

# Contratura de Dupuytren: tratamento pela técnica da palma aberta\*

AFRÂNIO DONATO DE FREITAS<sup>1</sup>, ARLINDO G. PARDINI JÚNIOR<sup>2</sup>, ANTÔNIO TUFI NEDER FILHO<sup>1</sup>

## RESUMO

Os autores apresentam seus resultados no tratamento da contratura de Dupuytren pela técnica da palma aberta. Foram revistos 14 pacientes, com seguimento médio de três anos e meio. Na opinião dos autores, a técnica apresenta baixos índices de complicações e oferece melhores condições para obter bom resultado.

## SUMMARY

*Dupuytren's contracture: treatment using the open palm technique*

*The authors present the results of the treatment of Dupuytren's contracture using the open palm technique. Fourteen patients were reviewed with an average follow-up of 3.5 years. They concluded the technique has a low rate of complications and offer the best conditions to achieve a good result.*

## INTRODUÇÃO

A despeito de a etiologia e fisiopatologia da contratura de Dupuytren continuarem obscuras, o tratamento tem progredido constantemente. Várias têm sido as técnicas cirúrgicas propostas para correção dessa contratura da fásia palmar e a literatura apresenta bons resultados com todas elas.

Apesar dessa variedade de técnicas cirúrgicas, as complicações no pós-operatório têm sido quase uma constante e entre elas as mais frequentes são: hematoma, necrose da pele, infecção, distrofia simpático-reflexa e rigidez<sup>(2,8,9,13)</sup>.

Baseado nos princípios de tratamento proposto por Dupuytren em 1832, quais sejam: incisão transversa da pele, divisão da fásia doente, uso de *splint* em extensão dos de-

dos após a cirurgia e deixar a ferida aberta para cicatrização por segunda intenção, e associando a facilidade das técnicas cirúrgicas modernas como campo sem sangramento, antibióticos, anestesia e melhor entendimento da cicatrização, McCash propôs o tratamento dessa patologia pela técnica da palma aberta em 1964<sup>(8)</sup>.

Na contratura de Dupuytren o encurtamento da pele, a perda da elasticidade normal, a vitalidade alterada, principalmente após dissecação, favorecem o freqüente desenvolvimento de necrose marginal, especialmente quando na presença de hematoma, edema e tensão na sutura, o que proporciona infecção, dor, espasmo muscular, edema e contratura articular<sup>(7,8)</sup>. Com a utilização da técnica proposta por McCash, essas complicações são minoradas à medida que não existe tensão na sutura, há ausência de hematoma, ausência de infecção profunda, baixa incidência de dor e, o que é mais importante, permite liberdade de movimentos<sup>(2,8)</sup>.

O objetivo em qualquer tratamento adotado deve ser correção da deformidade e retorno da função normal da mão<sup>(11)</sup> e para isso menor taxa de complicação é fundamental.

Poucos foram os trabalhos apresentados na literatura em que encontramos estudo comparativo entre a técnica da palma aberta e as técnicas com fechamento da ferida, mas nas publicadas verificamos que a técnica da palma aberta proporciona menor incidência de complicações e melhores resultados<sup>(2,6,11)</sup>.

Depois de 1987, começamos também a utilizar essa técnica em nosso serviço, associada a assistência constante no período de reabilitação, com confecção de órteses estáticas e dinâmicas, além de orientação fisioterápica intensa.

## CASUÍSTICA E MÉTODOS

Nossa casuística consta de 14 pacientes operados entre 1988 e 1995, com seguimento médio de 3,5 anos (seis meses a 80 meses). Dos 14 pacientes operados, dez compareceram para revisão, representando 22 dedos acometidos com alguma forma de flexão da metacarpofalângiana (MF) ou da in-

\* Trab. realiz. nos Hospitais Ortopédico/AMR e Belo Horizonte.

1. Cirurgião de Mão dos Hospitais Ortopédico/AMR e Belo Horizonte.

2. Chefe do Serviço de Cirurgia da Mão dos Hospitais Ortopédico/AMR e Belo Horizonte.



Fig. 1 - Pré-operatório

terfalangiana proximal (IFP), por ação da corda fibrosa ou apenas por contratura do tecido palmar, assim distribuídos: polegar, um; indicador, dois; médio, quatro; anular, oito; e mínimo, sete. A idade média dos pacientes era de 61,3 anos (40 a 82 anos), sendo a série constituída de oito do sexo masculino e dois do feminino. O tempo de patologia variou de um a 20 anos, com média de seis anos.

A indicação para cirurgia foi a presença do *table top test* de Hueston positivo ou qualquer grau de flexão da IFP. A incisão utilizada foi transversa na prega palmar distal com prolongamentos da exposição através das incisões de Brunner, deixando no final do procedimento a incisão transversa aberta.

Os critérios utilizados na avaliação foram: o tempo de cicatrização e de retorno ao trabalho, o ganho da amplitude de movimento (ADM) na MF e na IFP, a qualidade da cicatriz e a satisfação pessoal do paciente com o procedimento. Fizemos também um levantamento das complicações que ocorreram.

## RESULTADOS

No pós-operatório, todos os pacientes foram estimulados a mobilizar os dedos no dia subsequente ao da cirurgia e, surpreendentemente, apenas um não foi capaz de seguir o programa estabelecido de reabilitação, o que se deveu à presença de dor, infecção superficial e distrofia simpático-reflexa. Tivemos ainda outro paciente, também do sexo feminino, que desenvolveu distrofia simpático-reflexa grau *minus*, mas que não a impediu de executar as atividades requeridas.

O tempo de cicatrização variou de 15 a 45 dias (média de 25,7 dias) e o retorno ao trabalho ocorreu por volta de 35 dias (15 a 60 dias). A qualidade da cicatriz é plana e sem



Fig. 2 - Primeiro dia pós-operatório. Flexão.

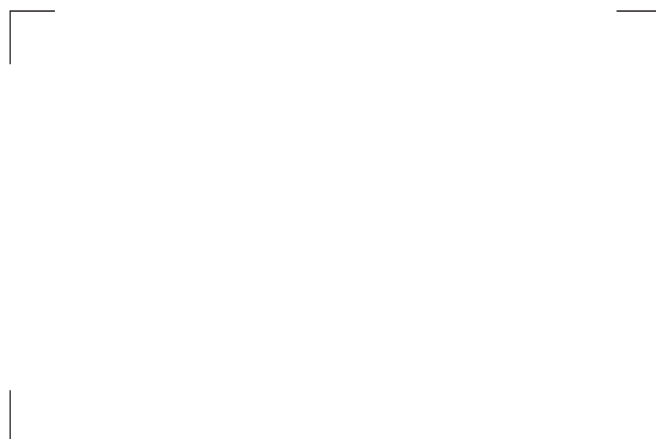


Fig. 3 - Primeiro dia pós-operatório. Extensão.

fibrose, com exceção de dois casos em que tivemos retração cicatricial.

O déficit da extensão no pré-operatório da MF era de -44 graus (-20 a -90 graus) e no pós-operatório obtivemos média de -1,5 grau (-30 a 0 grau). Em relação à IFP, no pré-operatório a ADM média apresentava déficit de -43 graus (-90 a -10 graus) na extensão e no pós-operatório o déficit passou para -36 graus (-50 a 0 grau).

**TABELA 1**  
**Ganho de ADM de extensão no pós-operatório**

MF: -20 graus ⇒ 0 grau	IFP: -10 graus ⇒ 0 grau
-44 graus ⇒ -1,5 grau	-43 graus ⇒ -36 graus
-90 graus ⇒ -30 graus	-90 graus ⇒ -50 graus

## DISCUSSÃO

Após a descrição da técnica da palma aberta por McCash, vários trabalhos foram apresentados na literatura com bons



**Fig. 4** – Segunda semana de pós-operatório. Flexão ativa.



**Fig. 5** – Segunda semana de pós-operatório. Extensão ativa.



**Fig. 6** – Segunda semana de pós-operatório. Uso do “splint”. Flexão.



**Fig. 7** – Segunda semana de pós-operatório. Uso do “splint”. Extensão.

resultados com seu uso<sup>(2,6,10,11)</sup>. Considerando que a ferida aberta não dá lugar à formação de hematoma, evita tensão na sutura, permite e preconiza mobilização precoce, o que é favorecido pela quase ausência de dor<sup>(7,8)</sup>, recuperação mais rápida deve ser alcançada.

A despeito de tempo ligeiramente mais dilatado para a cicatrização da ferida, o período de afastamento do trabalho é praticamente o mesmo, já que a média de retorno às atividades com o uso de outras técnicas é de mais ou menos 30 dias<sup>(6)</sup>.

Apesar da parcimônia de alguns autores, temos indicado a técnica quase que de forma constante, pois acreditamos que tanto para os jovens como para os mais velhos, assim como para as contraturas mais acentuadas e as menores, o índice de complicações será sempre menor que o das outras técnicas, conforme demonstram os estudos comparativos já realizados. Mesmo sabendo que para os pacientes mais jovens o uso de enxerto de pele previne de alguma forma a probabili-



**Fig. 8** – Dois anos de pós-operatório. Resultado final.

dade de recidiva<sup>(2,4,5)</sup>, em nossa série esta não ocorreu, apesar de o seguimento não ser dos mais longos. Portanto, não vemos razão para sua não indicação em todas as formas cirúrgicas da contratura de Dupuytren.

Em relação aos resultados do tratamento cirúrgico das IFP acometidas pela contratura de Dupuytren, de modo geral estes são pobres, independentemente da técnica utilizada<sup>(1,2,5,10,12)</sup>. Mas mesmo nesta articulação, quando se emprega a técnica da palma aberta, o progresso na extensão é mais significativo do que com outras técnicas também utilizadas para a correção dessa contratura<sup>(2,5)</sup>.

## CONCLUSÃO

A técnica apresenta resultados gratificantes com baixo índice de complicação. Para obter bons resultados, deve-se ter vigilância constante no pós-operatório e assistência fisioterápica adequada, com utilização de órteses apropriadas e estímulo para mobilização ativa desde o pós-operatório imediato. O resultado obtido na IFP, apesar de pobre, não fala contra a técnica, já que em qualquer técnica utilizada, como já mencionado, o êxito não é significativo.

## REFERÊNCIAS

1. Andrew, J.G.: Contrature of the proximal interphalangeal joint in Dupuytren's disease. *J Hand Surg [Br]* 16: 446-448, 1991.
2. Foucher, G., Cornil, C. & Lenoble, E.: La technique de la "plaie ouvert" dans la maladie de Dupuytren. *Chirurgie* 118: 189-196, 1992.
3. Gelberman, R.H., Penagis, J.S., Hergenroedes, P.T. et al: Wound complications in the surgical management of Dupuytren's contracture: a comparison of operative incisions. *Hand* 14: 248-258, 1982.
4. Gonzales, R.I.: Open fasciotomy and full thickness skin graft in the correction of digital flexion deformity. *GEM Monography* 1: 123-128, 1974.
5. Hueston, J.T.: Digital Wolfe grafts in recurrent Dupuytren's contracture. *Plast Reconstr Surg* 29: 342-344, 1962.
6. Lubahn, J.D., Lister, G.D. & Wolfe, T.: Fasciectomy and Dupuytren's disease: a comparison between the open palm and wound closure. *J Hand Surg [Am]* 9: 53-58, 1984.
7. Malta, M.C., Vianna, S.E. & Schott, P.C.: A técnica da palma aberta na contratura de Dupuytren. *Rev Bras Ortop* 19: 46-48, 1984.
8. McCash, C.R.: The open palm technique in Dupuytren's contracture. *Br J Plast Surg* 17: 271-280, 1964.
9. Michon, F.: Operative difficulties and postoperative complications in the surgery of Dupuytren's contracture. *GEM Monography* 1: 101-107, 1974.
10. Rives, K., Gelberman, R., Smith, B. et al: Severe contractures of the proximal interphalangeal joint in Dupuytren's disease: results of a prospective trial of operative correction and dynamic extension splinting. *J Hand Surg [Am]* 17: 1153-1158, 1992.
11. Schneider, L.H., Hankin, F.M. & Eisenberg, T.: Surgery of Dupuytren's disease: a review of the open palm method. *J Hand Surg [Am]* 11: 23-27, 1986.
12. Tonkin, M.A., Burke, F.D. & Varian, J.P.W.: The proximal interphalangeal joint in Dupuytren's disease. *J Hand Surg [Br]* 10: 358-364, 1985.
13. Tubiana, R.: The principles of surgical treatment of Dupuytren's contracture. *GEM Monography* 1: 123-128, 1974.