

Utilização da Técnica da Palma Aberta nas Contraturas Graves de Dupuytren

Jefferson Braga Silva¹
Carlos Renato Kuyven²
Pedro D. E. Martins³

- 1] Professor da Faculdade de Medicina da PUCRS. Especialista em Cirurgia da Mão pela AMB e Sociedade Brasileira de Cirurgia de Mão.
- 2] Membro aspirante da SBCP.
- 3] Chefe do Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital São Lucas – PUCRS.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Plástica do
Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade
Católica – PUCRS

Endereço para correspondência:

Jefferson Braga Silva
Av. Ipiranga, 6690 – Conj. 216 Centro Clínico PUCRS
Porto Alegre – RS
90610-000

Fone: (51) 3315-6277 – Fax: (51) 3320-5040
e-mail: jeffmao@terra.com.br

Descritores: Dupuytren; Mc Cash; palma aberta.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo demonstrar a experiência dos autores com a técnica da palma aberta descrita originalmente por McCash para o tratamento das contraturas graves de Dupuytren. A totalidade dos pacientes apresentava acometimento da borda ulnar da mão (anular e mínimo) e pertenciam aos estágios III e IV da classificação proposta por Tubiana. Em um período de 6 anos, 35 pacientes foram submetidos à fasciectomia regional. Foram necessários 18 dias, em média (extremos 15 e 25), para completar a cicatrização cutânea. Obteve-se um déficit residual articular médio de 25° ao dedo anular e 30° ao dedo mínimo, sempre ao nível da articulação interfalângiana proximal.

INTRODUÇÃO

A etiologia e o tratamento da enfermidade de Dupuytren permanecem controversos⁽¹⁻⁶⁾. Na elaboração do plano terapêutico é importante determinarmos o estágio em que se encontra a doença. Desde que a cirurgia tem sido

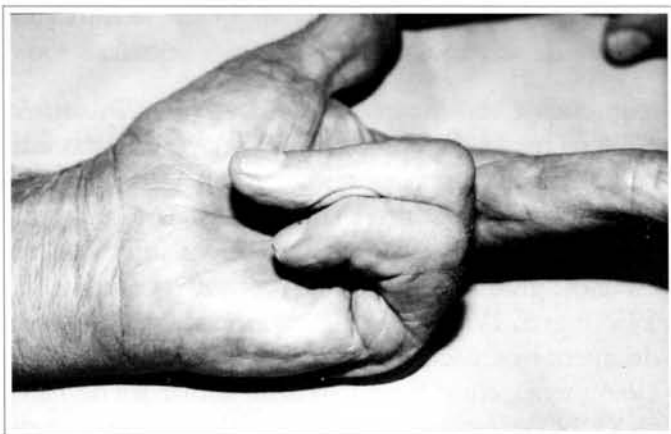


Fig. 1 - Contratura em dedos anular e mínimo, mão esquerda.

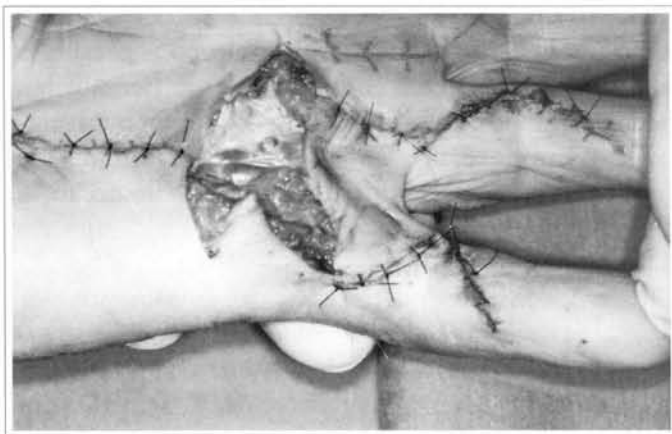


Fig. 2 - Transoperatório, demonstrando a perda de substância cutânea utilizando a técnica da palma aberta, extensão completa dos dedos.



Fig. 3 - Cinco dias de pós-operatório.



Fig. 4 - Dez dias de pós-operatório.



Fig. 5 - Quinze dias de pós-operatório.



Fig. 6 - Cicatrização completa, pequeno déficit de extensão no dedo mínimo.

considerada como o único método realmente eficaz no controle dessa patologia, muito se tem investigado quanto às técnicas cirúrgicas⁽⁷⁻¹¹⁾. A dificuldade técnica intra-operatória e as complicações pós-operatórias encontram-se em relação direta com o estágio evolutivo da doença. A incidência de hematoma, necrose cutânea, infecção e a recidiva aumentam significativamente nos casos graves da doença de Dupuytren. A necessidade de maior dissecação, a desvitalização da pele e a tensão excessiva na sutura são fatores predisponentes para essas complicações. Na técnica da palma aberta, descrita originalmente por McCash⁽¹²⁾, realiza-se uma fasciectomia regional permitindo a extensão dos dedos, o que resulta em um grande defeito cutâneo. A ferida é deixada aberta para cicatrizar por segunda intenção, evitando a tensão e hematomas, o que diminuiria a incidência de necrose, infecção e a possibilidade de recidiva dessa patologia.

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência do nosso serviço com o emprego da técnica da palma aberta nas contraturas graves da enfermidade de Dupuytren, evidenciando suas vantagens e desvantagens.

MATERIAL E MÉTODO

No período de janeiro de 1994 a dezembro de 1999, 35 pacientes, sendo 30 bilaterais, com diagnóstico clínico da doença de Dupuytren e um déficit funcional importante foram submetidos à fasciectomia palmar.

A idade média foi de 60 anos (extremos 48 e 75). O seguimento pós-operatório médio foi de 48 meses e o seguimento mínimo de 24 meses. Cinco pacientes

apresentavam acometimento somente do dedo mínimo. A totalidade dos pacientes não havia sido submetida a cirurgia prévia para Dupuytren. O tempo de evolução da patologia variou de quatro a oito anos (média de seis anos) (Tabela I).

Seguimos a classificação preconizada por Tubiana *et al*⁽¹³⁾, na qual a soma dos déficits de extensão das articulações metacarpofalângicas (MF), interfalângicas proximais (IFP) e interfalângicas distais (IFD), medidas ao goniômetro digital, dividem-se em quatro estágios: grau I: 0-45°, grau II: 46-90°, grau III: 91-135° e grau IV: > 135°. Foram incluídos neste estudo apenas os pacientes classificados nos graus III e IV. A média, considerando o dedo anular, foi de 125°, todos os dedos com valores entre 110° e 130°, grau III de Tubiana. A média do dedo mínimo foi de 155°, variando entre 145° e 165°, grau IV de Tubiana.

Na totalidade dos pacientes, a técnica cirúrgica utilizada foi a preconizada por McCash⁽¹²⁾, com prolongamento digital através da incisão de Brunner. Os cuidados pós-operatórios resumiram-se à troca de curativos semanais, com ressalva de não retirar a gaze vaselinada colocada sobre a área cruenta até a total cicatrização da pele (Figs. 1 a 6). Uma tala gessada volar em posição *intrinsic plus* (punho em flexão de 30°, MF em flexão de 70° a 90°, IFP e IFD a 0° de extensão) foi mantida por 15 dias, sendo permitida a liberdade total dos movimentos digitais após esse período. Todos os pacientes foram submetidos ao teste de Weber (discriminação sensitiva estática de dois pontos) no sexto mês de pós-operatório.

RESULTADOS

Os resultados da técnica da palma aberta nos casos classificados como grau III e IV de Tubiana⁽¹³⁾ foram considerados satisfatórios. Não foram registrados casos de sofrimento cutâneo e infecção. O déficit de extensão residual, avaliado com 6 meses, em 20 dos 30 pacientes acometidos no dedo anular foi de 25° (média) (Figs. 7, 8 e 9). No dedo mínimo todos os pacientes apresentaram déficit e a média foi de 30°, sempre ao nível da articulação IFP. Treze pacientes referiram dor aos esforços por um período pós-operatório de quatro meses. O teste de

Tabela I

	Absoluto	Relativo
Sexo masculino	32	91,4 %
Bilateralidade	30	85,7 %
História familiar*	30	85,7 %
Trauma associado†	25	71,4 %

Perfil dos 35 pacientes operados. *Não necessariamente em ascendência direta, mas na segunda geração (20 pacientes).

†Os pacientes eram questionados sobre algum traumatismo significativo prévio.

Tabela II

Dígito	Déficit de extensão*	
	Pré-op	Pós-op
Anular† (20 pacientes em 30)	125°	25°
Mínimo† (35 pacientes em 35)	155°	30°

Déficit de extensão pré e pós-operatório. *Média dos pacientes acometidos. †No dedo anular, 20 dos 30 pacientes apresentaram déficit. ‡No dedo mínimo, todos os pacientes (35) apresentaram déficit.

Weber em pós-operatório evidenciou 14 pacientes em que havia alterações de sensibilidade imediatamente após a cirurgia. Destes, cinco permaneceram com teste de Weber inferior ao mesmo dígito contralateral após a cirurgia (Tabela II).

A cicatrização completa da área cruenta palmar ocorreu em média com 18 dias (extremos: 15 e 25). Sesenta dias, em média, foram necessários para que os pacientes retornassem a atividade manual independente. Até o final de dezembro de 2001, não foi evidenciado nenhum caso de recidiva.

DISCUSSÃO

A terapêutica cirúrgica na doença de Dupuytren iniciou-se pelo relaxamento da fásia contraturada (Dupuytren, 1834) e desde então diversas técnicas e modificações foram descritas: fasciectomia (Fergusson, 1846), dermofasciectomia com enxerto de pele (Lexer, 1931), fasciectomia regional (Hamlin, 1952 e Hueston, 1962), fasciectomia radical (McIndoe, 1958), técnica da palma aberta (McCash, 1964), fasciectomia com preservação da pele (Skoog, 1967), fasciectomia limitada (Colville, 1968), aponeurectomia segmentar (Moermans, 1986), fasciotomia percutânea (Bryan, 1988).

Há controvérsias na literatura quanto às vantagens e desvantagens das técnicas da palma aberta. Sugere-se que a técnica da palma aberta determina maior alongamento cutâneo, além de prevenir complicações como hematoma^(8, 9, 14-18). Como desvantagem haveria um risco maior de infecção e o desconforto do paciente por ter uma lesão “aberta”. Nessa série não houve nenhum caso de infecção e nenhum paciente manifestou estar incomodado por apresentar uma lesão em cicatrização na palma da mão. Um estudo comparativo entre as duas técnicas concluiu que os pacientes operados pelas técnicas em que a palma era completamente fechada desenvolveram maior contratura residual⁽¹⁵⁾.

As taxas de complicações e recidivas variam muito, independentemente da técnica empregada^(4, 7, 14, 17, 19). A taxa de recidiva na literatura varia de 28%⁽¹⁹⁾ até 50%^(13, 20). Nos pacientes desta série não houve recidiva até o momento. Acreditamos que esse fato decorre do nosso seguimento pós-operatório médio de 48 meses e de não apresentarmos pacientes jovens, média de 60 anos (extremos de 48 e 75).

Os resultados que obtivemos com a utilização da téc-

nica da palma aberta foram satisfatórios, considerando a gravidade da contratura digital no pré-operatório. Esses resultados são evidenciados tanto pela baixa incidência de complicações, como pelo déficit de extensão residual (30°). Acreditamos que a técnica de McCash é uma excelente alternativa para os casos graves (estágios III e IV) da doença de Dupuytren.

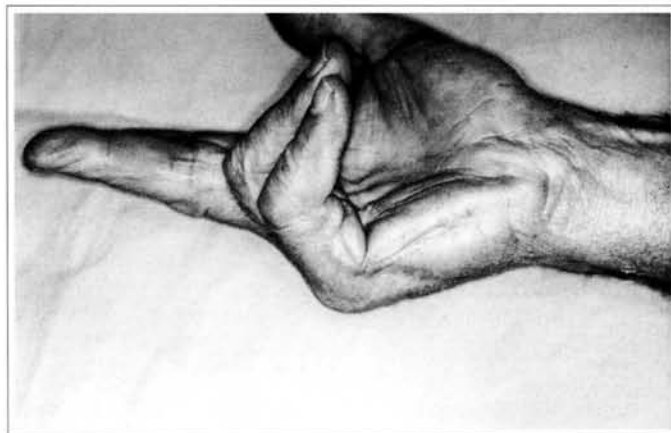


Fig. 7 - Contratura em dedos anular e mínimo.

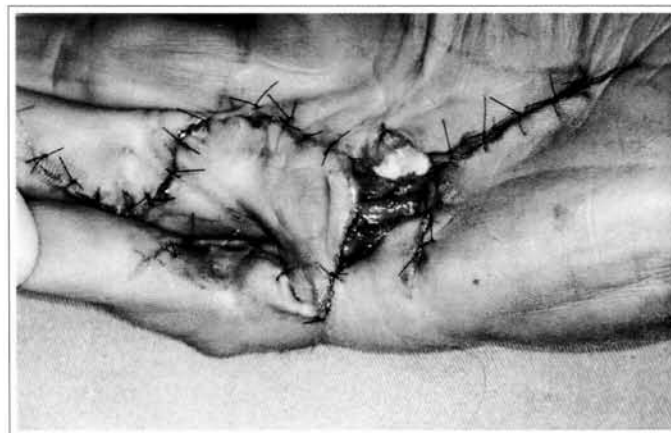


Fig. 8 - Perda de substância e extensão completa em transoperatório.



Fig. 9 - Extensão completa, pequeno déficit em dedo mínimo.

BIBLIOGRAFIA

1. Badalamente M, Hurst L, Sampson SP. Prostaglandins influence myofibroblast contractility in Dupuytren's disease. *J Hand Surg [Am]*. 1988; 13:867-71.
2. Barros F, Barros A, Almeida S. Enfermidade de Dupuytren: Avaliação de 100 casos. *Ver Bras Ortop*. 1997; 32:177-83.
3. Luch JV. Dupuytren's contracture. A new concept of the pathogenesis correlated with surgical management. *J Bone Surg [Am]*. 1959; 41:635-64.
4. McGouther DA. La maladie de Dupuytren, to incise or excise? *J Hand Surg [Br]*. 1988; 13:368-70.
5. Murrel GA, Francis MJ, Bromley L. Free radicals and Dupuytren's contracture. *Br Med J*. 1987; 295:1373-5.
6. Skoog T. Dupuytren's contracture: pathogenesis and surgical treatment. *Surg Clin North Am*. 1967; 47:433-44.
7. Bryan AS, Ghorbal MS. Long term result of closed palmar fasciotomy in the management of Dupuytren's contracture. *J Hand Surg [Br]*. 1988; 13:254-7.
8. Freitas AD, Pardini AG, Neder AT. Contratura de Dupuytren: tratamento pela técnica da palma aberta. *Ver Bras Ortop*. 1997; 32:301-4.
9. Gonzales RI. Open fasciectomy and full-thickness skin graft in the correction of digital flexion deformity. In: Green. *Operative hand surgery*. Edinburgh. Livingstone ed. 1974. p.123-7.
10. Moraes GPN, Chambriard C, Osório L et al. Fasciectomy percutânea na correlação da deformidade da articulação metacarpofalângica na contratura de Dupuytren. *Ver Bras Ortop*. 1996; 31:347-50.
11. Hamlin JRE. Limited excision of Dupuytren's contracture. *Ann Surg*. 1952; 135:94-7.
12. McCash CR. The open palm technique in Dupuytren's contracture. *Br J Plast Surg*. 1964; 17:271-80.
13. Tubiana R, Fahrer M, McCullough MA. Recurrence and other complications in surgery of Dupuytren's contracture. *Clin Plast Surg*. 1981; 8:45-9.
14. Hueston JT. Digital Wolfe grafts in recurrent Dupuytren's contracture. *Plast Reconstr Surg*. 1962; 29:342-4.
15. Lubahn JD, Lister GD, Wolfe T. Fasciotomy and Dupuytren's disease: a comparison between the open palm and wound closure. *J Hand Surg [Am]*. 1984; 9:53-8.
16. Malta MC, Vianna SE, Wolfe T. A técnica da palma aberta na contratura de Dupuytren. *Rev Bras Ortop*. 1984; 19:46-8.
17. Tonkin MA, Burke FD, Varian JPW. Dupuytren's contracture: a comparative study of fasciectomy and dermofasciectomy in one hundred patients. *J Hand Surg [Br]*. 1984; 9:156-62.
18. Schneider LH, Hankin FM, Eisenberg T. Surgery of Dupuytren's disease: a review of the open palm method. *J Hand Surg [Am]*. 1986; 11:23-7.
19. Hueston JT. Recurrent Dupuytren's contracture. *Plast Reconstr Surg*. 1962; 31:66-9.
20. McFarlane RM. Patterns of the diseased fascia in the fingers in Dupuytren's contracture. *Plast Reconstr Surg*. 1974; 54:31-44.