy D, Failla JM, Koniuch MP. Steroid versus placebo injection for trigger finger. J Hand Surg Am. 1995;20:628-631. [Resumo](#)
7. Newport ML, Lane LB, Stuchin SA. Treatment of trigger finger by steroid injection. J Hand Surg Am. 1990;15:748-750. [Resumo](#)
8. Rhoades CE, Gelberman RH, Manjarris JF. Stenosing tenosynovitis of the fingers and thumb: results of a prospective trial of steroid injection and splinting. Clin Orthop Relat Res. 1984;190:236-238. [Resumo](#)

9. Stein AH Jr, Ramsey RH, Key JA. Stenosing tendovaginitis at the radial styloid process (de Quervain's disease). *AMA Arch Surg*. 1951;63:216-228. [Resumo](#)
10. Fahey JJ, Bollinger JA. Trigger-finger in adults and children. *J Bone Joint Surg Am*. 1954;36-A:1200-1218. [Resumo](#)
11. Kamhin M, Engel J, Heim M. The fate of injected trigger fingers. *Hand*. 1983;15:218-220. [Resumo](#)
12. Weilby A. Trigger finger: incidence in children and adults and the possibility of a predisposition in certain age groups. *Acta Orthop Scand*. 1970;41:419-427. [Resumo](#)
13. Trezies AJ, Lyons AR, Fielding K, et al. Is occupation an aetiological factor in the development of trigger finger? *J Hand Surg Br*. 1998;23:539-540. [Resumo](#)
14. Avci S, Yilmaz C, Sayli U. Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. *J Hand Surg Am*. 2002;27:322-324. [Resumo](#)
15. Wolf JM, Sturdivant RX, Owens BD. Incidence of de Quervain's tenosynovitis in a young, active population. *J Hand Surg Am*. 2009;34:112-115. [Resumo](#)
16. Sampson SP, Badalamente MA, Hurst LC, et al. Pathobiology of the human A1 pulley in trigger finger. *J Hand Surg Am*. 1991 Jul;16(4):714-21. [Resumo](#)
17. Keon-Cohen B. De Quervain's disease. *J Bone Joint Surg Br*. 1951 Feb;33-B(1):96-9. [Texto completo](#)
[Resumo](#)
18. Piver JD, Raney RB. De Quervain's tendovaginitis. *Am J Surg*. 1952 Mar;83(5):691-4. [Resumo](#)
19. Bunnell S. Injuries of the hand. In: *Surgery of the hand*. Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1944:496-499.
20. Hueston JT, Wilson WF. The aetiology of trigger finger explained on the basis of intratendinous architecture. *Hand*. 1972;4:257-260. [Resumo](#)
21. Garti A, Velan GJ, Moshe W, et al. Increased median nerve latency at the carpal tunnel of patients with "trigger finger": comparison of 62 patients and 13 controls. *Acta Orthop Scand*. 2001;72:279-281. [Resumo](#)
22. Leao L. De Quervain's disease: a clinical and anatomical study. *J Bone Joint Surg Am*. 1958;40:1063-1070. [Resumo](#)
23. Stahl S, Kanter Y, Karnielli E. Outcome of trigger finger treatment in diabetes. *J Diabetes Complications*. 1997;11:287-290. [Resumo](#)
24. Cassebaum WH. Colles' fracture: a study of end results. *JAMA*. 1950;143:963-965. [Resumo](#)
25. Dobyns JH. Complications of treatment of fractures and dislocations of the wrist. In: Epps CH Jr, ed. *Complications in orthopaedic surgery*. Philadelphia, PA: JB Lippincott; 1978:289-290.

26. Engkvist O, Lundborg G. Rupture of the extensor pollicis longus tendon after fracture of the lower end of the radius: a clinical and microangiographic study. *Hand*. 1979;11:76-86. [Resumo](#)
27. Lanzetta M, Howard M, Conolly WB. Post-traumatic triggering of extensor pollicis longus at the dorsal radial tubercle. *J Hand Surg Br*. 1995;20:398-401. [Resumo](#)
28. Fitton J, Shea FW, Goldie W. Lesions of the flexor carpi radialis tendon and sheath causing pain at the wrist. *J. Bone Joint Surg Br*. 1968;50:359-363. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. Grundberg AB, Reagan DS. Pathologic anatomy of the fore-arm: intersection syndrome. *J Hand Surg Am*. 1985;10:299-302. [Resumo](#)
30. Satonaka H, Tsujii M, Sudo A. Tenosynovitis of the extensor pollicis longus tendon caused by an intratendinous ganglion: a case report. *J Hand Surg Eur Vol*. 2014;39:669-671. [Resumo](#)
31. Kardashian G, Vara AD, Miller SJ, et al. Stenosing synovitis of the extensor pollicis longus tendon. *J Hand Surg Am*. 2011;36:1035-1038. [Resumo](#)
32. Futami T, Itoman M. Extensor carpi ulnaris syndrome: findings in 43 patients. *Acta Orthop Scand*. 1995;66:538-539. [Resumo](#)
33. Garsten P. Stenosis of the extensor carpi ulnaris tendon sheath. *Acta Chir Scand*. 1951;101:85-90. [Resumo](#)
34. Bajaj S, Pattamapaspong N, Middleton W, et al. Ultrasound of the hand and wrist. *J Hand Surg Am*. 2009;34:759-760. [Resumo](#)
35. Jacob D, Cohen M, Bianchi S. Ultrasound imaging of non-traumatic lesions of wrist and hand tendons. *Eur Radiol*. 2007;17:2237-2247. [Resumo](#)
36. Wong DC, Wansaicheong GK, Tsou IY. Ultrasonography of the hand and wrist. *Singapore Med J*. 2009;50:219-225. [Texto completo](#) [Resumo](#)
37. Freiberg A, Mulholland RS, Levine R. Nonoperative treatment of trigger fingers and thumbs. *J Hand Surg Am*. 1989;14:553-558. [Resumo](#)
38. Hajj AA, Wood MB. Stenosing tenosynovitis of the extensor carpi ulnaris. *J Hand Surg Am*. 1986;11:519-520. [Resumo](#)
39. American College of Radiology. ACR–SCBT–MR–SPR–SSR practice parameter for the performance of magnetic resonance imaging (MRI) of the wrist. 2014. <http://www.acr.org/> (last accessed 30 March 2016). [Texto completo](#)
40. American College of Radiology. ACR–SPR–SSR practice parameter for the performance and interpretation of magnetic resonance imaging (MRI) of the fingers and toes. 2014. <http://www.acr.org/> (last accessed 30 March 2016). [Texto completo](#)

41. American College of Radiology. ACR–SPR–SSR practice parameter for the performance and interpretation of magnetic resonance imaging (MRI) of bone, joint, and soft tissue infections in the extremities. 2014. <http://www.acr.org/> (last accessed 30 March 2016). [Texto completo](#)
42. Griggs SM, Weiss AP, Lane LB, et al. Treatment of trigger finger in patients with diabetes mellitus. *J Hand Surg Am.* 1995;20:787-789. [Resumo](#)
43. Kolind-Sorensen V. Treatment of trigger fingers. *Acta Orthop Scand.* 1970;41:428-432. [Resumo](#)
44. Lapidus PW, Guidotti FP. Stenosing tenovaginitis of the wrist and fingers. *Clin Orthop Relat Res.* 1972;83:87-90. [Resumo](#)
45. Marks MR, Gunther SF. Efficacy of cortisone injection in treatment of trigger fingers and thumbs. *J Hand Surg Am.* 1989;14:722-727. [Resumo](#)
46. Liu DH, Tsai MW, Lin SH, et al. Ultrasound-guided hyaluronic acid injections for trigger finger: a double-blinded, randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96:2120-2127. [Texto completo](#) [Resumo](#)
47. Bain GI, Wallwork NA. Percutaneous A1 pulley release: a clinical study. *Hand Surg.* 1999;4:45-50. [Resumo](#)
48. Cihantimur B, Akin S, Ozcan M. Percutaneous treatment of trigger finger: 34 fingers followed 0.5-2 years. *Acta Orthop Scand.* 1998;69:167-168. [Resumo](#)
49. Eastwood DM, Gupta KJ, Johnson DP. Percutaneous release of the trigger finger: an office procedure. *J Hand Surg Am.* 1992;17:114-117. [Resumo](#)
50. Ha KI, Park MJ, Ha CW. Percutaneous release of trigger digits. *J Bone Joint Surg Br.* 2001;83:75-77. [Texto completo](#) [Resumo](#)
51. Lyu SR. Closed division of the flexor tendon sheath for trigger finger. *J Bone Joint Surg Br.* 1992;74:418-420. [Texto completo](#) [Resumo](#)
52. Pope DF, Wolfe SW. Safety and efficacy of percutaneous trigger finger release. *J Hand Surg Am.* 1995;20:280-283. [Resumo](#)
53. Stothard J, Kumar A. A safe percutaneous procedure for trigger finger release. *J R Coll Surg Edinb.* 1994;39:116-117. [Resumo](#)
54. Tanaka J, Muraji M, Negoro H, et al. Subcutaneous release of trigger thumb and fingers in 210 fingers. *J Hand Surg Br.* 1990;15:463-465. [Resumo](#)
55. Lapègue F, André A, Meyrignac O, et al. US-guided percutaneous release of the trigger finger by using a 21-gauge needle: a prospective study of 60 cases. *Radiology.* 2016 Feb 25 [Epub ahead of print]. [Texto completo](#) [Resumo](#)
56. Ilyas AM. Nonsurgical treatment for de Quervain's tenosynovitis. *J Hand Surg Am.* 2009;34:928-929. [Resumo](#)

57. Ashraf MO, Devadoss VG. Systematic review and meta-analysis on steroid injection therapy for de Quervain's tenosynovitis in adults. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2014;24:149-157. [Resumo](#)
58. Mardani-Kivi M, Karimi Mobarakeh M, Bahrami F, et al. Corticosteroid injection with or without thumb spica cast for de Quervain tenosynovitis. *J Hand Surg Am.* 2014;39:37-41. [Resumo](#)
59. Cavaleri R, Schabrun SM, Te M, et al. Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Hand Ther.* 2016;29:3-11. [Texto completo](#) [Resumo](#)
60. Arons MS. de Quervain's release in working women: a report of failures, complications, and associated diagnoses. *J Hand Surg Am.* 1987;12:540-544. [Resumo](#)
61. Belsole RJ. De Quervain's tenosynovitis: diagnostic and operative complications. *Orthopedics.* 1981;4:899-903.
62. Louis DS. Incomplete release of the first dorsal compartment: a diagnostic test. *J Hand Surg Am.* 1987;12:87-88. [Resumo](#)
63. Kang HJ, Koh IH, Jang JW, et al. Endoscopic versus open release in patients with de Quervain's tenosynovitis: a randomised trial. *Bone Joint J.* 2013;95-B:947-951. [Resumo](#)
64. Schumacher HR Jr, Dorwart BB, Korzeniowski OM. Occurrence of De Quervain's tendinitis during pregnancy. *Arch Intern Med.* 1985;145:2083-2084. [Resumo](#)
65. Schned ES. De Quervain tenosynovitis in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol.* 1986;68:411-414. [Resumo](#)
66. Kip PC, Peimer CA. Release of the sixth dorsal compartment. *J Hand Surg Am.* 1994;19:599-601. [Resumo](#)
67. Nachinolcar UG, Khanolkar KB. Stenosing tenovaginitis of extensor carpi ulnaris: brief report. *J Bone Joint Surg Br.* 1988;70:842. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. Rodgers WB, Waters PM. Incidence of trigger digits in newborns. *J Hand Surg Am.* 1994;19:364-368. [Resumo](#)
69. Weiss AP, Akelman E, Tabatabai M. Treatment of de Quervain's disease. *J Hand Surg Am.* 1994;19:595-598. [Resumo](#)

Imagens

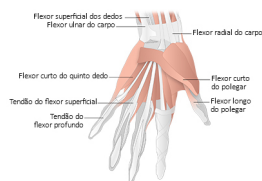


Figura 1: Tendões da mão esquerda

Criado pelo BMJ Group

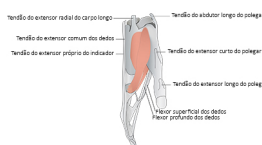


Figura 2: Tendões do dedo indicador

Criado pelo BMJ Group

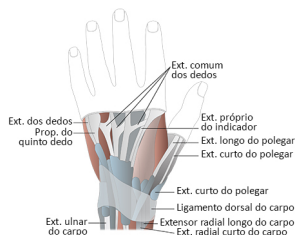


Figura 3: Tendões do dorso do punho

Criado pelo BMJ Group



Figura 4: Secção transversa do punho

Criado pelo BMJ Group

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Mar 29, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Jennifer Moriatis Wolf, MD

Professor

Department of Orthopaedic Surgery and Rehabilitation, University of Chicago Hospitals, Chicago, IL

DIVULGAÇÕES: JMW receives research funding from the US Department of Defense and American Society for Surgery of the Hand. She receives a salary as deputy editor of Journal of Hand Surgery and updates editor of the textbook Skeletal Trauma.

// Reconhecimentos:

Dr Jennifer Moriatis Wolf would like to gratefully acknowledge Dr Doug Campbell, Dr Peter Evans, and Dr Shafic Sraj, the previous contributors to this monograph. DC, PE, and SS declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Philip E. Blazar, MD

Assistant Professor of Orthopedic Surgery

Harvard Medical School, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: PEB declares that he has no competing interests.

S. Raja Sabapathy, MS, MCh, DNB, FRCS, MAMS

Director and Head

Department of Plastic, Hand and Reconstructive Microsurgery and Burns, Ganga Hospital, Coimbatore, India

DIVULGAÇÕES: SRS declares that he has no competing interests.