



**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG**

**MEDICINA**

**TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DE DE QUERVAIN:  
MÉTODO CONSERVADOR OU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO?**

**Daniel Sarni Filho**

**Manhuaçu / MG**

**2024**

**DANIEL SARNI FILHO**

**TENOSSINOVITE ESTENOSANTE DE DE QUERVAIN:  
MÉTODO CONSERVADOR OU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO?**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado no Curso de Superior de  
Medicina do Centro Universitário  
UNIFACIG, como requisito parcial à  
obtenção do título de Bacharel.

Orientador: Raul Rodrigues Valentim Do  
Prado

Manhuaçu / MG

2024

## RESUMO

A Tenossinovite Estenosante de De Quervain é uma patologia de grande incidência, a qual pode ser extremamente limitante devido aos sintomas dolorosos. Esta doença é definida como uma afecção inflamatória da bainha sinovial do primeiro compartimento extensor do punho, afetando os tendões abductor longo do polegar (ALP) e extensor curto do polegar (ECP). Esta condição clínica apresenta maior prevalência na população do sexo feminino e gera grande procura especializada. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo realizar a análise integrativa da literatura, em busca de definir a melhor conduta frente ao diagnóstico da Tenossinovite Estenosante de De Quervain e em qual momento e/ou contexto deve-se indicar cada método. **Métodos:** A pesquisa foi realizada a partir da análise pormenorizada de obras já publicadas na literatura e artigos publicados na língua inglesa, traduzidos para português, referente ao período de 2002 a 2024, tendo como alicerce os artigos encontrados no PubMed, considerando as ideias e contribuições dos autores consultados. **Resultados:** Este estudo contou com pesquisas realizadas por profissionais da área da saúde, as quais abordam o método conservador e/ou procedimento cirúrgico frente à patologia supracitada. **Conclusão:** Esta inquirição demonstra o êxito obtido pelo método conservador, o qual apresentou grande eficácia, cursando com resolução dos sintomas em 70 a 80% dos casos. Quando, frente ao método conservador, não houver melhora do quadro patológico, faz-se indicado o procedimento cirúrgico definitivo.

**Palavras chaves:** Tenossinovite Estenosante de De Quervain; Método conservador; Procedimento cirúrgico.

## SUMÁRIO

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO .....         | 5  |
| 2. MATERIAIS E MÉTODOS..... | 7  |
| 3. RESULTADOS.....          | 7  |
| 4. DISCUSSÃO .....          | 13 |
| 5. CONCLUSÃO .....          | 16 |
| 6. REFERÊNCIAS .....        | 17 |

## 1. INTRODUÇÃO

A incidência de doenças osteomoleculares relacionadas ao trabalho vem aumentando e expandindo em todo o mundo, caracterizando assim, doenças limitantes, as quais interferem na capacidade de realizar atividades laborais e do cotidiano e gerando prejuízos pessoais e coletivos <sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2007).

Em 1895, Fritz De Quervain publicou um artigo no qual discorria sobre a patologia que hoje denominamos de Tenossinovite Estenosante de De Quervain <sup>9</sup>(PARDINI, 2008).

A tenossinovite é um processo inflamatório da bainha do tendão. A inflamação tendínea mais frequente é a tenossinovite de De Quervain, a qual é caracterizada por uma inflamação da bainha dos músculos abdutor longo e extensor curto do polegar, estando esses músculos situados no primeiro compartimento dorsal dos extensores do punho <sup>12</sup>(SIZINIO, 2017).

A etiologia da tenossinovite de De Quervain ainda é estudada, não havendo uma causa específica para o desenvolvimento dessa patologia, mas fatores desencadeantes dela <sup>14</sup>(WOLFF, 2008). O desencadear da doença está quase sempre relacionado ao excesso de movimentos do punho, seja em ambiente domiciliar ou laboral, porém, também apresenta relação com a artrite reumatoide <sup>14</sup>(WOLFF, 2008).

Os pacientes com tenossinovite de De Quervain apresentam queixas de dor e inflamação na região do processo estilóide radial <sup>7</sup>(GOEL, 2014). Sua prevalência é de 0,5 por cento para homens e 1,3 por cento para mulheres e se apresenta, normalmente, nos adultos em idade produtiva <sup>1</sup>(BIONKA, 2014).

A tenossinovite de De Quervain também foi observada em mulheres grávidas e lactantes <sup>14</sup>(WOLFF, 2008). Um estudo sobre esta doença foi realizado no Reino Unido e mostrou uma prevalência maior em trabalhadores e indivíduos negros <sup>10</sup>(POUBLON, 2018).

O exame físico pode revelar edema e sensibilidade na região do primeiro compartimento dorsal dos músculos extensores do punho <sup>7</sup>(GOEL, 2014). O teste de Finkelstein é realizado ao aduzir o polegar e encobri-lo com os demais

dedos da mão, assim, fechando-a sobre o polegar. Após realizar este movimento, desvia-se a mão e o punho em direção ulnar, podendo resultar em uma resposta dolorosa sobre o processo estilóide do rádio <sup>7</sup>(GOEL, 2014).

Assim, como o dedo em gatilho, o tratamento da tenossinovite de De Quervain envolve medidas conservadoras e cirúrgicas <sup>9</sup>(PARDINI, 2008). Diversas formas de tratamento conservador foram relatadas, incluindo: acupuntura, terapia de mão, fisioterapia, crioterapia, ultrassom, laser, eletroterapia, uso de anti-inflamatório não esteroides, imobilização com órteses e infiltração local de corticosteroide <sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2007).

O tratamento conservador, que consiste em repouso com o uso de uma tala após a infiltração de corticosteroides, pode ser indicado no início do quadro. A terapia inicial, com infiltração de esteroide, pode gerar alívio completo da dor em mais de 70% dos pacientes. Quando a dor persiste, a cirurgia se torna o tratamento de escolha <sup>2</sup>(CANALE, 2017).

A liberação cirúrgica é o tratamento definitivo e é indicado quando o tratamento não-operatório falha em aliviar os sintomas. Embora a cirurgia possa fornecer uma resolução definitiva do quadro, o tratamento conservador deve ser preferivelmente indicado em primeira instância <sup>8</sup>(JINHEE, 2016).

A Tenossinovite de De Quervain é uma condição patológica que alcança grande parte da população de faixa etária entre 30 e 50 anos. Sendo esta patologia uma grande causa de dor em região carpal, é de suma importância a busca por um tratamento eficaz <sup>14</sup>(WOLFF, 2008).

O objetivo do presente artigo é analisar a literatura que trata do método conservador ou cirúrgico para o tratamento da Tenossinovite Estenosante de De Quervain, buscando obter o método mais eficaz para essa afecção. Por conseguinte, mencionar qual método deve ser utilizado em cada momento e contexto clínico, visando proporcionar ao paciente alívio dos sintomas acometidos por essa patologia. Dessa maneira, através deste estudo, espera-se poder contribuir com os profissionais da área da saúde na prática clínica no dia-a-dia.

## **2. MATERIAIS E MÉTODOS**

Para colher os dados mais proeminentes para esse estudo, com a finalidade de alcançar os objetivos propostos, utilizou-se como recurso metodológico a revisão bibliográfica. A pesquisa foi realizada a partir da análise pormenorizada de obras já publicadas na literatura e artigos publicados na língua inglesa, traduzidos para português, referente ao período de 2002 a 2024, tendo como alicerce os artigos encontrados no PubMed, considerando as ideias e contribuições dos autores consultados.

Para o embasamento deste estudo foi observado indivíduos que são mais propensos a Tenossinovite Estenosante de De Quervain, considerando que as mulheres são mais predispostas que os homens, podendo ocorrer também com mulheres puérperas e no período de lactação. Os negros também são mais suscetíveis a essa enfermidade.

Trata-se de um artigo randomizado, onde foram selecionados estudos científicos que abordam sobre a temática dessa pesquisa.

Para o método de inclusão foram utilizadas obras de grande relevância na literatura e artigos que apontaram como eficaz o tratamento conservador, priorizando as infiltrações de corticosteroides e anestésico local, descritas como as mais proeminentes abordagens no tratamento da tenossinovite estenosante de De Quervain. Além da abordagem, foram inclusos artigos publicados na língua inglesa e portuguesa, dentro do período supracitado.

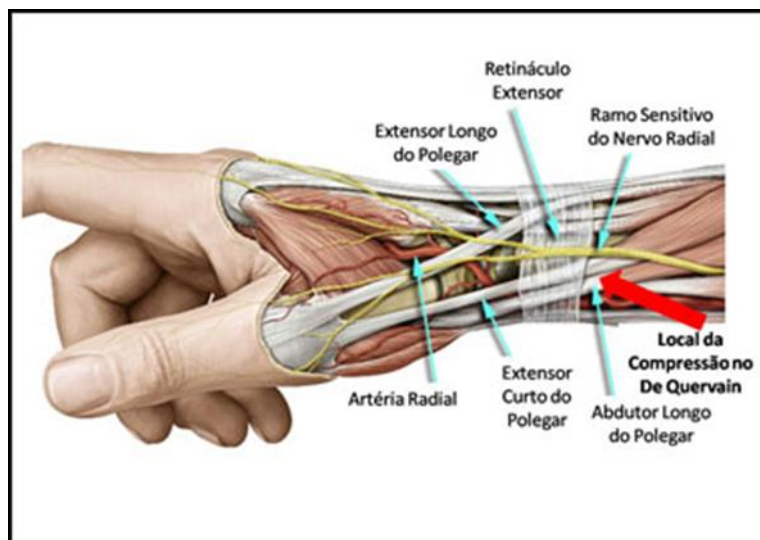
Para o método de exclusão foram selecionados artigos que mencionavam outras abordagens no tratamento da tenossinovite estenosante de De Quervain, excetuando as infiltrações de corticosteroides e anestesia local. Outros métodos de exclusão foram os artigos não publicados dentro o período supracitado e literaturas publicadas em outros idiomas.

## **3. RESULTADOS**

### **3.1. Conceito**

A Tenossinovite Estenosante de De Quervain é uma afecção inflamatória da bainha sinovial do primeiro compartimento extensor do punho, afetando os tendões abdutor longo do polegar (ALP) e extensor curto do polegar (ECP), conforme descrito na Figura 01<sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2007).

Figura 01. Compressão inflamatória na Tenossinovite de De Quervain



Fonte: Dr. Ricardo Kaempf de Oliveira (2024)

### 3.2. Etiologia

A etiologia dessa doença é atribuída à tensão repetitiva e contínua dos tendões ALP e ECP, à medida que passam sob um retináculo extensor edemaciado e espessado <sup>7</sup>(GOEL, 2014).

### 3.3. Causa

A causa está quase sempre relacionada ao excesso de movimentos do punho, seja em casa, no ambiente de trabalho ou em associação com a artrite reumatoide <sup>2</sup>(CANALE, 2016).

Atualmente, a causa exata da Tenossinovite de De Quervain ainda é debatida, mas algumas etiologias possíveis foram propostas, tais como o trauma contuso, a compressão biomecânica, o excesso de fadiga, atividades repetitivas relacionadas ao trabalho, variações anatômicas ou anormalidades, predisposição genética, temperaturas frias e, raramente, patógenos <sup>5</sup>(FERRARA, 2020).

### 3.4. Descrição de De Quervain

A tenossinovite de De Quervain foi descrita, inicialmente, em 1895, por Fritz De Quervain, como uma entidade nosológica que aprisionava os tendões: Abductor Longo do Polegar (ALP) e Extensor Curto do Polegar (ECP), no primeiro compartimento extensor do punho. Em 1893, já havia relatos da afecção denominada “entorse da lavadeira”, comumente causando dor e incapacidade funcional no punho e nas mãos das trabalhadoras braçais da época <sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2007).

O próprio De Quervain observou que essa doença afeta mais as mulheres <sup>14</sup>(WOLFF, 2005).

### 3.5. Prevalência

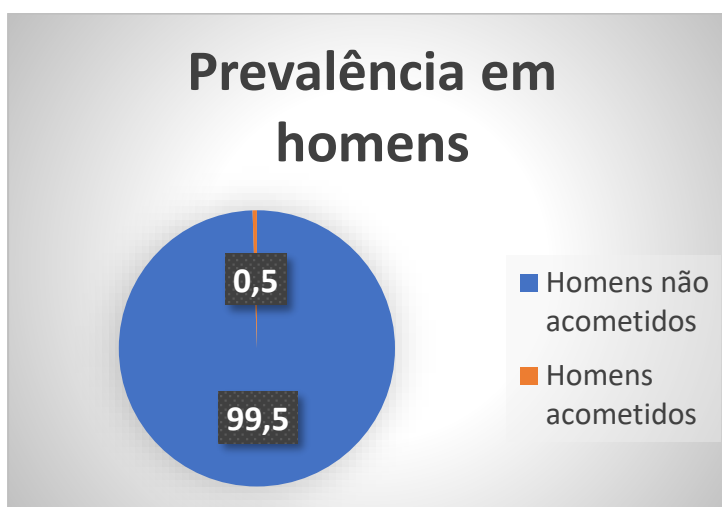
A taxa de prevalência da doença de De Quervain na população em geral é de 0,5% para homens e 1,3% para mulheres, com pico de prevalência na idade de 40 – 60 anos, conforme disposto nas Figuras 02 e 03 abaixo. A Tenossinovite de Quervain também foi observada em mulheres grávidas e lactantes, com uma apresentação clínica semelhante, que geralmente é autolimitada <sup>14</sup>(WOLFF, 2005).

Figura 02. Gráfico da prevalência da Tenossinovite de De Quervain em mulheres.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Figura 03. Gráfico da prevalência da Tenossinovite de De Quervain em homens.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Nos últimos anos vários autores relataram uma relação entre a doença de De Quervain (DD), a gravidez e a lactação <sup>3</sup>(CAPASSO, 2002). A associação hormonal ou a retenção de líquido podem desempenhar um papel no período pós-parto <sup>3</sup>(CAPASSO, 2002). A doença é autolimitada em mulheres lactantes e geralmente cursa com remissão após a interrupção da lactação <sup>11</sup>(SINAN, 2002).

Um estudo sobre a doença de Quervain realizado no Reino Unido (...) mostrou uma maior prevalência em trabalhadores e indivíduos negros <sup>10</sup>(POUBLON, 2018).

A incidência de doenças osteomoleculares relacionadas ao trabalho vem aumentando e expandindo em todo mundo, caracterizando uma doença limitante, interferindo na capacidade de realizar atividades laborais e do cotidiano e gerando prejuízos pessoais e coletivos <sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2007).

Nos Estados Unidos, a tenossinovite de De Quervain é responsável por uma média de 20 bilhões de dólares destinados à reabilitação e tratamento profissional. Números semelhantes foram obtidos na Austrália no ano de 2012, onde a mesma afecção foi responsável por até 43% do encargo anual destinado ao tratamento de doenças e lesões relacionadas ao trabalho <sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2007).

Tais números tendem a aumentar, levando em consideração o crescimento contínuo de dispositivos eletrônicos que requerem movimentos repetitivos das mãos e polegar, destacando a necessidade de identificar estratégias de gestão eficazes <sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2007).

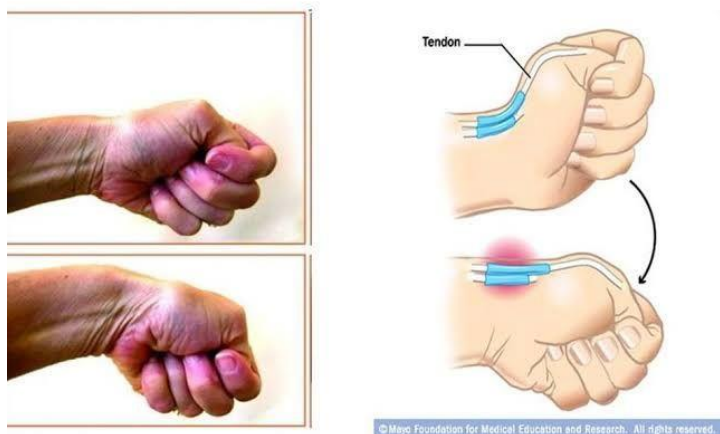
### **3.6. Teste**

O teste de Finkelstein é realizado ao aduzir o polegar e encobri-lo com os demais dedos da mão, assim, fechando-a sobre o polegar <sup>2</sup>(CANALE, 2017). Após realizar este movimento, desvia-se a mão e o punho em direção ulnar e, neste momento, nota-se a dor sobre a ponta do processo estilóide radial, caracterizando o resultado positivo. A técnica supracitada está apresentada na Figura 04. O teste geralmente é positivo em pacientes com a doença, porém, embora Finkelstein tenha afirmado que esse teste é provavelmente o sinal objetivo mais patognomônico da doença, ele não confirma o diagnóstico. A história e a ocupação do paciente, os achados

radiográficos e outros achados clínicos devem ser considerados <sup>2</sup>(CANALE, 2017).

Figura 04. Teste de Finkelstein

### Teste de Filkenstein



Fonte: Mayo Foundation for Medical Education and Research.

#### 3.7. Sintomas

A tenossinovite de De Quervain se apresenta com um quadro de dor na face radial do punho, de início insidioso, agravada por movimentos do polegar, principalmente a abdução e a extensão desse dedo, com o punho em desvio ulnar e flexão <sup>9</sup>(PARDINI, 2008).

Os pacientes apresentam queixas de dor e inflamação na região do processo estiloide radial <sup>7</sup>(GOEL, 2014).

Essa dor é exacerbada pelo movimento e atividade que requerem desvio ulnar, com o punho cerrado e flexão da articulação metacarpofalangiana (MP) do polegar. Atividades específicas que podem incitar reclamações incluem torcer uma toalha, agarrar um taco de golfe, levantar uma criança ou martelar um prego. A inflamação aumenta com o desempenho contínuo dessas atividades funcionais ou semelhantes <sup>7</sup>(GOEL, 2014).

#### 3.8. Diagnóstico

O diagnóstico desta patologia é eminentemente clínico, mediante um exame físico específico e minucioso, o qual fora descrito e apresentado na Figura 02, disposta na subseção 3.6. <sup>9</sup>(PARDINI, 2008). Porém, exames de imagem podem ser indicados para confirmação da doença ou seus diagnósticos diferenciais. A radiografia simples do punho pode evidenciar alterações na região do processo estiloide radial, como sequelas de fraturas

que podem ser a origem do problema. A imagem radiográfica da base do polegar pode diagnosticar a artrose carpofalangiana do primeiro raio, ou rizartrorse, a qual pode se apresentar com sintomatologia semelhante, sendo um importante diagnóstico diferencial <sup>9</sup>(PARDINI, 2008).

A ultrassonografia é um importante exame complementar, que pode mostrar o processo inflamatório do primeiro compartimento extensor, evidenciando presença de líquido no interior do túnel, edema ou espessamento da bainha, cistos ou focos de fibrose, como a presença de tendões supranumerários para o abductor longo do polegar. Porém, esse não é um exame indicativo de tratamento <sup>9</sup>(PARDINI, 2008).

### **3.9. Tratamento**

Assim como o dedo em gatilho, o tratamento da tenossinovite estenosante de De Quervain envolve medidas conservadoras e/ou cirúrgicas. A indicação de tratamento é não-operatória em primeira instância, mas a cirurgia deve ser considerada se as medidas conservadoras implementadas por 4-6 meses falharem <sup>3</sup>(CAPASSO, 2002).

Conservadoramente, o tratamento pode ser realizado com uso de AINH, imobilizações e infiltrações com solução de corticoide. Resultados mais satisfatórios são encontrados com emprego de infiltração com solução de corticoide e anestesia local <sup>9</sup>(PARDINI, 2008).

O uso de imobilização é outra medida adjuvante, a qual mostra resultados contraditórios. Estudos apontam que o uso combinado de infiltração, seguida de imobilização com punho e polegar em extensão, não apresenta resultados estatisticamente superiores aos obtidos pela infiltração isoladamente <sup>2</sup>(CANALE, 2017).

O tratamento conservador, que consiste em repouso com o uso de uma tala após a infiltração de corticosteroides, pode ser indicado no início do quadro. A terapia inicial, com infiltração de esteroide, pode gerar alívio completo da dor em mais de 70% dos pacientes. Quando a dor persiste, a cirurgia se torna o tratamento de escolha <sup>2</sup>(CANALE, 2017).

As infiltrações de corticosteroides são consideradas as principais opções na abordagem conservadora do tratamento para a doença De Quervain, disposto em alguns estudos e são frequentemente citadas como melhor prática terapêutica <sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2019).

Contudo, as injeções de corticosteroides não são completamente benignas e podem desencadear reações adversas. Stepan, et al, relataram que diabéticos tipo 1 e diabéticos insulín dependentes apresentaram níveis elevados de glicemia por 2 dias após uma infiltração <sup>8</sup>(JINHEE, 2016).

O manejo conservador da tenossinovite de De Quervain difere de acordo com a gravidade da doença <sup>7</sup>(GOEL, 2014). As opções incluem medicamentos anti-inflamatórios, injeções de corticosteroides e terapia ocupacional (TO). Se os sintomas persistirem, apesar de uma tentativa de tratamento conservador, a intervenção cirúrgica pode ser justificada. A cirurgia consiste na liberação do primeiro compartimento seguido pela imobilização e TO. Os componentes específicos da terapia ocupacional incluem modificação de atividade, como educação do paciente, imobilização, tratamento manual, uso de modalidades, gerenciamento de edema e cicatriz, bem como dessensibilização e exercícios terapêuticos <sup>7</sup>(GOEL, 2014).

A liberação cirúrgica é o tratamento definitivo quando o tratamento não-operatório falha em aliviar os sintomas. Embora a cirurgia possa fornecer um tratamento definitivo, o tratamento não-operatório pode ser preferível, se os sintomas puderem ser conservadoramente aliviados <sup>8</sup>(JINHEE, 2016).

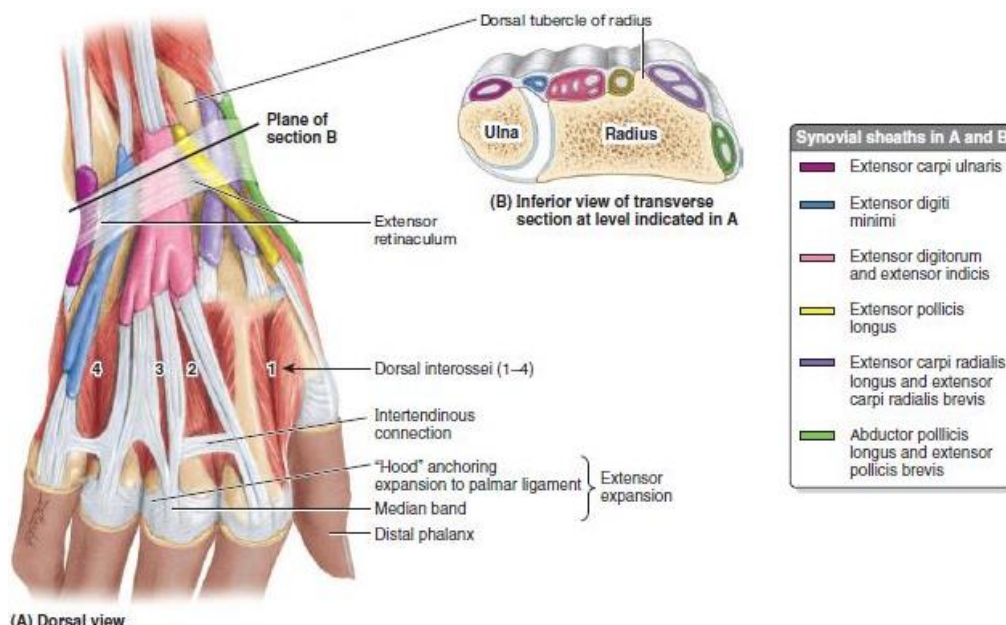
Para alguns autores, o tratamento cirúrgico deve ser indicado desde o início, por ser um procedimento simples e resolutivo <sup>12</sup>(SIZINIO, 2017). A abertura do primeiro compartimento deve ser cuidadosa, para que, tanto o tendão do músculo Abductor Longo do Polegar, quanto o do Extensor Curto do Polegar sejam liberados, uma vez que podem estar em túneis separados. Essa situação anatômica é uma das causas do possível insucesso da infiltração. Além disso, o nervo radial deve ser bem protegido para evitar neuromas e neurites adesivas <sup>12</sup>(SIZINIO, 2017). O procedimento é de curta duração, realizado com anestesia por infiltração local e uso de torniquete em torno do antebraço <sup>12</sup>(SIZINIO, 2017).

#### **4. DISCUSSÃO**

A tenossinovite é uma doença inflamatória da bainha do tendão <sup>12</sup>(SIZINIO, 2017). A inflamação tendínea mais frequente deste local é a tenossinovite de De Quervain, a qual ocorre na bainha dos tendões pertencentes aos músculos abductor longo e extensor curto do polegar,

presentes no primeiro compartimento dorsal dos extensores do punho, disposto na Figura 05, a seguir: <sup>12</sup>(SIZINIO, 2017).

Figura 05. Anatomia do punho e compartimento dorsal dos extensores do punho.



Fonte: Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Essential clinical anatomy. 5ed. (2014).

A doença de De Quervain foi descrita pela primeira vez em 1895 e houve uma compreensão errônea generalizada de que existe apenas uma fisiopatologia desencadeadora desta doença, para a qual há apenas um tratamento <sup>1</sup>(BIONKA, 2014). No entanto, essa compreensão é inexata e o embasamento científico corrobora o presente fato. No processo de disseminação da informação a respeito da patologia em questão, ocorreram equivocções sobre a sua natureza e diagnóstico <sup>1</sup>(BIONKA, 2014).

Informações adicionais sobre sua anatomia e tratamento foram apresentadas de forma justa recentemente, contudo, o mecanismo exato de sua ocorrência, não foi determinado ainda <sup>1</sup>(BIONKA, 2014).

O desencadear do quadro apresenta grande relação com o excesso de movimento do punho, o qual pode advir de atividades laborais extenuantes, atividades domiciliares diárias que até mesmo da utilização de aparelhos celulares (Canale MD; Beaty MD. Livro Cirurgia Ortopédica)

A incidência da doença de De Quervain é de 2,8 casos por 1000 pessoas – ano para mulheres e 0,6 por 1000 pessoas – ano para homens em

um jovem, população ativa <sup>1</sup>(BIONKA, 2014). Pesquisadores relataram em um estudo retrospectivo com militares, que indivíduos com idade superior a 40 anos, raça negra e sexo feminino apresentam maior risco para o desenvolvimento de Tenossinovite de De Quervain <sup>8</sup>(JINHEE, 2016).

Outro ponto a ser ressaltado é a associação da gestação com o desencadear da doença, tanto no período de gestação, quanto no período pós-parto <sup>11</sup>(SINAN, 2002). O quadro tende a cessar após o processo de lactação. Estudiosos relataram 6 casos de doença de De Quervain relacionados com a gravidez em que a dor cessou completamente após a interrupção da amamentação em 2 pacientes. Três pacientes foram tratadas com injeção de hidrocortisona e imobilização com sucesso. Uma paciente que amamentou tardiamente teve alívio parcial da imobilização <sup>11</sup>(SINAN, 2002).

Diversas formas de tratamento conservador foram relatadas, incluindo: acupuntura, terapia de mão, fisioterapia, crioterapia, ultrassom, laser, eletroterapia, uso de anti-inflamatório não esteroides, imobilização com órteses e infiltração local de corticosteroide <sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2019).

O tratamento inicial deve ser conservador, consistindo em uso de anti-inflamatórios, tala de repouso por 15 dias e fisioterapia <sup>12</sup>(SIZINIO, 2017). A infiltração com corticosteroide e a imobilização são procedimentos que, embora criticados por alguns cirurgiões, são bastante utilizados e apresentam resultados satisfatórios em relação à taxa de recidiva <sup>12</sup>(SIZINIO, 2017).

As infiltrações de corticosteroide são consideradas as principais opções na abordagem conservadora do tratamento da doença de De Quervain, considerando que, em alguns estudos, são frequentemente citadas como a melhor prática terapêutica <sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2019). Nesta técnica, o medicamento é administrado no primeiro compartimento dorsal <sup>7</sup>(GOEL, 2014). Pesquisadores descobriram que essa infiltração proporcionou alívio prolongado em 80% dos casos, em um estudo envolvendo 71 pacientes<sup>7</sup>(GOEL, 2014).

A resposta insatisfatória a uma injeção de corticosteroide foi correlacionada com uma técnica de realização inadequada e uma probabilidade de o tendão do ECP (Extensor Curto do Polegar) estar em um compartimento separado (Variação anatômica) <sup>11</sup>(SINAN, 2002).

Embora a injeção local de corticosteroide seja um procedimento seguro, a possibilidade de efeitos colaterais existe e deve ser informada aos pacientes

que serão submetidos ao procedimento. Os efeitos secundários, como o aumento transitório da dor e reações cutâneas locais podem persistir por algum tempo após injeção, mas são, em grande maioria, transitórios<sup>13</sup>(VASCONCELOS, 2019).

Devido à natureza invasiva do tratamento cirúrgico e à recuperação muito mais longa associada a períodos e complicações potenciais, o uso do tratamento não invasivo, como injeções de corticoides, deve ser melhor estudado para compreender o benefício máximo<sup>8</sup>(JINHEE, 2016).

## **5. CONCLUSÃO**

Frente aos dados utilizados para a realização do presente estudo, nota-se divergências de ideias no que tange ao tratamento definitivo para a patologia, seja cirúrgico ou conservador.

Para alguns autores, a cirurgia é o método mais indicado, devido a sua eficácia e por tratar-se de uma técnica assertiva e de realização frequente. No entanto, trata-se de um procedimento invasivo, tendo assim, o recobrimento pós-operatório de maior duração.

Outros autores defendem o método conservador como a principal escolha de tratamento, uma vez que este não é invasivo e proporciona alívio dos sintomas em mais de 60% dos pacientes. Assim, esses especialistas elegem a infiltração de corticosteroide e anestesia local como melhor tratamento.

Entretanto, eventualmente, o método conservador pode desencadear efeitos adversos ou a não-resolução do quadro, cursando com a persistência da dor, a qual pode apresentar duração indeterminada, além de erupções cutâneas e o quadro de hiperglicemia em pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 (um), assim como pacientes insulín dependentes.

Em suma, através desta revisão integrativa da literatura, conclui-se que, a primeira escolha de tratamento para a tenossinovite de De Quervain deve ser por método conservador, sendo este realizado com infiltrações de corticosteroide, associado ao anestésico local. Os dados apontam que este método apresenta entre 70 a 80% de eficácia, cursando com resolução dos sintomas. Caso não haja melhora do quadro com esse tratamento, indica-se então, a intervenção cirúrgica.

## 6. REFERÊNCIAS

1. BIONKA, Ma Huisstede, et al. **Consenso sobre uma diretriz de tratamento multidisciplinar para a doença de De Quervain: resultados de estudo europeu HANDGUIDE**. 2014. Disponível em <<http://ptjournal.apta.org/content/early/2014/04/03/ptj.20130069>> Acesso em 15/04/2024.
2. CANALE, S. Terry & BEATY, James H. Campbell **Cirurgia Ortopédica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.
3. CAPASSO, Giovanni et al. **Liberação cirúrgica da tenossinovite estenosante de De Quervain no pós-parto: isso pode esperar?** 2002. Disponível em <[www.onlinedoctranslator.com](http://www.onlinedoctranslator.com)> Acesso em 15/04/2024.
4. DE LIMA, Lucimar Candida et al. **Testes e tratamentos da tenossinovite de quervain na clínica ortopédica da reabilitação física: revisão bibliográfica sistemática**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, v. 6, n. 3, p. 2547-2561, 2024.
5. FERRARA, Paola Emília et al. **Modalidades físicas para o tratamento conservador da tenossinovite de punho e mão: uma revisão sistemática**. 2020. Disponível em <<https://doi.org/10.1016/j.jsemarthrit.2020.08.006>> Acesso em 15/04/2024.
6. GARÇON, Johanne J., et. al., **Resultados do tratamento cirúrgico de De Quervain: 80 casos com seguimento médio de 9,5 anos**. 2018. Disponível <<https://doi.org/10.1016/j.jotsr.2018.04.022>> 15/04/2024.
7. GOEL, Ritu & ABZUG, Joshua M. **Tenossinovite de Quervain: uma revisão das opções de reabilitação**. 2014. Disponível em <[www.onlinedoctranslator.com](http://www.onlinedoctranslator.com)> Acesso em 15/04/2024.

8. JINHEE K. Oh. et al. **Eficácia das injeções de corticosteroides para o tratamento de tenossinovite de De Quervain**. 2016. Disponível em <www.onlinedoctranslator.com> Acesso em 15/04/2024.
9. PARDINI Jr, Arlindo G. & FREITAS, Afrânio D. de. **Cirurgia da Mão: Lesões não-traumáticas. 2 ed. Rio de Janeiro**. Científica Ltda: Medbook, 2008.
10. POUBLON, Alexander R., et al. **Abordagem cirúrgica ideal para o tratamento da doença de De Quervain: um estudo anatômico-cirúrgico**. 2018. Disponível em <wjo/www.wjgnet.com> Acesso em 15/04/2024.
11. SINAN Avci, MD, CENGIZ Yilmaz, MD, UGUR Sayli, MD. **Comparação de não cirúrgico. Medidas de tratamento para doença de gravidez e lactação de De Quervain**. 2002. Disponível em <www.onlinedoctranslator.com> Acesso em 15/04/2024
12. SIZÍNIO K.. Herbert et al. **Ortopedia e Traumatologia: princípios e práticas**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
13. VASCONCELOS, Bruno Moraes et al. **Efetividade da infiltração de corticosteroides no tratamento de pacientes com tenossinovite estenosante de De Quervain: resultado terapêutico**. 2019. Disponível em <HTTP://dx.doi.org/10.21270/archi.v8i5.4652> Acesso em 15/04/2024.
14. WOLF, Jennifer Moriatis, MD, Rodney X. Sturdivant, PhD, Brett D.Owens, MD. **Incidência de tenossinovite de De Quervain em um jovem, população ativa**. 2008. Disponível em <www.onlinedoctranslator.com> Acesso em 15/04/2024.