



ARTIGO ORIGINAL

Paralisias parciais idiopáticas do interósseo posterior – 8 casos



J.C. Botelho^{a,*} e S. Silvério^b

^a Cirurgia da Mão, Hospital dos Lusíadas, Lisboa, Portugal

^b Assistente Hospitalar de Ortopedia do Hospital de Sant'Ana, Parede, Portugal

Recebido a 3 de junho de 2015 ; received in revised form 26 de outubro de 2015; aceite a 27 de outubro de 2015
Disponível na Internet a 11 de fevereiro de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Paralisias;
Parciais;
Idiopáticas;
Interósseo posterior

KEYWORDS

Palsy;
Partial;
Idiopathic;
Posterior interosseous
nerve

Resumo

Introdução: As paralisias idiopáticas parciais do nervo interósseo posterior, atingindo apenas o polegar ou alguns dedos, são muito raras, sendo aparentemente causadas por uma compressão ao nível do músculo supinador.

Material e método: Observámos, nos últimos 10 anos, 8 casos, atingindo apenas alguns dedos (3 casos) ou o polegar (5) e não evoluindo para paralisias mais completas.

Resultados: Dois casos do polegar, com diagnóstico clínico precoce, curaram espontaneamente. Dos outros 6, observados tardiamente, 4 foram submetidos a cirurgia paliativa com bons resultados (2 polegares, um d3d4 e outro d4d5) e 2 recusaram cirurgia (um polegar e outro d4).

Conclusão: As paralisias parciais do interósseo existem e devem ser diferenciadas de roturas dos tendões extensores. Algumas recuperam espontaneamente. Nas outras, se vistas tardiamente, a cirurgia paliativa pode dar um bom resultado.

© 2015 SECMA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob a licença de CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Idiopathic partial paralysis of the posterior interosseous – 8 cases

Abstract

Introduction: Idiopathic partial palsies of the posterior interosseous nerve are rare, probably caused by compression at the distal part of the supinator muscle.

Material and method: We saw 8 cases in the last 10 years, 5 of the thumb and 3 of some fingers only, none evolving to complete palsies.

Results: 2 cases of the thumb, seen early, recovered spontaneously. Of the other 6 cases, seen late, 4 had paliative surgery with good results - 2 thumbs, one 4th-5th fingers and another 3th-4th fingers. 2 patients refused surgery - one thumb and one 4th finger.

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: jcbotelheiro@gmail.com (J.C. Botelho).

Conclusion: Idiopathic partial palsies of the posterior interosseous nerve do exist and must be diagnosed from extensor tendon ruptures. Some recover spontaneously. For those that do not recover, late palliative surgery can give good results.

© 2015 SECMA. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

Classicamente, as compressões «altas» do nervo radial causam paralisia da extensão do punho e dedos, e as «baixas», do interósseo posterior (IOP), paralisia apenas da extensão do polegar e dedos¹.

Numa das maiores séries de paralisias do IOP operadas², de 45 casos, 21 eram «idiopáticas», 4 por tumores e as restantes pós-traumáticas, e algumas delas atingiam apenas alguns dedos.

A maioria das séries publicadas refere que alguns casos «idiopáticos» recuperam espontaneamente, e que só devem ser operados por neurólise aqueles que não o fazem no prazo de 4-12 semanas ou pioram durante esse tempo, e que uma neurólise «tardia» pode dar um mau resultado clínico³⁻⁵.

Os casos «idiopáticos» são causados por compressões ao nível do músculo supinador no antebraço. Aqueles envolvendo todos os dedos e polegar sê-lo-iam a um nível mais proximal; aqueles atingindo apenas alguns dedos, ou o polegar mais distalmente, e a neurólise deveria ser então feita por via dorsal de Thompson⁶. Steichen e Christensen¹ e Hashizume et al.⁷ referem, no entanto, que a maioria dos casos atingindo inicialmente apenas alguns dedos evoluem para paralisias mais extensas.

Horton⁸ descreveu um caso de paralisia apenas do EPL, análogo ao nosso caso 3, tratada com transferência do EPD2, após verificação clínica de que este não se encontrava também paralisado.

Estão descritos casos de paralisias do IOP por «neuropatia constrictiva» sem compressão externa demonstrável⁹, que alguns consideram «neuralgias amiotróficas» de Parsonage-Turner¹⁰.

Material e método

Observámos, nos últimos 10 anos, 8 casos de paralisias da extensão de apenas alguns dedos ou do polegar, sem causa detetável, que considerámos paralisias parciais idiopáticas do IOP, que estão descritas na [tabela 1](#).

Tabela 1

Paciente	Paralisia	Antig	EMG	Cirurgia
1. M 67	D3D4	7 m	l Normal	tenodese EDC
2. M 65	D4D5	6 m	-	tenodese EDC
3. H 53	EPL	10 d	Normal	Recup.exp.
4. H 44	EPL	4 y	(+)	EPD2-EPL
5. M 51	EPL	21 d	-	Recup.exp.
6. M 69	EPL	1 y	-	EPD2-EPL
7. H 50	EPL	3 y	(+)	-
8. M 53	D4	10 m	-	-

O diagnóstico diferencial pré-operatório com roturas dos tendões extensores foi feito clinicamente, pelo efeito de tenodese ao fletir o punho (que nem sempre era muito claro) e também pela normalidade da ecografia (excluindo rotura tendinosa ou qualquer massa) e positividade da eletromiografia em alguns casos; e foi confirmado intraoperatoriamente, nos casos operados, pela integridade dos tendões extensores.

Num caso, o diagnóstico foi apenas feito durante a cirurgia. De notar que nunca observámos nenhum caso de paralisia idiopática completa (atingindo todos os dedos e o polegar) do IOP.

Resultados

Dois caso do polegar (casos 3 e 5), observados precocemente, recuperaram espontaneamente em algumas semanas ([figs. 1-3](#)).

Observámos, tardiamente, 2 outros casos do polegar apenas (casos 4 e 6), que não tinham recuperado. Foram operados – transferência do extensor próprio do indicador –, com o bom resultado habitual dessa cirurgia. Durante a cirurgia, comprovou-se a integridade do tendão do «extensor policis longus».

Observámos, tardiamente, um outro caso do polegar (caso 7), mas que tinha também uma extensão ativa do indicador fraca. Recusou a cirurgia proposta – transferência do «extensor carpi radialis longus»¹¹.

Os casos atingindo apenas os dedos longos foram 3 – um dos 3.º e 4.º dedos, outro dos 4.º e 5.º dedos e outro apenas do anelar –, todos vistos tardiamente. Os 2 primeiros (casos 1 e 2) foram operados – sutura latero-lateral dos extensores digitais – com resultados aceitáveis ([fig. 4](#)). De notar que, no caso 2, dos 4.º e 5.º dedos, o diagnóstico foi apenas feito na cirurgia pela integridade dos tendões



Figura 1 Paralisia isolada do EPL.



Figura 2 Efeito de tenodese positivo.



Figura 5 Paralisia isolada da extensão do anelar.



Figura 3 Recuperação espontânea às 5 semanas.



Figura 4 Paralisia da extensão dos 3.º e 4.º dedos operada – sutura laterolateral dos tendões extensores persistindo algum déficit de extensão.

extensores, sendo a ecografia normal feita «a posteriori», para excluir qualquer massa podendo comprimir o nervo. O terceiro caso, apenas do anelar (fig. 5), recusou a cirurgia proposta (caso 8).

Discussão

Estes casos colocam problemas de diagnóstico e de tratamento.

Quanto ao diagnóstico, é necessário distingui-los de roturas dos tendões extensores. Em primeiro lugar, pela ausência de causa – artrite reumatoide, fraturas distais do rádio (que podem não ter sido diagnosticadas!), seções traumáticas, etc. E, depois, pela observação – classicamente, nas roturas de tendões extensores não há efeito de tenodese, os dedos ou o polegar não estendem ao fletir o punho e nas paralisias esse efeito existe (fig. 2). Mas a existência dos «junctura tendinosum» e o alongamento natural de músculos paralisados há muito tempo podem tornar este sinal menos claro.

Os exames auxiliares de diagnóstico podem ajudar no diagnóstico. A ecografia e, eventualmente, a ressonância magnética confirmarão a integridade dos tendões extensores e a ausência de qualquer massa comprimindo o nervo IOP ou os seus ramos. Por outro lado, a eletromiografia pode ou não confirmar a lesão nervosa.

Nos casos que começam com um período de dores intensas deve pensar-se numa neuralgia amiotrófica¹⁰.

Quanto ao tratamento, todos os autores concordam que, nos casos recentes, se deve esperar pela recuperação espontânea algumas semanas e só fazer a exploração nervosa-neurólise se não houver recuperação ou a paralisia atingir mais dedos que inicialmente (o que nunca vimos). Nos casos antigos, a neurólise pode não resultar e a cirurgia paliativa é mais segura, mas há que ter o cuidado de não transferir tendões de músculos paréticos.

Conclusão

Como conclusão desta nossa experiência e da literatura consultada:

- as paralisias parciais idiopáticas do IOP, atingindo apenas alguns dedos ou o polegar, existem e devem ser diferenciadas de roturas tendinosas;
- algumas recuperam espontaneamente;

- nas que não recuperam, uma neurólise precoce pode dar um bom resultado, mas nos casos tardios a cirurgia paliativa apropriada é preferível.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Bibliografia

1. Steichen JB, Christensen AW. Posterior interosseous nerve compression syndrome. In: Gelberman RH, editor. Operative nerve repair and reconstruction. Philadelphia: J.B. Lippincot Comp; 1991.
2. Kim DH, Murovic JA, Kim YY, Kline DG. Surgical treatment and outcomes in 45 cases of posterior interosseous nerve entrapments and injuries. *J. Neurosurg.* 2006;104(5):766–77.
3. Irisarri C, Yañez J, Castro M, Pombo S, Arilla MA. Neuropatías compresivas del nervio interóseo posterior. In *Neuropatías periféricas por compresión*. Fundación Mapfre Medicina edit. Madrid 2002.
4. Kalb K, Gruber P, Landsleitner B. Non-traumatically-induced paralyisies of the ramus profundus nervi radialis. Aspects of a rare disease picture. *Handchir Mikrochir Plast Chir.* 2000;32(1):26–32.
5. Quignon R, Marteau E, Penaud A, Corcia P, Laulan J. Posterior interosseous nerve palsy. A series of 18 cases and literature review. *Chir Main.* 2012;31(1):18–23.
6. Suematsu N, Hirayama T. Posterior interosseous nerve palsy. *J Hand Surg Br.* 1998;23(1):104–6.
7. Hashizume H, Nishida K, Nanba Y, Shigeyama Y, Inoue H, Morito Y. Non-traumatic paralysis of the posterior interosseous nerve. *J Bone Joint Surg Br.* 1996;78-B:771–6.
8. Horton TC. Isolated paralysis of the extensor pollicis longus muscle: a further variation of posterior interosseous nerve palsy. *J Hand Surg Br.* 2000;25B(2):225–6.
9. Burns J, Lister GD. Localized constrictive radial neuropathy in the absence of extrinsic compression: Three cases. *J Hand Surg Am.* 1984;9:99–103.
10. Pan YW, Wang S, Tian G, Li C, Tian M. Typical brachial neuritis (Parsonage-Turner syndrome) with hourglass-like constrictions in the affected nerves. *J Hand Surg Am.* 2011;36(7):1197–203.
11. Wadsworth TG. In *Technical tips for hand surgery* Kasdan ML, Amadio PC, Bowers WH edits. Mosby St.Louis 1994.