

Introdução: A compressão do nervo cubital é a segunda neuropatia mais comumente observada nos membros superiores. Sendo habitualmente diagnosticada no cotovelo, também pode ser observada ao nível do punho. A localização exata do local da compressão através de eletrodiagnóstico é habitualmente difícil. Normalmente resulta da compressão, estiramento e traumas repetidos devido a causa mecânica crónica. Sendo a maioria dos músculos intrínsecos da mão inervados pelo nervo cubital, a perda de força muscular origina diminuição da destreza, da preensão global e da preensão fina da mão afetada. Os sinais mais importantes desta neuropatia são: parestesias do 4^o e 5^o dedo (D4 e D5), hipostesia da região palmar, atrofia e parestesias dos músculos enervados pelo nervo cubital, deformação dos dedos em flexão e atrofia das eminências tenar e hipotenar.

História: Homem, 43 anos, violinista e compositor profissional. Sem antecedentes pessoais relevantes. Refere diminuição da sensibilidade da extremidade de D4 e D5 da mão esquerda e diminuição da força muscular (Grau 3) dos interósseos e lumbricóides de D4 e D5. Força de preensão global à esquerda (7kg) e à direita (25kg). Escala de avaliação-Disability of the Arm Shoulder and Hand (DASH (73/100)). Incapacidade para tocar violino. Sem traumatismos associados, causa viral, vacinas ou consumo de drogas. Apresenta 5^o dedo em garra. Hipoestesia de D4 e D5. Eletromiografia: Lesão focal do nervo cubital ao nível do cotovelo, de severidade moderada, em fase aguda e com diminuição da condução nervosa.

Material e Métodos: Iniciou programa de reabilitação com utilização diária de tala de posicionamento, estimulação elétrica neuromuscular, mobilização ativa e assistida de D4 e D5, fortalecimento muscular dos interósseos e lumbricóides e treino de atividades da vida diária (AVD's).

Resultados: Sensibilidade normalizada em D4 e D5. Força muscular (Grau 4) dos interósseos e lumbricóides de D4 e D5. Força de preensão global à esquerda (17kg) e à direita (25kg). Escala de avaliação - DASH (35/100). Toca violino em peças de fácil execução.

Discussão e conclusões:

Não há protocolo de tratamento padrão universalmente aceite, com base em métodos clínicos, neurofisiológicos e de imagem para a paralisia do nervo cubital idiopática.

O exame eletrodiagnóstico é fundamental para confirmar o diagnóstico e a localização do local da compressão. A compressão leve a moderada do nervo cubital, são comumente orientadas pela educação do paciente, incluindo modificações nas AVD's e talas para impedir a flexão extrema do cotovelo. Pode-se especular que a profissão do utente enquanto violinista, tenha causado um trauma repetitivo no nervo cubital, sendo responsável pela sua paralisia.

Bibliografia

- Yıldırım, P., Yıldırım, A., Misirlioglu, T. O., Evçili, G., Karahan, A. Y., & Gunduz, O. H. (2015). Recovery features in ulnar neuropathy at the elbow. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(5), 1387–1389.
- Halac, G., Topaloglu, P., Demir, S., Cıkrıkcioglu, M. A., Karadeli, H. H., Ozcan, M. E., & Asil, T. (2015). Ulnar nerve entrapment neuropathy at the elbow: relationship between the electrophysiological findings and neuropathic pain. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(7), 2213–2216.
- Oliveira, R., Azevedo, A. (2020). O papel do fisioterapeuta no tratamento da compressão do nervo cubital ao nível do cotovelo. *Cadernos de Ortopedia*, 43 (2), 17-18.

25/08/2015	Consulta MFR
27/08/2015	Inicia Fisioterapia
04/09/2015	Iniciou Terapia Ocupacional
23/10/2015	Utiliza mola da roupa/Utiliza corta unhas
04/12/2015	Toca violino sem utilizar D5
06/05/2016	Toca até 3 horas seguidas
19/08/2016	Toca peças de menor exigência técnica até ao final de um concerto
28/09/2016	Alta MFR



Benediction posture
“Mão que benze”

Ortótese de Posicionamento



Intervenção Fisioterapia

