

A síndrome do raquetista*

CLAUDE CHAMBRIARD¹, PAULO COUTO², LUIZ OSÓRIO³, SÍLVIO A.G. SILVA⁴

RESUMO

Os autores relatam dois casos da síndrome do raquetista, que se caracteriza por dor na região palmar (borda ulnar) e impossibilidade de praticar tênis. O diagnóstico é confirmado pela cintilografia óssea. O tratamento cirúrgico com ressecção subperióstica do osso pisiforme resultou em alívio total da sintomatologia, com retorno à atividade esportiva.

Unitermos – Síndrome do raquetista; ressecção

SUMMARY

The racquet player syndrome

The authors report two cases of the racquet player syndrome. The patients complain of pain on the palmar region (ulnar aspect) and impossibility of playing tennis. The diagnosis is confirmed by the radionuclide bone scan. The surgical treatment with subperiosteal resection of pisiform bone resulted in complete pain relief.

Key words – Racquet player syndrome; resection

INTRODUÇÃO

Nos esportes em que a raquete é utilizada, pode ocorrer subluxação do osso pisiforme com subsequente condromalacia da articulação piramidal-pisiforme. Pequenos graus de instabilidade nessa articulação causam dor e derrame⁽¹⁾. A sinovite, condromalacia ou artrose secundárias à subluxação podem resultar em compressão do nervo ulnar no canal de Guyon devido à íntima relação entre o nervo e o pisiforme⁽⁴⁾. O primeiro caso de luxação deste osso é atribuído a Van Der

Ponce, em 1899⁽²⁾. Posteriormente outros autores relataram casos semelhantes⁽⁴⁾. A síndrome do raquetista foi descrita como ocorrendo principalmente nos jogadores de tênis e squash, podendo também ser encontrada em jogadores de golfe e outros esportes em que se utilize qualquer tipo de bastão como instrumento⁽³⁾. O provável mecanismo que causa a dor é o estresse torcional sobre a cápsula da articulação piramidal-pisiforme pelos bruscos e poderosos movimentos de pronosupinação do punho que ocorrem quando se empunha uma raquete, aliado a uma alavanca sobre esta estrutura⁽³⁾ (fig. 1). Casos de subluxação do pisiforme ocasionados por esportes com raquete foram relatados por Helal⁽³⁾.

Na síndrome em estudo, dor, impotência funcional e edema podem ser observados na região palmar, borda ulnar do punho. Manobras passivas tanto de compressão como de translação sobre o pisiforme causam dor. As radiografias simples e a tomografia computadorizada são normais, a não ser em caso avançado de artrose⁽⁵⁾ ou de luxação do pisiforme. A cintilografia óssea deve então ser solicitada para confirmar o diagnóstico clínico. No caso de insucesso com o tratamento conservador através das medidas habituais de imobilização, medicação antiinflamatória e fisioterapia, indica-se o tratamento cirúrgico, que consiste em ressecção subperióstica do pisiforme.

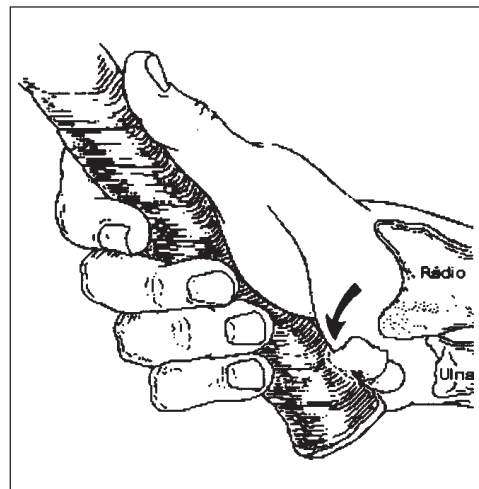


Fig. 1 – Esquema evidenciando a pressão direta da empunhadura da raquete sobre o osso pisiforme

* Trab. realiz. no Serv. de Traumatologia-Ortop. do Hosp. Univers. Clementino Fraga Filho, da Univ. Fed. do Rio de Janeiro, Dep. de Ortop. e Traumatol. da UFRJ.

1. Coordenador da Residência Médica; Prof. Assist.; Mestre em Ortop.
2. Chefe do Serviço; Prof. Adjunto; Doutor em Ortop.
3. Chefe de Clínica; Prof. Assist.; Mestre em Ortop.
4. Médico Ortopedista; Membro da SBOT.

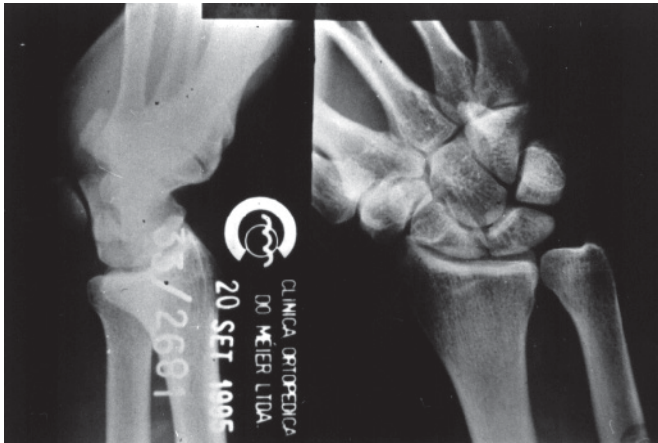


Fig. 2 – Radiografias simples do carpo sem alterações na articulação piramidal-pisiforme

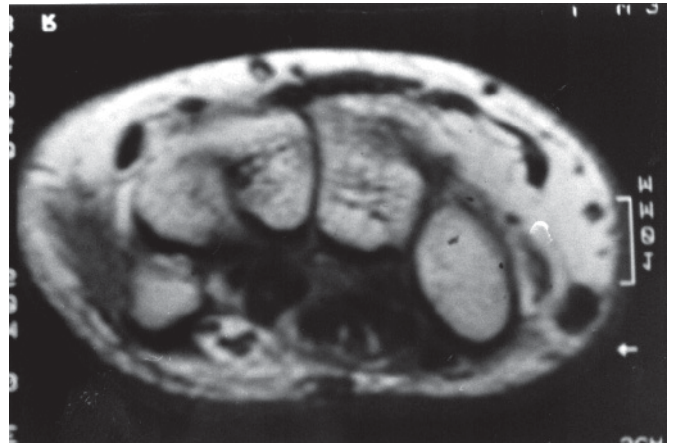


Fig. 3 – Tomografia computadorizada do carpo em corte axial não evidenciando alterações na articulação piramidal-pisiforme

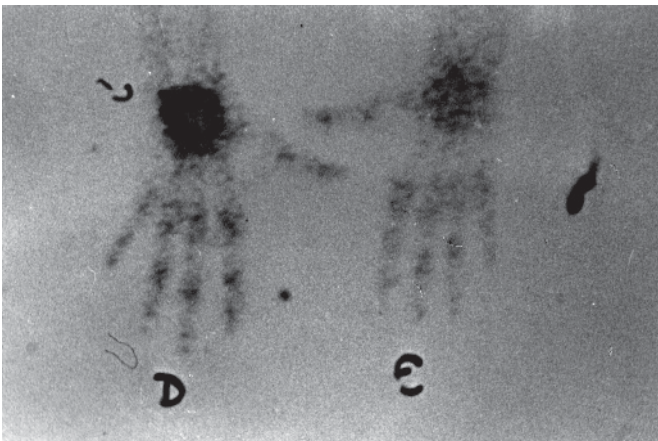


Fig. 4 – Cintilografia óssea comparativa dos dois punhos com aumento de captação ao nível do carpo direito

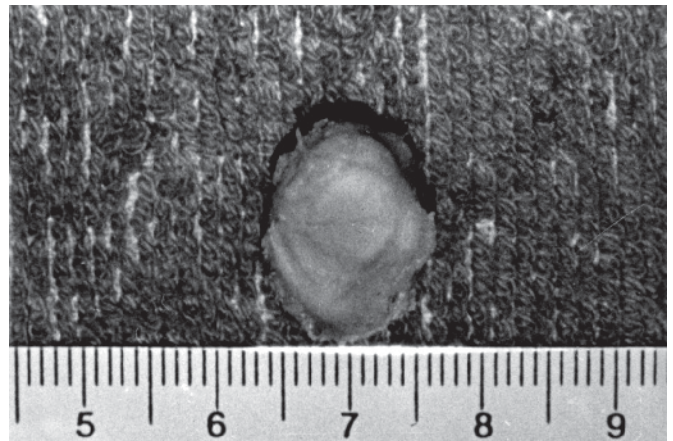


Fig. 5 – Aspecto do osso pisiforme após a ressecção subperióstica

CASOS CLÍNICOS

Caso 1: J.V.F., masculino, 35 anos, mão dominante direita. Jogador de tênis havia 10 anos, com três jogos por semana com duração média de três horas por dia. Queixava-se de dor localizada durante e após a prática esportiva havia 12 meses. Tratamento prévio: repouso, antiinflamatório não hormonal, imobilização, ultra-som, ondas curtas e crioterapia; sem resultados positivos significativos. Radiografias simples e tomografia computadorizada: normais (figs. 2 e 3). Cintilografia óssea revelou hipercaptação ao nível do carpo direito (fig. 4). Tratamento realizado: ressecção subperióstica do pisiforme (fig. 5). Resultado: após seis meses da cirurgia retornou ao esporte sem nenhuma restrição e totalmente assintomático.

Caso 2: M.C.A., feminino, 38 anos, mão dominante direita. Jogadora de tênis havia 20 anos, com quatro jogos por

semana com duração média de duas horas por dia. Duração dos sintomas: 18 meses. Tratamento prévio: repouso, imobilização, ultra-som, ondas curtas e uma infiltração; sem resultados. Radiografias simples e tomografia computadorizada: normais. Cintilografia óssea positiva ao nível do carpo direito. Realizado o mesmo tratamento do caso anterior, com resultado idêntico.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Os pacientes foram operados realizando-se a ressecção subperióstica do osso pisiforme pela técnica preconizada por Helal⁽³⁾ e que consiste em: incisão longitudinal de cerca de 5cm sobre a borda ulnar, face palmar do 1/3 distal do punho e proximal da mão, iniciando-se 2,5cm acima da prega de flexão proximal do punho. Proceder-se à abertura longitudinal do canal de Guyon seguida da ressecção subperiosteal do

pisiforme com o cuidado de não desinsserir o tendão flexor ulnar do carpo. A imobilização do punho é mantida por quatro semanas, seguindo-se a recuperação fisioterápica. O retorno ao esporte é autorizado após o segundo mês de pós-operatório.

COMENTÁRIOS CONCLUSIVOS

A dor no lado ulnar do punho constitui um problema diagnóstico para o cirurgião de mão. Várias podem ser as afecções nessa localização, dentre as quais as mais comuns são: lesão da articulação radioulnar distal, do complexo cartilaginoso triangular, do ligamento colateral ulnar do punho e do tendão do flexor ulnar do carpo. Em razão do crescente número de praticantes de esportes com raquete e pelo pequeno número de publicações sobre os problemas referentes a esta modalidade esportiva, faz-se necessária maior pesquisa sobre o assunto.

Os casos aqui relatados foram previamente submetidos a várias formas de tratamento sem ter obtido melhora do quadro clínico e tampouco tiveram o diagnóstico realizado. Finalizando, é importante ressaltar que o estudo da articulação piramidal-pisiforme é geralmente negligenciado quando da investigação de sintomas na borda ulnar do punho, acarretando a não realização do diagnóstico pelo ortopedista e o não alívio dos sintomas do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Aulicino, P.L.: Neurovascular injuries in the hands of athletes. *Hand Clin* 6: 456-458, 1990.
2. Cohen, I.: Dislocation of the pisiform. *Ann Surg* 75: 238-239, 1922.
3. Helal, B.: Racquet player's pisiform. *Hand* 10: 87-90, 1978.
4. Immermann, E.W.: Dislocation of the pisiform. *J Bone Joint Surg [Am]* 30: 489-492, 1948.
5. Vasilas, A., Grieco, R.V. & Bartone, N.F.: Roentgen aspects of injuries to the pisiform bone and pisotriquetral joint. *J Bone Joint Surg [Am]* 42: 1317-1328, 1960.