

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

MORISA GARCIA GUIMARÃES

TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS ABORDADOS NA SÍNDROME DE DE
QUERVAIN: REVISÃO DA LITERATURA

UBERLÂNDIA

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA

TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS ABORDADOS NA SÍNDROME DE DE
QUERVAIN: REVISÃO DA LITERATURA

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado ao Curso de Graduação em
Fisioterapia da Universidade Federal de
Uberlândia - UFU, como parte dos
requisitos para obtenção do Título de
Bacharel em Fisioterapia.

Aluna: Morisa Garcia Guimarães

Matrícula: 11221FST022

Professor-Orientador: Prof. Dr. Lilian Ramiro Felício

Banca Examinadora:

Professor Convidado: Prof. Dr. Júlia Maria dos Santos

Mestrando Natália Camin Silva

UBERLÂNDIA

2019

MORISA GARCIA GUIMARÃES

TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS ABORDADOS NA SÍNDROME DE DE
QUERVAIN: REVISÃO DA LITERATURA

Banca Examinadora composta para
defesa de Artigo para obtenção do grau
de Bacharel em Fisioterapia. O presente
artigo encontra-se nas normas da Revista
Fisioterapia e Pesquisa.

APROVADO em: 14 de junho de 2019.

Professor-Orientador: Prof. Dr. Lilian Ramiro Felício

Professor Convidado: Prof. Dr. Júlia Maria dos Santos

Professor Convidado: Mestrando Natália Camin Silva

UBERLÂNDIA

2019

TRATAMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS ABORDADOS NA SÍNDROME DE DE
QUERVAIN: REVISÃO DA LITERATURA

PHYSIOTHERAPY TREATMENTS ADDRESSED IN DE QUERVAIN'S
SYNDROME: LITERATURE REVIEW

Título curto: Tratamento Fisioterapêutico em síndrome de De Quervain

Short title: Physiotherapeutic Treatment in De Quervain's Syndrome

Morisa Garcia Guimarães¹; Lilian Ramiro Felicio²

¹ Aluna de Graduação do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia – UFU/MG. ² Professora Doutora do Curso de Fisioterapia - Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal de Uberlândia - UFU/MG

Autor Correspondente:

Morisa Garcia Guimarães

Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

Rua Benjamin Constant, 1.286. B. Aparecida CEP: 38.400-678.

E-mail: morisagarcia@gmail.com

RESUMO

Introdução: A doença de De Quervain (DQV) é uma síndrome dolorosa do primeiro compartimento dorsal do punho, onde se encontra os tendões do extensor curto do polegar (ECP) e abductor longo do polegar (ALP). Os fatores de risco que envolvem essa disfunção são movimentos repetitivos, esforço manual vigoroso, postura incorreta de punho e mão, sendo a incidência dessa alteração de quatro a seis vezes maior em mulheres. O diagnóstico fisioterapêutico ocorre como consequência da dor provocada pelo teste de Finkelstein. O tratamento é prioritariamente conservador, sendo o tratamento fisioterapêutico, o mais indicado. **Objetivo:** Verificar os tratamentos fisioterapêuticos indicados para a DQV, e qual intervenção possui maior relevância clínica. **Métodos:** O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática, em que foi realizado uma busca eletrônica na base de dados Physiotherapy Evidence Database (PEDro) e PubMed, nos quais foram selecionados artigos dentro do período de 2000 a 2019, no idioma inglês com as palavras-chaves: “quervain”, “physiotherapy”, “hand”, “exercise”, “rehabilitation”. Os critérios de inclusão foram: ensaio clínico randomizado [ECR], intervenções fisioterapêuticas; técnicas e manejos conservadores para o tratamento da doença de De Quervain. **Resultados:** Foram encontrados na busca 741 artigos, retirados 336 duplicatas, com 24 artigos selecionados por títulos relacionados ao tema. Após a leitura dos resumos, 6 estudos foram incluídos nesta revisão. Todos os estudos receberam classificação de acordo com a PEDro. **Conclusão:** Pode-se concluir que os estudos sugerem que intervenção fisioterapêutica, uso de tala de polegar, e, injeção de corticosteroides se mostraram os tratamentos conservadores mais utilizados na prática clínica. Contudo, não é possível afirmar qual intervenção é a melhor.

Palavras-Chave: Mão; Quervain; Reabilitação; Fisioterapia; Exercício.

INTRODUÇÃO

A doença de De Quervain (DQV) é uma síndrome dolorosa do primeiro compartimento dorsal do punho, onde se encontra os tendões do extensor curto do polegar (ECP) e abdutor longo do polegar (ALP) [1,2,3,4]. Os pacientes se queixam de dor e sensibilidade aumentada no lado radial do punho, no qual são acentuadas com desvio ulnar do polegar, podendo levar a algum nível de comprometimento da função do polegar [5,1]. Também apresentando um aumento nos escores do questionário de Disfunções do braço, ombro e mão (DASH) [6].

Os fatores de risco que envolvem essa disfunção são movimentos repetitivos, esforço manual vigoroso, postura incorreta de punho e mão [7]. O estresse excessivo sobre a região do punho e polegar podem agravar essa doença, como lavar roupas, digitar, costurar, tocar instrumentos musicais [8], golfe, carregar uma criança nos braços, desta forma, afetando amplamente as atividades de vida diária, assim como a qualidade de vida dos pacientes [9].

A incidência dessa alteração é de quatro a seis vezes maior em mulheres, sendo comum em grávidas, mães lactantes e associado à artrite reumatoide [9], também, ocorrência maior em indivíduos negros [1,10,11]. Acredita-se que ocorra em frequência maior entre indivíduos de 20 a 40 anos, em fase economicamente produtiva [11]. Indicando o sexo feminino como fator de risco para essa síndrome, sendo 2.8 casos por 1000 pessoas ao ano para mulheres, 0.6 casos para homens [6,10,11].

O diagnóstico fisioterapêutico ocorre como consequência da dor provocada pelo teste de Finkelstein, considerado um sinal patognomônico da DQV [12,1,10]. O examinador ou fisioterapeuta explica o teste ao paciente, no qual é solicitado realizar um movimento de oposição do polegar na região hipotênar da mão e em seguida

apertar os dedos sobre o polegar, realizando um desvio ulnar passivamente, estabilizando o punho, sendo este teste o mais utilizado para diagnóstico [10,5].

O tratamento da DQV é prioritariamente conservador, sendo o tratamento fisioterapêutico, o mais indicado. Com base no tratamento para a síndrome de De Quervain, compreendemos os métodos cirúrgicos e conservadores. O tratamento cirúrgico envolve a descompressão do primeiro compartimento dorsal do punho [13]. Sendo esse tratamento somente indicado quando o tratamento conservador não conseguiu alcançar seu objetivo de atenuar os sintomas e melhorar a funcionalidade [3]. Devido à natureza invasiva da cirurgia e seu período de recuperação e complicações potenciais, a prática do tratamento não invasivo deveria ser mais estudada para entender qual seria a melhor abordagem com esses pacientes [3].

Normalmente, diversos tratamentos são prescritos com base no estágio da doença. No estágio agudo, são propostos tratamentos conservadores, sendo o tratamento fisioterapêutico a principal escolha, sendo ampla as abordagens para a DQV, entre elas alterações ergonômicas, melhora da postura, uso de órteses para mão/dedos, uso de foto e termo terapia, massagem, acupuntura, técnicas de alongamentos e fortalecimentos musculares, iontoforese, laserterapia de baixa intensidade [8,1,12,4,14]. Essas modalidades sendo associados a benéficos resultados em alívio de dor e melhora da funcionalidade da mão e polegar [12]. Entretanto, não há um consenso da melhor abordagem disponível na literatura científica para a DQV [15].

Portanto, o objetivo dessa revisão da literatura foi verificar os tratamentos fisioterapêuticos indicados para a DQV, com finalidade de identificar quais seriam as melhoras evidências científicas para o tratamento da síndrome de De Quervain.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão sistemática, em que foi realizado uma busca eletrônica na base de dados Physiotherapy Evidence Database (PEDro) e PubMed, devido à escassez desse tipo de estudo, foram selecionados artigos publicados entre o período de 2000 a 2019, sendo restrito ao idioma inglês. O tempo de abrangência foi grande, devido à escassez deste tipo de estudo. As palavras-chaves utilizadas para a pesquisa foram: “quervain”, “physiotherapy”, “hand”, “exercise”, “rehabilitation”, sendo utilizado o operador booleano ‘AND’ nas combinações das palavras-chaves.

Os critérios de inclusão para compor o presente estudo foram: 1) intervenções fisioterapêuticas; 2) técnicas e manejos para o tratamento da doença de De Quervain; 3) ensaio clínico randomizado [ECR]. Foram excluídos estudos nos quais não abordavam tratamento fisioterapêutico para a doença de De Quervain.

RESULTADOS

Após a combinação das palavras-chaves, a busca identificou 741 estudos, sendo a última pesquisa executada em 27 de março de 2019. Seguido da exclusão de 336 duplicatas, 404 publicações foram avaliadas pelos títulos, e destes, 380 artigos foram excluídos, por não se tratar do tema de interesse, restando 24 estudos.

Dentre os 24 estudos, 5 estudos foram excluídos por não estarem disponibilizados em texto completo, restando 19 para análise do resumo. Após a análise dos resumos, 13 estudos foram excluídos por não serem ECRs. Sendo então, selecionados 6 artigos para a revisão científica (Figura 1).

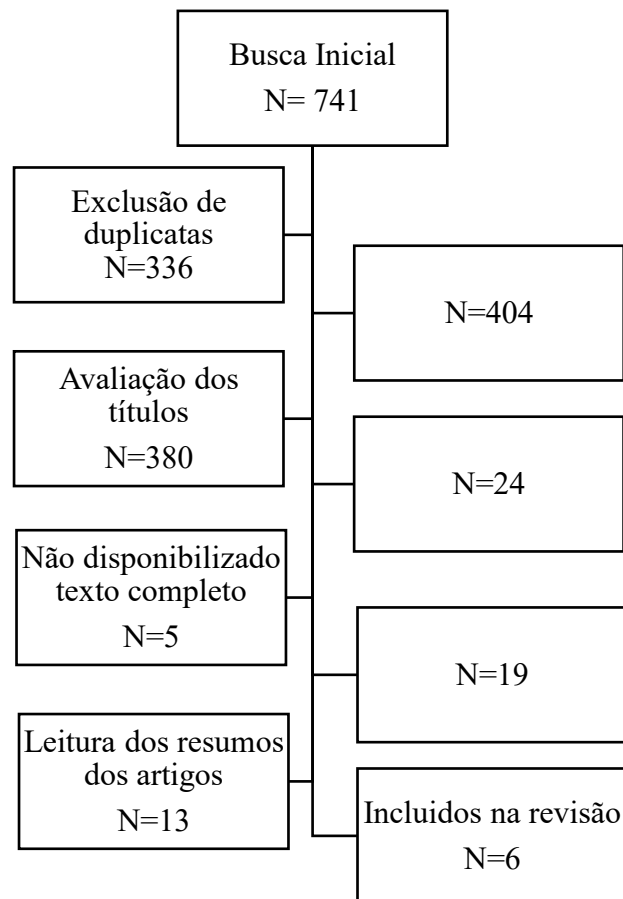


Figura 1-Fluxograma demonstrando o processo de seleção dos estudos

Os artigos finais foram analisados e classificados segundo a escala PEDro, seguindo os critérios de elegibilidade, os quais são: se os sujeitos foram aleatoriamente distribuídos por grupo; se a alocação foi oculta; comparabilidade entre os grupos inicialmente; todos os sujeitos participaram de forma cega no estudo; terapeutas cegos; avaliadores cegos; acompanhamento adequado; análise de intenção de tratar;

comparações entre grupos; estimativas pontuais e variabilidade. Logo, as informações dos estudos foram dispostas na tabela 1.

Tabela 1- Características dos estudos incluídos e a pontuação segundo a classificação PEDro

Autor;ano	Objetivo	Amostra	Materiais e métodos	Conclusão	PEDro
Ahmed <i>et al.</i> ; 2016	Avaliar a eficácia do ultrassom terapêutico (US) com ou sem uso de tala de polegar no tratamento da DQV.	30 sujeitos (entre 30 a 50 anos). Alocados 15 sujeitos para o grupo controle, de modo igual para grupo experimental.	Intervenções: Terapia de calor (por 15 min), US (5 min) e no grupo experimental, foi adicionado o uso de tala para polegar; 10 minutos para revisão dos exercícios e padrão de movimento de mão e polegar. Sendo 2 sessões por semana com duração de 40 minutos/sessão.	Conclui-se que o uso de tala de polegar juntamente com ultrassom terapêutico potencializa a melhora dos sintomas na DQV.	6
Homayouni <i>et al.</i> ; 2013	Comparar a eficácia da técnica kinesiotaping e a fisioterapia para o tratamento da DQV.	60 sujeitos (entre 45 a 46 anos). Alocados 30 sujeitos para o grupo Kinesiotaping (KT) e 30 sujeitos para o grupo Intervenção Fisioterapêutica (PT).	Grupo PT: 10 intervenções incluindo US, banho de parafina, Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e massagem de atrito Grupo KT: 3 tipos de fita de kinesiio, repetindo o procedimento 4x por semana.	Conclui-se que o grupo KT teve mais sucesso no tratamento em comparação com o PT. Mais abordagens precisam ser feitas pois o estudo teve muitas limitações.	5
Mardani-	Comparar a injeção de	67 sujeitos (Media entre 42 a 45	Um grupo com uso de ICS e outro	Conclui-se que o grupo	6

Kivi <i>et al.</i> ; 2014	corticosteroide (ICS) com ou sem suporte para o polegar (TSC) para a DQV	anos). Alocados 33 sujeitos para o grupo ICS+TSC e 33 sujeitos para o grupo ICS.	grupo ICS+ TSC. Nos grupos ICS+TSC e ICS receberam 40 mg de acetato de metilprednisolona (1 cc) com 1 cc de lidocaína a 2% por M.M.-K. no primeiro compartimento dorsal no ponto de sensibilidade máxima. Os pacientes do grupo ICS+TSC receberam um TSC de fibra de vidro.	TSC+ICS foi significativamente mais eficaz no tratamento das queixas de dor na DQV, podendo ser devido a TSC imobilizar o polegar e o punho de modo que não force os tendões do primeiro compartimento.	
Menendez <i>et al.</i> ; 2015	Determinar se há diferença entre o uso da tala em tempo integral em comparação com uso da tala em tempo desejado nos pacientes com Doença de Quervain (DQV).	58 sujeitos (entre 14 a 50 anos). Grupo de 26 sujeitos para uso de tala em tempo integral; e grupo de 32 sujeitos para uso de tala em tempo desejado	Tala tempo integral: uso em 6 semanas de tala alta + 6 semanas como desejasse Tala tempo desejado: usada para conforto.	Conclui-se que não há diferenças satisfatórias para o uso integral ou desejado da tala na DQV	5
Sinan Avci <i>et al.</i> ; 2002	Comparar a eficácia da injeção de cortisona e o uso de tala no tratamento da DQV na gravidez e lactação.	18 mulheres (entre 20 a 36 anos, média de 28 anos). Com 9 mulheres selecionadas para cada grupo.	Um grupo teve aplicação de injeção em 10 punhos de 9 mulheres (sendo um bilateral); O outro grupo usou imobilizadores do polegar para nove punhos de 9 mulheres.	Conclui-se que o uso de injeções produz um alívio completo da dor, e o uso da tala de polegar produz alívio durante o seu uso.	1

Tabinda <i>et al.</i> ; 2015	Verificar a eficácia da aplicabilidade da fonoforese no tratamento da DQV em mulheres grávidas.	50 mulheres grávidas; (25 a 35 anos). Alocadas 25 mulheres no grupo intervenção, e, 25 mulheres no grupo controle.	Grupo de intervenção: recebeu 2,5% de fonoforese de cetoprofeno. Grupo controle: recebeu Ultrassom terapêutico (US) convencional. Aplicação realizada por 10 minutos, três sessões/semana durante 4 semanas. Os 2 grupos tiveram prescrição do uso de tala de polegar durante o dia; exercícios de fortalecimento e alongamento de polegar (2x ao dia), iniciados na 6ª intervenção.	Conclui-se que o uso do US com fonoforese de cetoprofeno como adjuvante de um programa de exercícios supervisionados e uso de tala de polegar é uma forma animadora para tratamento da DQV	5
------------------------------	---	--	---	--	---

DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática foi realizada com o objetivo de abordar o melhor tratamento fisioterapêutico na síndrome de De Quervain (DQV). A DQV tem sido geralmente associada a uma combinação de movimentos repetitivos envolvendo pronação e supinação do antebraço, desvio ulnar e radial do punho e abdução e extensão do polegar [16]. Acredita-se que a consequência dessa sobrecarga biomecânica acontece, pois, há um espessamento do retináculo dos extensores, com o objetivo de resistir à tensão acumulada [16].

O tratamento conservador, sendo o tratamento fisioterapêutico o principal indicado, inicia-se por meio de modalidades terapêuticas que possibilita a melhora da funcionalidade e da dor [16,8].

Em decorrência do quadro de dor, alguns autores usaram diferentes tipos de injeções com anti-inflamatório para controlar os sintomas da doença [13], Mardani-kivi *et al.* (2014) [17] compararam o uso de injeção de corticosteroide (ICS) com ou sem uso de tala de polegar, em um período de 3 semanas, e os resultados indicaram que a combinação de ICS eo uso de tala de polegar produziu resultados mais benéficos com taxa de sucesso de 93%, comparado a 69% somente ICS. Já Avci, Yilmaz, Sayli (2002) [18] compararam o uso do anti-inflamatório, entretanto no período gestacional e durante a amamentação e obtiveram resultado de alívio em 100% das pacientes até 6 dias após a injeção, e, no grupo do uso de tala de polegar, alívio apenas no período de uso da tala.

No entanto, cabe ressaltar que essas conclusões são limitadas, além destes estudos apresentarem baixa qualidade metodológica por falta de alocação oculta [17,18], não foram cegos [17,18], sem grupo controle [18], os tratamentos para DQV deveriam ser multimodais, e associar exercícios. Além disso, o uso de corticosteroides é amplamente indicado na prática clínica, entretanto poucos ensaios clínicos de alta

qualidade metodológica avaliam seus efeitos, além disso, o uso de corticoides intra-articulares não são completamente benignas e podem ocorrer reações adversas [14,3]. Isso sugere que uma abordagem multimodal para o tratamento ofereça a melhor chance de sucesso [4].

O tratamento conservador deve consistir em repouso do membro, sendo utilizado usualmente órteses ou talas, afim de minimizar o movimento repetitivo do polegar e punho, reduzindo o deslizamento dos tendões ALP (abdutor longo do polegar) E ECP (extensor curto do polegar), minimizando o impacto mecânico dos tendões contra o retináculo [16,15].

Ahmed, Babur e Masood (2016) [19] compararam a eficácia do uso de Ultrassom (US) terapêutico com ou sem uso de tala de polegar, e apontaram no que o uso de tala de polegar, associado ao uso de US a 0,7 W/cm² durante 5 minutos, foi mais eficiente, sendo observado melhora na pontuação do DASH e escala de sintomas em ambos os grupos [19]. Entretanto, os autores recomendaram exercícios associados, não sendo este aspecto detalhado no estudo.

Ainda em relação a indicação do uso de órteses, Nemati *et al.* (2016) [8] relataram que órteses convencionais e dinâmicas modificadas, após duas semanas de intervenção, mostraram resultados benéficos em diminuição da dor e aumento das habilidades funcionais e força nos dois grupos, sendo assim, o uso de tala, parece ser um consenso na literatura.

Em relação ao tempo de uso, Menendez, Thornton e Kent (2015) [20] compararam o uso de tala em tempo integral e em tempo desejado, mostrando que não houve diferença significativa na pontuação do DASH, força de aperto, intensidade da dor. Apontaram também, que fatores psicológicos e de personalidade, assim como sintomas de depressão, se mostraram bastante ligados quando se considera piora desses

sintomas. Entretanto, cabe ressaltar que no presente estudo não houve monitoramento de adesão dos pacientes ao uso, e, eles não foram proibidos de procurar outros tratamentos como cirurgias e esteroides [20]. Dessa forma, parece não estar claro na literatura o tempo para uso das órteses.

Outras modalidades terapêuticas são incluídas no tratamento da doença de Quervain, entre eles o Ultrassom (US) que tem a função de alívio da dor, acelerando todo o processo de resolução do edema e impulsionando a fase proliferativa do reparo mais rapidamente [21].

Tabinda e Mahmood (2014) [22] compararam o uso de fonoforese 2,5% de cetoprofenol com o ultrassom convencional (US), no modo pulsado, frequência de 3 MHz e intensidade de 0,8 W/cm² durante 10 minutos, sendo prescritos juntamente o uso de tala de polegar durante o dia, e após 6 sessões receberam exercícios de fortalecimento e alongamento do polegar, em ambos os grupos. Os autores apontaram que o grupo que fez uso da técnica de fonoforese apresentou-se superior ao outro grupo, em termos de intensidade da dor e aumento da força de preensão e pinça. Dessa forma, cabe ressaltar que ambos os grupos utilizaram-se de exercícios.

Assim como o trabalho anterior, Yildiz *et al.* (2011) [21] verificaram- que a fonoforese com cetoprofeno foi mais eficaz na diminuição da dor em comparação com o uso do US convencional, e, Zaky, Sabet e Mohamed (2016) [23] mostraram um aumento significativo na força de preensão e pinça em pacientes tratados com fonoforese seguido de exercícios excêntricos. Sendo assim, apesar da qualidade metodológica dos artigos, parecer ser um indício que o uso da fonoforese, associado a exercício, agrega ao tratamento destes pacientes.

No estudo de Rabin, Israeli e Kozol (2015) [15] os resultados sugerem que uma abordagem combinada de exercício excêntrico e mobilização com movimento (conceito Mulligan), poderia ser uma opção de tratamento para DQV.

Papa AJ. (2012) [16] abordou a técnica de Gastron (GT) sendo a mobilização de tecidos moles assistida por instrumentos (IASTM) com trabalho de aplicar microtraumas controlados, dos quais estimula a proliferação dos fibroblastos induzindo a cicatrização necessário para o tendão, sendo essa associada a exercícios excêntricos e apresentou resultados favoráveis para diminuição da dor [16]. Os estudos são escassos baseados nessa técnica para a DQV. O questionário DASH também foi usado na avaliação da incapacidade em pacientes com DQV, numerosos estudos relataram que houve uma redução do escore QuickDASH após o programa de treinamento excêntrico em pacientes com DQV [23]. De acordo com o exposto, exercícios excêntricos poderiam ser benéficos, desde que uma carga adequada seja transmitida aos tendões ECP e ALP [15].

Cabe ressaltar que, ensaios clínicos randomizados de alta qualidade, precisam ser realizados para verificar a superioridade de técnicas de terapia manual, assim como exercícios excêntricos em comparação ao uso de talas, fonoforese e exercícios de alongamento e exercícios concêntricos para fortalecimento muscular da região.

Levando em consideração ao exposto acima, exercícios terapêuticos devem fazer parte do tratamento dos indivíduos com DQV. Homayouni, Zeynali e Mianehsaz (2013) [24] compararam a aplicação da kinesioteipagem (KT) e a intervenção fisioterapêutica (PT), dos quais, banho de parafina, US, estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) e massagem de fricção foram incluídos, sendo observado que o grupo KT apresentou redução da dor, e melhora do edema, tendo um sucesso de 80%, e, no grupo PT teve uma taxa de sucesso de 30%. Mostrando que as técnicas fisioterapêuticas

usadas nesse estudo, podem não ser benéficas para resultados satisfatórios no tratamento da doença de De Quervain.

Nos desfechos primários e secundários, na maioria dos estudos, os pacientes foram avaliados usando o questionário DASH ou QuickDASH e a escala visual analógica (EVA). O DASH de 30 itens é confiável e válido para uma variedade de condições de extremidade superior. O QuickDASH é uma escala de 11 itens e foi desenvolvido usando 3 abordagens de redução de itens para reter os conteúdos clinicamente relevantes do DASH [25]. Quase todos os estudos documentaram a resolução dos sintomas e teste de Finkelstein negativo como desfecho primário.

Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que o uso de injeção de corticosteroides, tala de polegar, fisioterapia (fonoforese, US, exercícios excêntricos) reduziu os sintomas dos pacientes com DQV. Embora uma ampla busca do tratamento fisioterapêutico tenha sido realizada nesta revisão, não foram identificados ECRs (ensaios clínicos randomizados) de alta qualidade metodológica (escala PEDro igual ou superior a 07), comparando as injeções de corticosteroides e a fisioterapia, exercícios de fortalecimento, alongamento, recursos terapêuticos físicos e manuais, somente o uso de órteses. Sendo assim, mais estudos devem ser realizados, com o objetivo de determinar, melhor técnica de intervenção, assim como doses, para programas de intervenção conservador em pacientes com DQV.

Limitações:

As limitações da nossa revisão sistemática foram a inclusão de apenas 6 ensaios clínicos randomizados, levando em consideração a escassez desses estudos voltados para a área da fisioterapia na síndrome de De Quervain. Entretanto, cabe ressaltar que foram utilizados todos os ECRs encontrados nas bases de dados consultadas. Em decorrência a essa escassez de estudos, a baixa qualidade dos ECR (escala PEDro com

nota de 1 a 6), limita a conclusão referente ao tratamento da DQV. Isso destaca a necessidade de mais estudos nessa área, além disso, somente dois estudos discutiram intervenções fisioterapêuticas (exercícios e termo foto terapia) sem associar a medicamento.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados da presente revisão, pode-se concluir que os estudos sugerem que tala de polegar, injeção de corticosteroides e fisioterapia se mostraram a chave do tratamento conservador dos pacientes com síndrome de De Quervain. Contudo, não é possível afirmar qual intervenção é a melhor. Mais estudos sérios e com alta qualidade metodológica, comparando diferentes programas de reabilitação para que possa ampliar o conhecimento no meio científico no que diz respeito a melhor técnica de intervenção conservadora.

REFERÊNCIAS:

- 1- Silva JBG, Batigália F. Acupuncture in De Quervain's Disease: A Treatment Proposal. *Acupunct Med* 2014;32(1):70-72.
- 2- Forget N, Piotte F, Arsenault J, Bourbonnais D. Bilateral Thumb's Active Range of Motion and Strength in de Quervain's Disease: Comparison with a Normal Sample. *J Hand Ther* 2008;21(3):276-285.
- 3- Oh JK, Messing S, Hyrien O, Hammert WC. Effectiveness of Corticosteroid Injections for Treatment of de Quervain's Tenosynovitis. *Hand Surg* 2016;12(4):357-361.
- 4- Cavaleri R, Te M, Schabrun S, Chipchase LS. Hand therapy versus corticosteroid injections in the treatment of de Quervain's disease: A systematic review and meta-analysis. *J Hand Ther* 2015;29(1):1-26.
- 5- Goubau J, Goubau L, Tongel AV, Hoonacker PV, Kerckhove D, Berghs B. The wrist hyperflexion and abduction of the thumb (WHAT) test: a more specific and sensitive test to diagnose de Quervain tenosynovitis than the Eichhoff's Test. *J Hand Surg., Eur. vol* 2013;39(3):1-7.
- 6- Huisstede BMA, Coert JH, Fridén J, Hoogvliet P. Consensus on a Multidisciplinary Treatment Guideline for de Quervain Disease: Results from the European HANDGUIDE Study. *Phys Ther* 2014;94(8):1095-1110.
- 7- Le APM et al. Risk factors for de Quervain's disease in a French working population. *Scand. J Work Environ Health* 2011;37(5):394-401.
- 8- Nemati Z, Javanshir MA, Saeedi H, Farmani F, Fesharaki SA. The effect of new dynamic splint in pinch strength in De Quervain syndrome: a comparative study. *Disabil Rehabil: Assist Technol* 2016;12(5):457-461.
- 9- Ashurst JV, Turco DA, Lieb BE. Tenosynovitis Caused by Texting: An Emerging Disease. *J Am Osteopath Assoc* 2010;110(5):294-296.
- 10- Wu F, Rajpura A, Sandher D. Finkelstein's Test Is Superior to Eichhoff's Test in the Investigation of de Quervain's Disease. *J Hand Microsurg* 2018;10(02):116-118.

- 11- Wolf JM, Sturdivant RX, Owens BD. Incidence of de Quervain's Tenosynovitis in a Young, Active Population. *J Hand Surg* 2009;34(1):112-115.
- 12- Ippolito JA, Hauser S, Patel J, Vosbikian M, Ahmed I. Nonsurgical Treatment of De Quervain Tenosynovitis: A Prospective Randomized Trial. *Am Assoc Hand Surg* 2018; p:1-5.
- 13- 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* 2013;24(2):149-157.
- 14- Ilyas AM. Nonsurgical Treatment for de Quervain's Tenosynovitis. *J Hand Surg* 2009;34(5):928-929.
- 15- Rabin A, Israeli T, Kozol Z. Physiotherapy Management of People Diagnosed with de Quervain's Disease: A Case Series. *Physiotherapy Canada* 2015;67(3):263-267.
- 16- Papa JA. Conservative management of De Quervain's stenosing tenosynovitis: a case report. *J Can Chiropr Assoc* 2012;56(2):112-120.
- 17- Mardani-Kivi M, Mobarakeh MK, Bahrami F, Hashemi-Modagh K, Saheb-Ekhtiari K, Akhoondzadeh N. Corticosteroid Injection With or Without Thumb Spica Cast for de Quervain Tenosynovitis. *J Hand Surg* 2014;39(1):37-41.
- 18- Avci S, Yilmaz C, Sayli U. Comparison of nonsurgical treatment measures for de Quervain's disease of pregnancy and lactation. *J Hand Surg* 2002;27(2):322-324.
- 19- Ahmed WA, Babur MN, Masood T. Effectiveness of therapeutic ultrasound with or without thumb spica splint in the management of De Quervain's disease. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2017;30(4):691-697.
- 20- Menendez ME, Thornton E, Kent S. A prospective randomized clinical trial of prescription of full-time versus as-desired splint wear for de Quervain tendinopathy. *Int Orthop* 2015; 39(8):1563-1569.
- 21- Yildiz N, Atalay NS, Gungen GO, Sanal E, Akkaya N, Topuz O. Comparison of ultrasound and ketoprofen phonophoresis in the treatment of carpal tunnel syndrome. *J Back Musculoskelet Rehabil* 2011;24(1):39-47.
- 22- Tabinda H, Mahmood F. De Quervain's Tenosynovitis and Phonophoresis: A Randomised Controlled Trial in Pregnant Females. *Journal Of Orthopaedics, Trauma And Rehabilitation* 2015;19(1):1-5.

- 23- Zaky LA, Sabet NA, Mohamed WM. Effect of Eccentric Exercise in Treatment of De-Quervian's Disease. *Journal Of Medical Science And Clinical Research* 2016;4(5):10456-10461.
- 24- Homayouni K, Zeynali L, Mianehsaz E. Comparison between kinesio taping and physiotherapy in the treatment of de quervain's disease. *J Musculoskelet Res* 2013;16(04):1350019.1-1350019.6.
- 25- Mehta S, MacDermid JC, Carlesso LC, McPhee C. Concurrent Validation of the DASH and the QuickDASH in Comparison to Neck-Specific Scales in Patients With Neck Pain. *SPINE* 2010;35(24):2150–2156.