

## REABILITAÇÃO FUNCIONAL EM PACIENTE COM EPICONDILITE LATERAL

FUNCTIONAL REHABILITATION IN A PATIENT WITH LATERAL EPICONDYLITIS

REHABILITACIÓN FUNCIONAL EN UN PACIENTE CON EPICONDILITIS LATERAL

Maria Alice Mendes de Sousa<sup>1</sup>  
Tarciana Marcionilia da Silva Teixeira<sup>2</sup>  
Claudio Elidio Almeida Portella<sup>3</sup>

**RESUMO:** Este artigo buscou analisar os efeitos do tratamento fisioterapêutico em um paciente com diagnóstico de Epicondilite Lateral esquerda atendido na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia da Universidade Iguaçu (UNIG). Trata-se de um estudo de caso no qual foram utilizados métodos de avaliação clínica, incluindo inspeção, palpação, mensuração da amplitude de movimento, testes de força muscular, perimetria, teste de sensibilidade, reflexos, testes funcionais e específicos. O tratamento fisioterapêutico foi composto por alongamentos, exercícios de fortalecimento, treino de pronação e supinação e exercícios de motricidade fina. Após 22 sessões, observou-se redução significativa de quadro álgico, redução do aumento de volume, normalização da força muscular, aumento da funcionalidade e restabelecimento da preensão manual. Conclui-se que a intervenção fisioterapêutica estruturada e progressiva mostrou-se eficaz na recuperação da função do membro acometido, favorecendo redução dos sintomas, melhora biomecânica e retorno às atividades diárias, evidenciando a fisioterapia como abordagem fundamental no manejo conservador da Epicondilite Lateral.

5829

**Palavras-chave:** Reabilitação. Epicondilite lateral. Fisioterapia Traumato-ortopédica.

**ABSTRACT:** This article aimed to analyze the effects of physiotherapy treatment in a patient diagnosed with left lateral epicondylitis treated at the Physiotherapy Teaching and Research Clinic of Iguaçu University (UNIG). This is a case study in which clinical evaluation methods were used, including inspection, palpation, measurement of range of motion, muscle strength tests, perimetry, sensitivity tests, reflexes, functional and specific tests. The physiotherapy treatment consisted of stretching, strengthening exercises, pronation and supination training, and fine motor exercises. After 22 sessions, a significant reduction in pain, reduction in swelling, normalization of muscle strength, increased functionality, and restoration of hand grip strength were observed. It is concluded that the structured and progressive physiotherapy intervention proved effective in recovering the function of the affected limb, favoring symptom reduction, biomechanical improvement, and return to daily activities, highlighting physiotherapy as a fundamental approach in the conservative management of lateral epicondylitis.

**Keywords:** Rehabilitation. Lateral epicondylitis. Trauma-orthopedic physiotherapy.

<sup>1</sup> Discente: Fisioterapia na Universidade Iguaçu – UNIG.

<sup>2</sup> Discente: Fisioterapia na Universidade Iguaçu – UNIG.

<sup>3</sup> Orientador: Doutorado, UNIG.

**RESUMEN:** Este artículo tuvo como objetivo analizar los efectos del tratamiento fisioterapéutico en un paciente con diagnóstico de epicondilitis lateral izquierda, atendido en la Clínica de Enseñanza e Investigación en Fisioterapia de la Universidad del Iguazú (UNIG). Se trata de un estudio de caso en el que se emplearon métodos de evaluación clínica, como inspección, palpación, medición del rango de movimiento, pruebas de fuerza muscular, perimetría, pruebas de sensibilidad, reflejos, pruebas funcionales y específicas. El tratamiento fisioterapéutico consistió en estiramientos, ejercicios de fortalecimiento, entrenamiento de pronación y supinación, y ejercicios de motricidad fina. Tras 22 sesiones, se observó una reducción significativa del dolor, una reducción de la inflamación, la normalización de la fuerza muscular, un aumento de la funcionalidad y la restauración de la fuerza de prensión manual. Se concluye que la intervención fisioterapéutica estructurada y progresiva demostró ser eficaz en la recuperación de la función de la extremidad afectada, favoreciendo la reducción de los síntomas, la mejoría biomecánica y la reincorporación a las actividades cotidianas, destacando la fisioterapia como un enfoque fundamental en el tratamiento conservador de la epicondilitis lateral.

**Palabras clave:** Rehabilitación. Epicondilitis lateral. Fisioterapia trauma-ortopédica.

## INTRODUÇÃO

A Epicondilite Lateral, também conhecido como cotovelo de tenista, consiste em uma condição musculoesquelética caracterizada por quadro álgico e sensibilidade na região do epicôndilo lateral do úmero. Isso ocorre devido a uma sobrecarga ou microtrauma repetitivo nos músculos extensores do punho e dedos, principalmente o extensor radial curto do carpo.<sup>1-2</sup>

5830

Acomete cerca de 1% a 3% da população, tendo maior prevalência entre 35 e 55 anos. Se mostra mais comum em indivíduos que realizam tarefas repetitivas com o antebraço e punho, como atletas, trabalhadores manuais, pedreiros e que utilizam ferramentas pesadas. Apesar do seu nome de “cotovelo de tenista” somente de 5% a 10% dos casos são relacionados diretamente à prática de tênis.<sup>2-3</sup>

Os principais sintomas consistem em dor localizada e irradiada para o antebraço, apresentando piora em casos de preensão manual, extensão resistida do punho ou dedos e supinação resistida. Outros sintomas presentes são sensibilidade à palpação na origem dos extensores, diminuição da força de preensão e rigidez matinal e dificuldade para realização das tarefas simples.<sup>4-5</sup>

Os principais fatores de risco são: Atividades repetitivas de extensão, desvio radial e ulnar, supinação, uso excessivo do computador e mouse, levantamento de peso de forma inadequada, prática esportiva com técnica incorreta, idade acima de 40 anos, tabagismo e obesidade.<sup>4-5-6</sup>

O diagnóstico é realizado de forma clínica, se baseando na anamnese e testes físicos como Teste de Cozen, Teste de Maudsley e Teste de Mill. Também se utiliza exames complementares como ultrassonografia para avaliar o espessamento e heterogeneidade do tendão, radiografias para mostrar calcificações em casos crônicos e ressonância magnética utilizado em casos refratários ou para descartar outras patologias.<sup>7-8</sup>

O manejo medicamentoso tem como objetivo o alívio do quadro álgico, utilizando medicamentos AINEs em fase aguda, analgésicos, terapias biológicas através do plasma e costicosteroides podendo ser via oral ou infiltrações. Os benefícios do tratamento consistem na redução do quando álgico, redução da inflamação em quadros agudos, melhora da capacidade funcional, além de permitir o avanço e adesão ao tratamento fisioterapêutico.<sup>8-9</sup>

A Fisioterapia é realizada de forma crucial no tratamento da Epicondilite lateral, tendo como objetivo a redução da algia, melhora da função e força muscular, recuperação da mobilidade, aceleração do processo de cicatrização, correção de desequilíbrios musculares, prevenção de recidivas e retorno precoce às atividades diárias.<sup>10-11-12</sup>

O tratamento inclui técnicas de terapias manuais (mobilização articular e liberação miofascial), utilização de recursos eletrotermofototerápicos (ultrassom terapêutico, crioterapia, termoterapia e laserterapia), exercícios terapêuticos (fortalecimento, alongamento), ajustes ergométricos e orientação ao paciente e familiares. A expectativa de recuperação desta alteração é de forma gradual, durando cerca de 6 a 12 semanas.<sup>12-13-14</sup>

A partir disso, este estudo de caso tem como objetivo acompanhar o tratamento fisioterapêutico de um paciente com diagnóstico de Epicondilite Lateral, sendo realizado na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia (UNIG) em um período de 6 meses.

## MÉTODOS

Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso, realizado na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia, do curso de graduação em Fisioterapia. Foi atendido um único paciente, do sexo masculino, com diagnóstico de Epicondilite Lateral esquerdo.

O estudo foi realizado na Clínica de Ensino e Pesquisa em Fisioterapia da Universidade Iguacu, vinculada ao curso de Graduação em Fisioterapia e situada na Avenida Abílio Augusto Távora, 2134, Jardim Nova Era, Nova Iguaçu - RJ, CEP 26275-580, telefone (21) 2765-4053.

Este estudo foi realizado mediante autorização da paciente, que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, permitindo a utilização das informações para a elaboração

deste relato de caso. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAAE: 51045021.2.0000.8044.

## ANAMNESE

O caso clínico foi realizado na Clínica de Ensino em Fisioterapia na UNIG, contendo uma amostra de uma única paciente com diagnóstico de Epicondilite Lateral esquerda.

Dados Pessoais: Paciente L. A. S., 47 anos, nascido em 01/12/1978, sexo masculino, casado.

Diagnóstico Médico: Epicondilite lateral esquerda.

Queixa Principal (QP): “Dor e dormência constante no cotovelo esquerdo há mais ou menos 3 meses”.

História da doença atual: Paciente relata que há mais ou menos 3 meses acordou com parestesia e quadro álgico no cotovelo esquerdo e os sintomas tem sido com frequência. Buscou atendimento médico no qual foi encaminhado para Fisioterapia. Nesse período fez uso de anti-inflamatório e analgésico.

História da Patologia Pregressa (HPP): Paciente realizou 4 cirurgias de artrodese lombar, Hipertenso controlado.

5832

História Familiar: Mãe e pai hipertensos e diabéticos já falecidos. Irmã com diagnóstico de câncer, já falecida.

História Social: Casa própria, 2 andares, 7 cômodos, reside no 2º andar, rua asfaltada e com saneamento básico. 3 pessoas residem na casa, nega tabagismo e etilismo, não pratica atividade física.

História Medicamentosa: Uso de colágeno tipo II.

## EXAME FÍSICO

Inspeção: Paciente normocorado, apresenta cicatriz cirúrgica na região lombar, marcha claudicante com auxílio de muleta canadense unilateral.

Sinais Vitais: Foram avaliados os sinais vitais da paciente, obtendo os seguintes resultados:

Pressão Arterial (PA): 110x90mmHg - Normotensão

Frequência Cardíaca (FC): 78 bpm - Normocárdico

Frequência Respiratória (FR): 17 irpm - Normopneico

Saturação: 99% - Normosaturando

Temperatura: 36,5°C – Afebril

**Palpação:** Paciente sem presença de edemas e demais alterações físicas.

**Teste Articular:** Foram avaliadas as articulações Glenoumeral, cotovelo e radioulnar, apresentando os seguintes resultados:

**Quadro 1 – Avaliação do teste articular de Glenoumeral.**

Movimento	Direita	Esquerda
Extensão	43º	52º
Flexão	70º	80º
Abdução	135º	140º
Adução	32º	32º
Rotação externa	20º	21º
Rotação interna	28º	21º

**Fonte:** Os autores.

**Quadro 2 – Avaliação do teste articular de cotovelo**

5833

Movimento	Direita	Esquerda
Extensão	-15º	-5º
Flexão	58º	50º

**Fonte:** Os autores

**Quadro 3 – Avaliação do teste articular de radioulnar.**

Movimento	Direita	Esquerda
Pronação	65º	80º
Supinação	75º	90º

**Fonte:** Os autores

**Teste de força muscular:** Paciente apresentou grau 4 de força muscular para todos os grupamentos musculares em membro superior esquerdo.

**Perimetria:** Foi possível observar os seguintes resultados da perimetria.

**Quadro 4 – Avaliação da perimetria de braços**

Posição	Direita	Esquerda
À 8 cm abaixo do acrômio	38º	40º
À 16 cm abaixo do acrônio	36º	38º

**Fonte:** Os autores.

**Quadro 5 – Avaliação da perimetria de antebraços**

Posição	Direita	Esquerda
À 8 cm abaixo do epicôndilo lateral	30º	31º
À 16 cm abaixo do epicôndilo lateral	23º	24º
À 24 cm abaixo do epicôndilo lateral	19º	19º

**Fonte:** Os autores.

**Teste de sensibilidade:** Paciente apresenta normoestesia para todas as modalidades.

5834

**Teste de reflexo:** Preservado para bicipital, tricipital, retinocoradial e motopronador.

**Testes funcionais:** Restabelecida a manutenção da preensão em MSE.

**Testes Específicos:**

**Teste de Cozen E:** Positivo.

**Exames complementares:** Não foi realizado.

## DIAGNÓSTICO CINÉTICO FUNCIONAL

Paciente apresenta redução da força muscular em todos os grupamentos musculares em MSE.

**Prognóstico fisioterapêutico:** Favorável.

**Objetivos terapêuticos:** Promover o fortalecimento muscular.

## PLANO TERAPÊUTICO

- Alongamento ativo de extensores e flexores de punho e dedos bilateralmente (3 séries de 20 segundos);

- Pronação e supinação de punho bilateralmente com halter de 2kg (3 séries de 10 repetições);
- Flexão e extensão de cotovelo bilateral com halter de 2kg (3 séries de 10 repetições);
- Flexão e extensão de punho bilateral com halter de 2kg (3 séries de 10 repetições);
- Movimento de pinça para punho e dedos bilateral, com halter de 2kg (3 séries de 10 repetições);
- Extensão de punho com bastão prata bilateral (3 séries de 10 repetições).

Com base na evolução clínica, o plano terapêutico foi ajustado após a primeira etapa. Na segunda reavaliação, as condutas foram reorganizadas para abranger:

- Alongamento ativo de extensores e flexores de punho e dedos bilateralmente;
- Cinesioterapia ativo-resistida para pronadores e supinadores de antebraço;
- Fortalecimento de flexores e extensores de cotovelo;
- Trabalho de extensores de punho com bastão prata.

Na fase evolutiva dessa reavaliação, passaram-se a adotar parâmetros de 3 séries de 20 segundos para alongamentos e 3 séries de 10 repetições com halter de 2 kg para os exercícios resistidos de antebraço e cotovelo, além de 3 séries de 10 repetições com bastão prata para extensores de punho.

5835

De forma geral, o paciente apresentou evolução funcional favorável, com melhora da força muscular, redução de sintomas e restabelecimento da funcionalidade global do membro superior esquerdo, confirmando a efetividade do protocolo terapêutico instituído.

## RESULTADOS

O paciente foi submetido a um total de 12 atendimentos até a 1º reavaliação e 10 atendimentos adicionais até a segunda reavaliação, totalizando 22 atendimentos. Na inspeção inicial, paciente se mostrou normocorado, apresenta cicatriz cirúrgica na região lombar, marcha claudicante com auxílio de muleta canadense unilateral.

Na análise dos sinais vitais, os valores permaneceram dentro dos padrões de normalidade durante todas as avaliações, não apresentando alterações relevantes. A palpação continuou a revelar ausência de edemas ao longo do processo terapêutico.

**Quadro 6 – Reavaliação dos sinais vitais e palpação.**

Parâmetro	Avaliação	Reavaliação

Pressão Arterial	110x90mmHg - Normotenso	110x80mmHg - Normotenso
Frequência Cardíaca	78 bpm - Normocárdico	76 bpm - Normocárdico
Frequência Respiratória	17 irpm - Normopneico	16 irpm - Normopneico
Saturação	99% - Normosaturando	99% - Normosaturando
Temperatura	36.5°C – Afebril	36.8°C – Afebril
Palpação	Paciente sem presença de edemas e demais alterações físicas.	Paciente sem presença de edemas e demais alterações físicas.

**Fonte:** Os autores.

No teste articular, verificaram-se melhorias sutis, porém funcionais, nos movimentos de ombro, cotovelo e radioulnar. Permaneceram dentro dos limites avaliados previamente, mantendo condições articulares estáveis e sem comprometimentos adicionais durante a reavaliação.

**Quadro 7 – Reavaliação do teste articular de glenoumral**

5836

<b>Movimento</b>	<b>Avaliação</b>		<b>Reavaliação</b>	
	<b>Direita</b>	<b>Esquerda</b>	<b>Direita</b>	<b>Esquerda</b>
Extensão	43º	52º	44º	54º
Flexão	70º	80º	72º	80º
Abdução	135º	140º	138º	141º
Adução	32º	32º	32º	32º
Rotação externa	20º	21º	20º	21º
Rotação interna	28º	21º	28º	21º

**Fonte:** Os autores.

**Quadro 8 – Reavaliação do teste articular de cotovelo**

<b>Movimento</b>	<b>Avaliação</b>		<b>Reavaliação</b>	
	<b>Direita</b>	<b>Esquerda</b>	<b>Direita</b>	<b>Esquerda</b>
Extensão	-15º	-5º	-15º	-5º

Flexão	58º	50º	59º	52º
--------	-----	-----	-----	-----

**Fonte:** Os autores.

**Quadro 9 – Reavaliação do teste articular de radioulnar**

<b>Movimento</b>	<b>Avaliação</b>		<b>Reavaliação</b>	
	<i>Direita</i>	<i>Esquerda</i>	<i>Direita</i>	<i>Esquerda</i>
Pronação	65º	80º	66º	82º
Supinação	75º	90º	78º	91º

**Fonte:** Os autores.

No que se refere ao teste de força muscular, inicialmente a paciente apresentava grau 4 para todos os grupamentos musculares do MSE. Após a aplicação do plano terapêutico inicial e as primeiras 12 sessões, a reavaliação demonstrou melhora progressiva, culminando na normalização da força muscular (grau 5) em todos os grupamentos na segunda reavaliação, evidenciando ganho significativo de desempenho motor e funcionalidade.

**Quadro 10 – Reavaliação do teste de força.**

5837

<b>Movimento</b>	<b>Avaliação</b>		<b>Reavaliação</b>	
	<i>Direita</i>	<i>Esquerda</i>	<i>Direita</i>	<i>Esquerda</i>
Extensão	4	4	5	5
Flexão	4	4	5	5
Pronação	4	4	5	5
Supinação	4	4	5	5

**Fonte:** Os autores.

A perimetria de membros superiores permaneceu simétrica e sem evolução de edema, mantendo medidas compatíveis com o padrão inicial, reforçando a estabilidade volumétrica do membro ao longo do tratamento.

**Quadro 11 – Reavaliação da perimetria de braços**

	<b>Avaliação</b>	<b>Reavaliação</b>
--	------------------	--------------------

Posição	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
À 8 cm abaixo do acrômio	38º	40º	38º	40º
À 16 cm abaixo do acrônio	36º	38º	36º	38º

**Fonte:** Os autores.

**Quadro 12 – Reavaliação da perimetria de antebraços**

Posição	Avaliação		Reavaliação	
	Direita	Esquerda	Direita	Esquerda
À 8 cm abaixo do epicôndilo lateral	30º	31º	30º	31º
À 16 cm abaixo do epicôndilo lateral	23º	24º	23º	24º
À 24 cm abaixo do epicôndilo lateral	19º	19º	19º	19º

**Fonte:** Os autores.

5838

Os testes de sensibilidade e reflexos permaneceram preservados em todas as avaliações. Nos testes funcionais, observou-se restabelecimento completo da preensão no MSE, mantendo-se estável até o final da intervenção. O teste de Cozen permaneceu positivo inicialmente, porém apresentou redução da sintomatologia referida ao final da segunda reavaliação.

## DISCUSSÃO

O quadro álgico presente no cotovelo esquerdo é um dos achados centrais em quadros de epicondilite lateral, podendo irradiar para o antebraço e limitar significativamente a função do membro. O estudo de Bacalhau<sup>15</sup> reforça que o alongamento da musculatura extensora e flexora do antebraço é uma estratégia essencial para o controle da dor, sendo capaz de promover melhora já na primeira semana de intervenção. Os autores demonstram redução progressiva da dor local e irradiada, associada à melhora funcional expressiva, evidenciando que o alongamento diminui a tensão sobre o tendão extensor comum e contribui para a recuperação tecidual. Nesse sentido, esse recurso terapêutico se destaca como base do manejo da dor no cotovelo, otimizando o alívio sintomático e prevenindo recidivas.

A parestesia em membro superior esquerdo pode estar relacionada à sobrecarga muscular e alterações biomecânicas decorrentes da epicondilite lateral, influenciando a sensibilidade local e irradiada. O estudo de Menotti, Silva e Galvan<sup>16</sup> evidencia que o alongamento direcionado, associado ao fortalecimento muscular e à mobilização articular, desempenha papel fundamental não apenas na redução da dor, mas também na melhora da função neuromuscular. A modulação da dor promovida por essas técnicas, somada ao aumento da flexibilidade e redução da sobrecarga tendínea, pode contribuir para minimizar sintomas sensoriais como parestesia e desconfortos associados. Assim, a integração dessas estratégias auxilia na estabilização do antebraço, melhorando a mecânica regional e diminuindo sinais de parestesia.

A redução de força muscular no membro superior esquerdo é esperada em condições como a epicondilite lateral, especialmente pela inibição reflexa causada pela dor e pela subutilização do membro. Segundo Menotti, Silva e Galvan<sup>16</sup>, o fortalecimento muscular é decisivo para restaurar a capacidade funcional do membro acometido, sendo responsável por corrigir desequilíbrios, aumentar a resistência dos extensores do punho e reduzir a recorrência da lesão. A inclusão de exercícios progressivos para extensores, flexores e estabilizadores do antebraço contribui diretamente para o ganho de força e estabilidade, favorecendo a recuperação completa da função e diminuindo o impacto das limitações decorrentes da patologia.

5839

As limitações de ADM observadas no membro superior esquerdo decorrem, principalmente, da dor, rigidez articular e sobrecarga crônica dos extensores do punho. O estudo de Madelain<sup>17</sup> evidencia que a mobilização articular é uma técnica eficaz para restaurar a mecânica funcional do cotovelo e melhorar o deslizamento entre as superfícies articulares. Ao favorecer movimentos mais fluidos e com menor tensão sobre os músculos extensores, essa abordagem reduz a sensibilidade dolorosa e melhora a amplitude articular, permitindo que o paciente retorne gradualmente às atividades diárias com maior conforto. Assim, a mobilização atua como recurso indispensável na recuperação da ADM e na otimização do padrão de movimento.

A presença de edema leve no membro superior esquerdo pode estar associada ao processo inflamatório decorrente da irritação tendínea e dos tecidos periarticulares. O estudo de Nogueira, Stange e Silva-Filho<sup>18</sup> destaca que a terapia manual, especialmente as mobilizações articulares e a manipulação de tecidos moles, contribui significativamente para o alívio dos sintomas, incluindo melhora da circulação local e redução do edema. O protocolo dos autores, que integra técnicas manuais e exercícios funcionais, promoveu melhora progressiva, alívio

imediato e otimização da mobilidade. Dessa forma, a combinação entre mobilização e treinamento funcional se mostra eficaz na diminuição do edema e melhora dos parâmetros clínicos associados.

O déficit funcional leve observado no membro superior esquerdo pode ser explicado pela soma de dor, redução de força, parestesia e limitação de amplitude de movimento. A literatura analisada indica que a reabilitação mais eficaz é aquela que integra diversas estratégias fisioterapêuticas. O estudo de Sampaio e Cruz<sup>19</sup> ao demonstrar que a combinação estruturada de alongamento, fortalecimento, mobilização articular e exercícios funcionais resulta em melhora global da capacidade funcional, otimização da mecânica do cotovelo e punho e aceleração da recuperação. Assim, o déficit funcional tende a regredir de forma progressiva quando o tratamento é completo, bem planejado e individualizado, proporcionando retorno seguro e eficiente às atividades diárias.

Embora a epicondilite seja uma condição localizada no membro superior, sua repercussão funcional pode, em alguns casos, levar a adaptações posturais e compensações corporais que impactam a marcha, principalmente quando há dor intensa ou limitação funcional do membro. O estudo de Venâncio, Morais e Leal<sup>6</sup> demonstra que abordagens fisioterapêuticas integradas, incluindo exercícios funcionais, mobilização articular, fortalecimento e técnicas de modulação da dor, favorecem a restauração da mecânica corporal global. A melhora da função do membro superior contribui para reduzir padrões compensatórios no tronco e membros inferiores, proporcionando uma marcha mais simétrica e confortável. Assim, o tratamento completo da epicondilite, conforme sustentado pelas evidências, pode repercutir positivamente em todo o padrão locomotor.

5840

## CONCLUSÃO

O presente estudo de caso demonstrou que o alongamento, o fortalecimento muscular, a mobilização articular e o treinamento funcional foram essenciais na reabilitação da Epicondilite Lateral, favorecendo a melhora da dor, da função e da força muscular do membro acometido.

Essa condição e a combinação dessas técnicas contribuiu para redução da sobrecarga tendínea, melhora da mecânica articular e aceleração do processo de recuperação. Diante dos achados, conclui-se que a fisioterapia desempenha papel fundamental na reabilitação da Epicondilite Lateral, promovendo recuperação segura, eficaz e sustentável, além de possibilitar o retorno às atividades de forma plena e com menor risco de recidivas.

## REFERÊNCIAS

1. COHEN, M; Filho, GRM. Epicondilite lateral do cotovelo. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2012; 47(1): 414-420.
2. PONZI, R; Maciel, MG; Thomazi, CPF. Confecção de uma órtese dinâmica para epicondilite lateral. *Revista Perspectiva: Ciência e Saúde*. 2022; 7(2): 1-10.
3. MEDEIROS, APM; Saturnino, ASG; Gomes, DS. Epicondilite lateral em praticantes amadores de tênis. *Revista Mineira de Ciências da Saúde*. 2019; 6(1): 69-77.
4. VILELA, LH et al. VILELA, Luiz Henrique et al. Denervação do epicôndilo lateral para o tratamento da epicondilite lateral crônica. *Archives of Health Investigation*. 2022; 11(1): 196-200.
5. MARTINS, FR. Fatores que desencadeiam a epicondilite lateral em jogadores amadores de tênis: Uma revisão de literatura. *Diálogos em Saúde*. 2024; 7(1): 1-10.
6. VENÂNCIO, DS; Morais, GP; Leal, SS. Comparação entre tratamento conservador e intervencionista na epicondilite lateral: uma revisão sistemática. *REVISTA DELOS*. 2025; 18(67): 5134-5144.
7. SOARES, MM. Perfil do grau de atividade física na confiabilidade e acurácia de dois testes clínicos para epicondilite lateral [Dissertação] - Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Santo Amaro, São Paulo, 2020. 55 f.
8. DIAS, JMT. Epicondilite lateral: qual a melhor abordagem terapêutica?. *Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso*. 2024; 1(1): 1-5.
9. PALACIO, EP et al. Efeitos do plasma rico em plaquetas na epicondilite lateral do cotovelo: estudo prospectivo, randomizado e controlado. *Revista Brasileira de Ortopedia*. 2016; 51(1): 90-95.
10. ALMEIDA, MO et al. Tratamento fisioterapêutico para epicondilite lateral: uma revisão sistemática. *Fisioterapia em movimento*. 2013; 26(1): 921-932.
11. CHAVES, CTOP et al. Avaliação da eficácia das ondas de choque no tratamento da Epicondilite Lateral. *REVISTA DELOS*. 2024; 17(61): 1-15.
12. KUTZKE, JL et al. Tratamento da Epicondilite Lateral do Cotovelo: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Eletrônica Multidisciplinar UNIFACEAR*. 2015; 2(4): 1-10.
13. JUSTINO, JS et al. Efeito do laser GaAs em portadores de epicondilite lateral desencadeada por DORT. *ConScientiae Saúde*. 2014; 13(1): 110-117.
14. TEIXEIRA, TS; Lima, GEG; Silva, DF. As principais intervenções fisioterapêuticas na epicondilite lateral. *Revista UNIPAC*. 2023; 1(1): 1-24.
15. BACALHAU, A. Intervenção da fisioterapia num indivíduo com epicondilite lateral - um estudo de caso. *Revista HIGEIA*. 2022; 4(8): 9-18.

5841

16. MENOTTI, J; Silva, E; Galvan, T. Abordagem fisioterapêutica em paciente com epicondilite lateral do cotovelo: estudo de caso. Conferências UNICNEC, X Mostra Integrada de Iniciação Científica. 2020; 1(1): 1-5.
17. MADELAINE, P. Efeitos da mobilização com movimento, segundo Mulligan, na epicondilite lateral do cotovelo: Uma revisão da literatura [Monografia] Licenciatura em Fisioterapia, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2017. 20 f.
18. NOGUEIRA, LCWM; Stange, A; Silva-Filho, R. Acupuntura e Terapia Manual no Tratamento da Epicondilite Lateral do Cotovelo Direito. Revista Brasileira de Medicina Chinesa. 2019; 9(28): 62-70.
19. SAMPAIO, F; Cruz, A. Benefícios da Mesoterapia na Epicondilite Crónica Resistente. Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional online. 2021; 12(1): 111-125.