

Doença de Dupuytren

Doença de Dupuytren: cordões firmes na palma da mão puxam os dedos para baixo.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A doença de Dupuytren começa como um pequeno caroço, ou nódulo, na palma da mão. Em geral, não dói, ou fica apenas um pouco sensível no início. Com o tempo, pode se formar uma corda firme sob a pele da palma, em direção a um ou mais dedos. A corda vai se apertando lentamente e puxa o dedo afetado para baixo, em direção à palma, de modo que o dedo não estica totalmente. O anelar e o mindinho são os dedos afetados com mais frequência.

A condição é progressiva, o que significa que continua mudando com o tempo, mas o ritmo é diferente para cada pessoa. Algumas pessoas percebem pouquíssima mudança ao longo de anos. Em outras, o repuxamento piora ao longo de meses. Você pode perceber isso primeiro ao acordar, quando o dedo fica rígido e demora para esticar. Sacudir a mão para soltá-la pode ajudar no início. À medida que a corda se aperta, tarefas do dia a dia que exigem a palma plana ou uma pegada ampla ficam difíceis: apoiar a mão aberta sobre uma mesa, apertar a mão de alguém, segurar o volante, segurar um martelo ou uma raquete de tênis, ou enfiar a mão em um bolso ou em uma luva.

O principal problema geralmente não é a dor. É perder a capacidade de abrir a mão por completo, e a frustração de ver um dedo se curvar para dentro. Recuperar a função da mão é o principal motivo pelo qual as pessoas buscam tratamento.

Alguns sinais de alerta exigem ação rápida, em vez de esperar. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a sua mão ficar quente, vermelha, inchada e dolorida, principalmente se houver febre, ou se os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados, ou se você perder subitamente a sensibilidade ou o movimento da mão. Consulte seu médico de família ou peça uma avaliação especializada se os sintomas não estiverem melhorando, estiverem piorando ao longo de semanas, acordarem você à noite ou impedirem você de trabalhar ou de usar a mão.

O que está realmente acontecendo

Sob a pele da palma da mão existe uma camada de tecido resistente e elástico chamada fásia palmar. Pense nela como uma rede macia de fibras que prende a pele às estruturas mais profundas da mão e ajuda a palma a agarrar e segurar objetos. Na doença de Dupuytren, essa rede começa a engrossar e a ficar tensa. As células do tecido passam a produzir colágeno em excesso, a fibra que normalmente dá resistência à fásia, e as fibras se alinham na direção do repuxamento, em vez de continuarem espalhadas.

À medida que o tecido engrossado amadurece, ele encurta e forma uma corda. Essa corda é o que você consegue sentir sob a pele da palma. Ela se comporta como uma corda sendo recolhida lentamente por um guincho. Como a corda se prende ao dedo, ela puxa o dedo para baixo, em direção à palma, primeiro na articulação da base e depois na articulação média do dedo. O dedo em si e os seus tendões são saudáveis. O problema é a fásia encurtada, que o mantém dobrado.

A corda não afeta todas as partes da mão da mesma forma. O polegar não tem uma faixa central dessa fásia, e é por isso que ele raramente é afetado. O anelar e o mindinho ficam na área em que a doença é mais ativa, e é por isso que são afetados com mais frequência.

Vale a pena saber várias coisas sobre essa condição. A causa exata não é bem compreendida e envolve processos complexos no nível das células. Lesões ou cirurgias na mão, incluindo esforço mecânico repetido, estão associadas ao surgimento da condição. A cirurgia remove a corda que já se formou, mas não elimina o processo da doença por trás dela, por isso a corda pode voltar com o tempo. É por isso que o tratamento muitas vezes é feito em etapas, e não de uma só vez.

Mesmo depois que uma corda é liberada, as alterações continuam por algum tempo. A parte da contratura mais próxima da palma se acomoda ao longo de até seis meses. A parte mais próxima do dedo pode nunca desaparecer totalmente e pode voltar a progredir se continuar sendo puxada pelo tecido doente que restou.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo seu médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Na sua consulta, colhemos o histórico, examinamos a sua mão e solicitamos exames de imagem apenas se eles forem mudar o plano. A doença de Dupuytren geralmente é diagnosticada pelo próprio exame.

Como a corda se aperta lentamente, o tratamento muitas vezes é feito em etapas, e não de uma só vez. Nas fases iniciais, quando o nódulo é macio e o dedo ainda estica, podemos simplesmente observar e ver como ele se comporta ao longo de meses. A terapia da mão pode ajudar você a manter a mão em movimento e funcionando bem enquanto a doença está quieta. Se um dedo começou a se curvar, é importante mantê-lo alongado e com mobilidade, porque quanto mais tempo uma deformidade progride, maior a chance de a contratura se tornar permanente.

Quando um dedo não estica, existem procedimentos que liberam ou removem a corda. O menos invasivo é a liberação com agulha, em que uma agulha fina é usada para cortar a corda através da pele. Ela pode trazer uma melhora duradoura, inclusive em mãos com doença mais avançada. Algumas cordas também podem ser tratadas com uma pequena liberação aberta, por meio de uma incisão curta. Quando a doença está mais estabelecida, a cirurgia remove a corda e a fâscia afetada, a camada de tecido sob a pele da palma. Na doença avançada, remover a pele afetada e substituí-la por um enxerto de pele torna menos provável que o tecido volte. Vamos conversar sobre qual opção se adequa à sua mão e tomar a decisão juntos.

O momento certo importa. A cirurgia costuma ser considerada quando a articulação da base está dobrada em 30 graus ou mais, ou quando a articulação média do dedo apresenta qualquer grau de dobra. A articulação média é tratada mais cedo do que a da base porque tem uma tendência especial a ficar permanentemente rígida na posição dobrada. Esticar um dedo melhora a função da mão, e a articulação média contribui mais para isso do que a da base.

Após qualquer um desses procedimentos, a terapia da mão é fundamental para que a sua mão volte a funcionar bem. A reabilitação após a cirurgia da mão é feita com a Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. A Ruby é terapeuta da mão: ela orienta a sua terapia e faz qualquer tala de que você precise.

O que esperar

A doença de Dupuytren evolui no seu próprio ritmo. Algumas pessoas percebem pouca mudança ao longo de anos, enquanto em outras o repuxamento piora ao longo de meses. Ela não desaparece sozinha e não se desliga depois que uma corda se forma. A parte da contratura mais próxima da palma se acomoda ao longo de até seis meses, mas a parte mais próxima do dedo pode nunca desaparecer totalmente e pode voltar a progredir.

Esticar um dedo faz uma diferença real no funcionamento da sua mão. Recuperar a função da mão é o principal motivo pelo qual as pessoas buscam tratamento, e corrigir a deformidade traz um ganho significativo no que a sua mão consegue fazer. A articulação média do dedo contribui mais para isso do que a articulação da base, e é por isso que ela é tratada mais cedo.

A recorrência faz parte da evolução natural dessa doença, qualquer que seja o tratamento escolhido. Nenhum tratamento atual interrompe o processo por trás dela; todos atuam sobre a corda que ele já formou. Após uma liberação com agulha, a maioria das pessoas que têm recorrência a apresenta em cerca de 2,3 anos. Após a cirurgia para remover a corda, cerca de um quarto das pessoas tem recorrência, em média após 3,7 anos. Quando a pele afetada é removida e substituída por um enxerto, a recorrência nessa área é muito menos provável. Se a doença voltar, é possível tratá-la novamente, embora uma nova cirurgia seja mais difícil e tenha mais riscos do que a primeira operação.

A maioria das complicações após o tratamento pode ser resolvida com cuidados precoces. As duas que os cirurgiões da mão mais discutem são a recorrência e a rigidez. A rigidez, principalmente na articulação média do dedo, é o motivo pelo qual o tratamento precoce importa: uma articulação que fica dobrada por tempo demais pode ficar permanentemente rígida nessa posição. Se a sua mão ficar quente, vermelha, inchada e dolorida, principalmente se houver febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia. Se os sintomas não estiverem melhorando

ou estiverem piorando ao longo de semanas, consulte seu médico de família ou peça uma avaliação especializada.

Após qualquer procedimento, a terapia da mão é fundamental para que a sua mão volte a funcionar bem. A reabilitação após a cirurgia da mão é feita com a Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. A Ruby é terapeuta da mão: ela orienta a sua terapia e faz qualquer tala de que você precise.

Quando procurar ajuda médica

A maioria das pessoas com doença de Dupuytren busca tratamento porque está perdendo a função da mão, e não por causa da dor. Peça uma avaliação especializada se um nódulo ou uma corda na palma da mão estiver piorando ao longo de semanas, se um dedo não esticar totalmente ou se as alterações impedirem você de trabalhar ou de usar a mão. A condição é progressiva, mas o ritmo é diferente para cada pessoa, por isso vale a pena avaliar a sua mão em vez de esperar para ver até onde ela vai. Crianças também podem desenvolver um nódulo na palma ou um dedo dobrado, e isso também precisa ser avaliado. Se você já fez tratamento para dedo em gatilho, fique atento à palma da mão, porque a doença de Dupuytren pode surgir depois. Vá ao pronto-socorro no mesmo dia se a sua mão ficar quente, vermelha, inchada e dolorida, principalmente se houver febre, ou se os seus dedos ficarem pálidos, frios, brancos ou azulados.

Em maior profundidade

Esta seção aborda temas que vão além do necessário para suas próprias decisões de tratamento. A doença de Dupuytren merece essa leitura adicional, pois a escolha entre os tratamentos não se trata, na verdade, de decidir qual deles é mais eficaz; é uma escolha sobre qual padrão de recorrência e risco você preferiria enfrentar.

A BASE DE EVIDÊNCIAS É MAIS FRACA DO QUE A CONFIANÇA QUE SE DEPOSITA NELA

Vale a pena começar por aqui. Uma revisão publicada no Bone & Joint Journal concluiu que ainda existem **evidências limitadas** para orientar o tratamento da contratura de Dupuytren; contudo, observou-se que a aponeurotomia percutânea com agulha tende a gerar maior satisfação do paciente, além de menos eventos adversos [1].

Isso deve servir para moderar quaisquer recomendações muito enfáticas que você receba. A condição é comum, os tratamentos são bem consolidados, e os ensaios comparativos capazes de esclarecer a questão praticamente não foram realizados.

O QUE A COLAGENASE REALMENTE OFERECE

A injeção de colagenase, que dissolve a corda fibrosa em vez de cortá-la, modificou rapidamente as práticas clínicas. Uma revisão envolvendo **2.675** pacientes demonstrou que o método é seguro e eficaz para melhorar a função da mão; a maioria dos eventos adversos foi leve e resolveu-se espontaneamente [2].

Essa mesma revisão traz o número crucial para a definição de expectativas: **23%** das articulações tratadas com sucesso acabaram apresentando recorrência [2]. Nesse caso, a recorrência não representa um fracasso do

tratamento; é simplesmente a evolução natural da doença. A doença de Dupuytren é um processo biológico na palma da mão, e nenhum tratamento atual consegue interrompê-lo; todos apenas atuam sobre a corda fibrosa já formada.

COMPARANDO OS RISCOS DE FORMA HONESTA

A contrapartida da cirurgia não é que uma opção seja segura e a outra não, mas sim que cada uma apresenta tipos diferentes de complicações. Ao comparar o uso da colagenase com a fasciectomia em **8.809** pacientes, observou-se que eventos adversos associados à colagenase – mas não relatados após a fasciectomia – incluíram edema periférico, dor nos membros e reações no local da injeção [3].

Leia isso com atenção: esses são os problemas *adicionais* que podem ocorrer, sendo na maioria dos casos transitórios e localizados. A injeção evita, por sua vez, a necessidade de uma incisão cirúrgica na palma da mão, o que implica um período de recuperação mais longo, maior risco de rigidez e formação de cicatrizes. Em contrapartida, a cirurgia permite a remoção mais completa do tecido doente, resultando, em geral, em um intervalo maior até a recorrência da doença.

Portanto, a decisão deve ser tomada de forma pessoal. Um paciente que não pode se dar ao luxo de ficar sem usar a mão por várias semanas tem motivos suficientes para optar pela injeção, mesmo sabendo que a recorrência da doença é mais provável. Já um paciente mais jovem com doença agressiva pode, de forma razoável, aceitar uma cirurgia mais extensa uma única vez, em vez de submeter-se a procedimentos menores repetidamente.

A PRÁTICA CLÍNICA EVOLUIU ANTES MESMO DE HAVER EVIDÊNCIAS CONSOLIDADAS

Desde a introdução da colagenase até os anos subsequentes, seu uso aumentou significativamente nos Estados Unidos, acompanhado por uma redução na proporção de pacientes submetidos a fasciotomia e fasciectomia. A idade do paciente e suas comorbidades influenciam a escolha do tratamento [4].

Essa informação é útil ao ouvir um médico dizer o que “geralmente é feito”. O que é considerado padrão de cuidado mudou bastante num período de apenas uma década, apesar de as evidências científicas, conforme descrito nas revisões acima, serem limitadas. Por isso, é importante questionar por que determinada opção terapêutica está sendo recomendada para você, em vez de presumir que a prática atual reflita um consenso científico consolidado.

REFERÊNCIAS

[1] Soreide E, Murad MH, Denbeigh JM, Lewallen EA, Dudakovic A, Nordsletten L, et al. Tratamento da contratura de Dupuytren: uma revisão sistemática. Bone Joint J. 2018;100-B(9):1138-45. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.100B9.BJJ-2017-1194.R2>

[2] Sandler AB, Scanaliato JP, Dennis T, Gonzalez Trevizo GA, Raiciulescu S, Nesti L, et al. Tratamento da contratura de Dupuytren com colagenase: uma revisão sistemática. Hand (N Y). 2021;17(5):815-24. <https://doi.org/10.1177/1558944720974119>

- [3] Peimer CA, Wilbrand S, Gerber RA, Chapman D, Szczypa PP. Segurança e tolerabilidade da colagenase *Clostridium histolyticum* e da fasciectomia no tratamento da contratura de Dupuytren. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(2):141-9. <https://doi.org/10.1177/1753193414528843>
- [4] Lipman MD, Carstensen SE, Deal DN. Tendências no tratamento da doença de Dupuytren nos Estados Unidos entre 2007 e 2014. Hand (N Y). 2016;12(1):13-20. <https://doi.org/10.1177/1558944716647101>