

Síndrome do Túnel de Carpo

Fique mais feliz sem dor.

O livro fala sobre o que é a síndrome, diagnósticos, tratamentos, aspectos fisiológicos, energéticos, uso de acupuntura. Livro escrito para profissionais de saúde e para o público que queira se informar sobre um problema que afeta diversas pessoas pelo mundo!

Marcio Alexandre Afonso Polizelli

29/06/2015



SOBRE O AUTOR:

DR. MARCIO A. A. POLIZELLI.

***FORMADO EM FISIOTERAPIA (UNORP), ESPECIALISTA EM
ACUPUNTURA (FACIS)***

ESPECIALISTA EM DOR MUSCULO ESQUELÉTICA (FAMERP/FÆEPE).

***PÓS GRADUADO TAMBÉM NA ÁREA DE ALIMENTOS FUNCIONAIS,
FITOTERAPIA E SUPLEMENTOS ALIMENTARES (FAMERP/FÆEPE).***

***CURSADO EM CROMOTERAPIA PELO ESPAÇO KUAN YIN, TERAPIAS
FLORAIS (ESPAÇO KUAN YIN), SHIATSU (ERATO CURSOS), PILATES
SOLO E MATERIAIS ALTERNATIVOS (PREMIER STUDIO PILATES),
DRENAGEM LINFÁTICA E DRENAGEM LINFÁTICA PARA PRÉ E PÓS
OPERATÓRIO (UNORP/UNIPÓS).***

AUTOR DO LIVRO:

***“CROMOTERAPIA
NOVO GUIA TEÓRICO E PRÁTICO
PARA USO DE LUZ E CORES.”***

Agradeço a Grande Luz do Universo e a Ciência pela saúde que a Humanidade pode possuir hoje. Que continue a melhorar cada vez mais.

Aviso: Trata-se de um livro meramente informativo e que não substitui a opinião, diagnóstico e tratamento de profissionais qualificados.

O TUNEL DE CARPO -----	1
Mão e região do Carpo-----	3
Anatomia e Fisiologia da Região do Carpo-----	4
O Nervo Mediano e sua Relação com o Plexo Braquial-----	5
Breve Histórico da Síndrome do Túnel de Carpo-----	6
Definição da Síndrome do Túnel de Carpo-----	7
Definição da Síndrome do Túnel de Carpo pela Medicina Tradicional Chinesa e Sintomatologia-----	8
Etiologia e Informação da Síndrome em Gestantes-----	10
Os males do punho, ligadas a Fatores Psicológicos-----	11
Diagnostico-----	13
Diagnostico diferencial-----	14
Exames complementares-----	15
Comprovação Diagnóstica-----	15
Evolução e Prognostico da Síndrome do Túnel de Carpo-----	15
Testes para diagnósticos de Síndrome do Túnel de Carpo----	16
Breve explicação sobre a Medicina Tradicional Chinesa-----	18
Explicação da Energia e a Doença-----	19
Cuidados com o paciente e Prevenção.-----	23
Tratamento da Síndrome do Túnel de Carpo-----	24
Viva uma vida normal e feliz-----	29

O TUNEL DE CARPO.

O túnel do carpo é um espaço fechado, possui aproximadamente 3 cm de largura, é delimitado na face dorsal pelos ossos pisiforme, escafoíde, hamato e trapézio, sendo que os ossos escafoíde, e trapézio estão situados radialmente em direção aos ossos pisiforme e hamato localizados na borda ulnar.

Na face ventral localiza-se o ligamento transversal do carpo, situado através dos ossos do carpo, recobrindo o espaço. Por ele passam o nervo mediano e nove tendões responsáveis pela flexão dos quirodáctilos.

Dentro do túnel ficam os tendões dos músculos: flexor profundo dos dedos, flexor superficial dos dedos, flexor longo do polegar e o nervo mediano.

Por ser rígido, qualquer aumento de pressão no seu interior, comprime o nervo mediano contra o ligamento transversal, gerando assim a STC.

A compressão pode ocorrer por vários fatores. (Nadler e Nadler, 2002, p.1752).

A compressão que causa a síndrome do túnel de carpo produz isquemia do nervo mediano, prejudicando a condução nervosa, seus sintomas mais freqüentes são hipoestesia e parestesia. (Verdugo et AL, 2002, p.12).

A síndrome do túnel do carpo caracteriza-se pela compressão do nervo mediano na área em que ele atravessa a região do carpo, produzindo dor e parestesias, podendo evoluir para a perda variável da sensibilidade e força muscular da mão afetada.

Segundo a Medicina Tradicional Chinesa o aparecimento do quadro de síndrome do túnel do carpo, excetuando-se os ossos traumáticos deve-se à obstrução da circulação de Qi (Energia) e Xue (Sangue) do canal de energia principal do Xin Bao Luo (Circulação-Sexo) e de seu Canal de Energia Tendinomuscular. A obstrução é conseqüente à penetração de Energias Perversas Frio, Umidade, ou Vento, promovendo em conseqüência o processo inflamatório e hiper celularidade. (Yamamura, 2004, p.845).

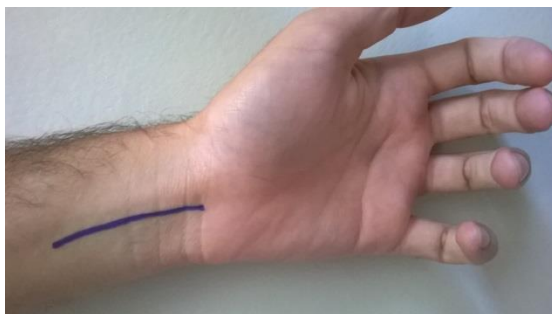
O tratamento da Síndrome do Túnel de Carpo pode ser Cirúrgico e não cirúrgico, utilizando alopatria, fisioterapia ou terapias complementares.

A cirurgia é oferecida em casos de distúrbios sensoriais intensos e fraqueza motora tênar.

Os métodos não cirúrgicos são utilizados em processos leves e moderados.

Na cirurgia é feita a liberação do retináculo flexor, aumentando o espaço para os componentes do canal do carpo.

Os métodos não cirúrgicos incluem exercícios, Eletrofototrmoterapia, Ultra-som, uso de órteses, loga, supervisão ergonômica, uso de medicamentos anti-inflamatórios, complementos alimentares, Homeopatia, Florais, tratamentos hormonais, psicologia e Acupuntura.



Linha demonstra por onde passa o nervo mediano.

Este livro tem como objetivo descrever a síndrome do túnel de carpo, assim como abordar a importância de sua prevenção e demonstrar a existência de diversas formas de tratamento oferecidas na atualidade.

Mão e região do Carpo.

Anatomia, Fisiologia e Biomecânica da mão

A mão humana é um instrumento extremamente versátil capaz de delicadíssimas manipulações e, ao mesmo tempo capaz de fortíssimos apertos.

O esqueleto da mão é constituído por um arranjo de vinte e sete pequenos ossos, movidos por trinta e sete músculos esqueléticos (Berlinck, 2000, p.26).

O esqueleto da mão possui oito ossos do carpo, cinco do metacarpo e as falanges, em número de três para cada dedo, exceto o polegar, que possui somente duas.

Pela mão passam os tendões dos músculos flexores e extensores dos dedos (músculos específicos destinados ao polegar e ao dedo mínimo), e os músculos interósseos, permitindo a movimentação lateral dos dedos.

A vascularização da mão se dá através de ramos dos dois arcos palmares, e a inervação, por ramos do nervo mediano, cubital e radial.

A apreensão é exercida pelos movimentos de flexão dos cinco dedos, auxiliada pelos movimentos do polegar, que se opõe aos demais (Coleção Larousse Cultural, 1998, p.3789).

A junção dos ossos e tendões permite uma ampla gama de movimentação.

Em particular é a nossa habilidade em poder juntar as pontas dos dedos à ponta do polegar, combinada com grande sensibilidade de nossas polpas digitais (devido ao grande suprimento de terminais nervosos sensitivos), que dá à mão humana sua destreza única (Berlinck, 2000, p.26).

Anatomia e Fisiologia da Região do Carpo

O esqueleto do punho e da parte superior da mão é conhecida como carpo.

O carpo é formado por oito ossos curtos dispostos em duas fileiras: a superior ou proximal compreende, de fora para dentro, o escafóide, o semilunar, e o piramidal, sobre o qual repousa o pisiforme; a fileira inferior ou distal inclui o trapézio, o trapezóide, o capitato e o hamato.

O carpo se articula em cima com o rádio e embaixo com o metacarpo (Coleção Larousse Cultural, 1998, p.1194).

Todas as articulações são deslizantes nas quais são produzidos movimentos translatórios concomitantemente com os movimentos do punho.

O túnel possui em seu interior nove tendões e um nervo, sendo quatro do músculo flexor profundo dos dedos, quatro tendões do músculo flexor superficial dos dedos, tendão do flexor longo do polegar e o nervo mediano.

Os músculos que se apresentam na região do carpo são o flexor profundo dos dedos, flexor superficial dos dedos e flexor longo do polegar, permitindo assim a realização das atividades de vida diária.

O Nervo Mediano e sua Relação com o Plexo Braquial

O nervo mediano percorre o membro superior até à mão onde dá sensibilidade nervosa ao polegar, dedo indicador, médio e à metade lateral do anelar.

O nervo mediano se ramifica no plexo braquial, mais especificamente nos fascículos lateral e medial. Inerva quase todos os músculos flexores do antebraço, exceto os que o nervo ulnar é responsável. Inerva também os músculos pronadores redondo e quadrado, e quase toda a face palmar cutânea das mãos (Wales, 2007).

O nervo mediano, pega uma porção dos músculos do polegar e músculos tenares realizando assim movimento de oponência do polegar, com o qual permite tocar em todos os outros dedos.

O plexo braquial é um conjunto de nervos que partem da medula espinhal. Suas raízes, que saem dos forames intervertebrais, são quatro: C5, C6, C7 e T1. As raízes dão origem aos troncos superior e médio (C5+C6) e inferior (C7+T1). Cada tronco tem divisões anteriores e posteriores. As divisões anteriores dos troncos superior e médio dão origem ao fascículo lateral. As divisões posteriores dos três troncos dão origem ao fascículo posterior. Enquanto a divisão anterior do tronco inferior dá origem ao fascículo medial. Esses fascículos terão várias ramificações que inervarão os membros superiores. A maior dessas ramificações é o nervo radial. Do fascículo lateral originam o nervo musculocutâneo e sai um ramo que vai formar o nervo mediano. Do fascículo posterior originam o nervo radial e axilar, e por fim, do fascículo medial originam o nervo ulnar e o outro ramo que vai formar o nervo mediano (Wales, 2008).

A parte motora do nervo mediano supre o abdutor curto do polegar, o oponente do polegar, o flexor curto do polegar e o primeiro e segundo músculos lumbricais. Quanto à parte sensitiva o nervo mediano transmite a sensação da porção lateral da palma e superfície tênar, à parte palmar do polegar, indicador, médio e metade lateral do dedo anular, se estendendo sobre o dorso das falanges terminais; a inervação é pura no ápice dos dedos indicador e médio (Zeltzer, 2007).

Breve Histórico da Síndrome do Túnel de Carpo

Essa síndrome foi reconhecida logo depois da segunda guerra mundial por Brain et al., 1947 (Baldry, 2008, p.326).

Paget em 1865 realiza a primeira descrição crônica do nervo mediano.

Putnan foi o primeiro a descrever os sintomas de parestesias nas mãos.

Em 1960, houve o desenvolvimento dos testes eletrodiagnósticos, da eletromiografia e do estudo das conduções sensitivas e motoras, e assim pôde ser aumentado o índice de diagnóstico de síndrome do túnel do carpo (Mello, p.6, 2001).

Existem relatos sobre tratamento conservador da síndrome desde 1956, incluindo uso de injeção de esteróides, combinado com o uso de vitaminas e também combinando o uso de esteróides com antiinflamatórios não-hormonais.

O tratamento cirúrgico foi realizado pela primeira vez em outubro de 1929 por James Learmonth, com a secção do ligamento transversal do carpo, técnica popularizada mais tardiamente (Pereira et al., 1993, p.570-678).

Atualmente há boas descrições da síndrome em livros padronizados, sendo encontrado uma grande variedade de tratamentos.