

Tratamento percutâneo minimamente invasivo da doença de Dupuytren associado à infiltração de corticoide

MARCELA MENDES CARVALHO DE SOUZA, JOSÉ DE GERVAIS FILHO, ERICK JOSÉ ALIAGA SANTOS, LAURA CONSTANZA TORRENTE GONZÁLEZ, MONICA GONZÁLEZ TAMAYO, JUAN CARLOS MUÑOZ VILCHEZ

Introdução

A moléstia de Dupuytren é uma alteração fibroproliferativa de causa desconhecida que acomete a fáscia palmar e suas ramificações, substituindo-a por tecido colágeno firme, o que leva à formação de cordas com retração dos dedos em flexão. De acordo com Luck, a Doença de Dupuytren passa por 3 fases: Proliferativa - proliferação celular com uma disposição sem direcionamento; Involutiva - alinhamento dos fibroblastos na direção das linhas de tensão; Residual - formação tecidual com pouca célula, semelhante ao tendão. Ocorre um acometimento predominante das fibras longitudinais da fáscia palmar, comumente em linha com o dedo anular na prega palmar distal, progredindo até envolver os dedos anular e mínimo, que são os mais acometidos. Os 3 componentes palmares envolvidos são as bandas pré-tendinosas, o ligamento natatório e o ligamento transversal superficial. Esses 3 elementos situam-se superficialmente ao feixe vasculonervoso.

Objetivo

Avaliar o impacto no tratamento percutâneo com infiltração de corticoide da doença de Dupuytren e a possível recidiva da mesma.

Método

Foram selecionados 10 pacientes do ambulatório do Serviço de Cirurgia Plástica e Reparadora da Mão da 11ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, com os seguintes critérios de exclusão: idade menor de 30 anos, doença recidivada, diabetes e

hipertensão arterial sistêmica descompensados. Seguimos a classificação preconizada por Tubiana et al., na qual a soma dos déficits de extensão das articulações metacarpofalangeanas (MF), interfalangeanas proximais (IFP) e interfalangeanas distais (IFD), medidas ao goniômetro digital, encontram-se em quatro estágios: grau I = 0-45°, grau II = 46-90°, grau III = 91-135° e grau IV = > 135°. O procedimento proposto para este estudo em nosso Serviço foi realizado como descrito a seguir: preparo dos campos; infiltração local com lidocaína a 1%; liberação da corda fibrosa (rigotomia), utilizando uma agulha 30 X 8 em 90° ao eixo longitudinal desse cordão e aprofundando-a 2 mm na fáscia digital e 3 mm na fáscia palmar até liberação total da corda e recuperação da extensão articular da MF e IFP, evitando-se chegar ao plano profundo. Em seguida, faz-se a infiltração local de 2 ml de betametasona. Realizado curativo com a utilização de tala gessada ou metálica em extensão por uma semana. Revisões semanais no 1º mês, com 6 meses e com 12 meses pós-procedimento.

Resultados

A idade média dos pacientes selecionados para o procedimento foi de 58,5 anos (variou de 46 a 77). A relação homem:mulher foi de 7 para 3 (70% masculino), com predomínio de brancos (70%), contra 30% de negros e pardos. Os fatores de risco encontrados foram alcoolismo (20%), diabetes (30%), história familiar (10%). O tempo médio de evolução da doença foi de 2,5 anos, com variação de 1 a 5 anos. A localização encontrada

foi 60% em dedo anular, 20% em dedo mínimo e 20% em outros dígitos, sempre com fáscia palmar acometida. Em 70% dos pacientes, o grau encontrado foi o grau 3; 30% apresentaram grau 2. A média de ganho articular pós-rigotomia foi de 92°. Em 1 ano de acompanhamento desses pacientes, 10% (1 paciente) apresentaram perda de extensão articular de 15°. Não houve nenhuma complicação relacionada diretamente com o procedimento.

Conclusão

Baseada nos resultados preliminares, a aponeurotomia com agulha associada à infiltração de corticoide local realizada em nosso Serviço tem grande potencial no tratamento minimamente invasivo da doença de Dupuytren. Os pacientes portadores dessa doença provavelmente deverão ser submetidos a vários procedimentos durante a vida, portanto um método pouco agressivo poderia ser a primeira opção de tratamento. Observamos que essa técnica é uma alternativa eficaz em relação ao tratamento cirúrgico, já que mostra um ganho articular importante imediatamente após o procedimento. Apresenta recidiva relativamente baixa, além de ser um procedimento com curva pequena de aprendizagem, sem complicações e sem a necessidade de se utilizar o centro cirúrgico. Como enfatiza Khouri, utilizando apenas 2 a 3 mm do bisel da agulha, em 90° no eixo longitudinal da corda, consegue-se liberação dessa corda, sem lesar os feixes vasculonervosos. Khouri denominou esse procedimento de rigotomia, portanto, achamos que a rigotomia realizada em nosso serviço trouxe bons resultados.