CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Excisão de tumor glômico

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

Por que esta cirurgia foi recomendada

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, trata os tumores glômicos removendo-os por completo depois que o diagnóstico é confirmado. Geralmente, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para que você tenha direito ao reembolso do Medicare. Um tumor glômico é um crescimento pequeno e raro no tecido mole da ponta do dedo, geralmente sob a unha ou ao lado dela. Ele não é um câncer. É uma das condições mais dolorosas que podem afetar a mão, e causa muito mais problemas do que o seu tamanho sugere. A maioria das pessoas tem uma dor aguda que vai e volta, e dor quando o local é pressionado. O frio também pode desencadear a dor.

Depois que o exame físico, a radiografia e a ressonância magnética confirmam o diagnóstico, a remoção é o tratamento. Não existe tratamento não cirúrgico que remova um tumor glômico; por isso, não pedimos que você tente outras opções primeiro. A remoção cuidadosa de todo o tumor quase sempre traz alívio permanente, e a dor geralmente desaparece imediatamente. A função normal volta em poucas semanas. Vamos conversar com você sobre os achados do seu exame de imagem e decidir juntos se esta operação é a certa para você.

Antes da operação

Depois que o exame físico, a radiografia e a ressonância magnética confirmarem o diagnóstico, a sua cirurgia será agendada como cirurgia ambulatorial sob anestesia geral, então você vai para casa no mesmo dia. Você vai precisar parar de comer e beber sete horas antes da sua operação. Pedimos sete horas em vez de seis para que a sua cirurgia possa ser antecipada caso a agenda do centro cirúrgico ande mais rápido. O seu cirurgião dirá quais dos seus medicamentos habituais você deve deixar de tomar no dia. Leve uma lista de tudo o que você toma e providencie alguém para levar você para casa. Use roupas largas e confortáveis. Se você tiver outros problemas de saúde, pode precisar de exames de sangue ou de uma avaliação com o anestesista, mas a maioria das pessoas não precisa de nenhum dos dois.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

No dia da cirurgia

No dia da sua operação, você se apresenta à unidade de admissão cirúrgica do hospital. Lá, você será registrado e preparado para a sala de operações. Você vai conhecer o anestesista, que vai cuidar de você durante a operação. Esta cirurgia é realizada sob anestesia geral. Você estará totalmente adormecido durante a operação. Alguns pacientes também podem receber um bloqueio nervoso regional para alívio da dor no pós-operatório; o anestesista decide no próprio dia, com base nas suas circunstâncias individuais.

Em seguida, você é levado à sala de operações, onde o seu cirurgião remove o tumor. Quando a operação termina, você acorda na sala de recuperação. Os enfermeiros vão acompanhar você ali enquanto a anestesia vai passando. Quando estiver estável, você será encaminhado para o quarto ou irá para casa, dependendo do procedimento e de como a sua recuperação estiver evoluindo.

O que envolve a operação

A operação remove o tumor por meio de uma pequena incisão na ponta do seu dedo. O local do corte depende do que a sua ressonância magnética mostra. Se o tumor estiver no centro do leito ungueal, o seu cirurgião levanta a unha, abre o leito ungueal sobre o tumor e repara o leito ungueal com pontos. A unha é então recolocada no lugar, onde funciona como uma tala durante a cicatrização. Se o tumor estiver mais para a lateral da unha, o seu cirurgião chega até ele por um corte ao longo da lateral da ponta do dedo, por baixo do leito ungueal, sem abrir o próprio leito ungueal.

O seu cirurgião trabalha com cuidado para remover todo o tumor. O tecido removido é enviado ao laboratório, onde é analisado para confirmar o diagnóstico. A ferida é então fechada com pontos.

Depois, o seu dedo fica com um curativo leve. Você não precisa de tala.

Após a operação

Você acordará na sala de recuperação, onde os enfermeiros acompanham você enquanto a anestesia vai passando. Esta é uma cirurgia ambulatorial; por isso, você irá para casa no mesmo dia. A dor do tumor geralmente desaparece imediatamente; a própria ferida fica dolorida por uma ou duas semanas, e analgésicos simples geralmente são suficientes. O seu dedo terá um curativo leve e nenhuma tala. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que lhe digamos para fazê-lo. Nós o trocamos ou removemos quando vemos você. Você pode usar a mão para tarefas leves desde já. Peça a alguém para ficar com você nas primeiras 24 horas. Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, vermelhidão que se espalha ao redor da ferida, saída de líquido ou pus por ela, ou dor que continua piorando apesar dos analgésicos.

Recuperação

A dor profunda e aguda do tumor geralmente desaparece imediatamente. O que você sente depois é a própria ferida: dolorida por uma ou duas semanas, com algum inchaço e sensibilidade ao redor da ponta do dedo. Analgésicos simples geralmente são suficientes para manter você confortável. Manter a mão elevada sobre uma almofada quando estiver descansando ajuda a diminuir o inchaço.

Você pode usar a mão para tarefas leves desde já, e não vai usar tala. O seu dedo tem um curativo leve que fica até que vejamos você. Depois que o curativo for retirado, movimentar o dedo suavemente evita que ele fique rígido. A terapia da mão após a cirurgia é feita com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Ruby é terapeuta da mão: ela vai orientar os seus exercícios e confeccionar qualquer tala de que você precise, embora a maioria das pessoas precise de pouco mais do que um uso suave da mão em casa.

O trabalho de escritório e as atividades leves geralmente voltam à sua rotina quando a ferida estiver confortável. A direção volta mais ou menos na mesma época, quando você conseguir segurar e girar o volante sem proteger a mão. Veja a nossa página sobre dirigir após cirurgia no membro superior para mais detalhes. Segurar objetos com força, trabalhos mais pesados e esportes voltam à medida que a ponta do dedo deixa de ficar sensível, e a maioria das pessoas recupera a função normal em poucas semanas.

Se a unha foi levantada durante a operação, uma unha nova cresce ao longo de vários meses. A recuperação varia de pessoa para pessoa, e o seu cronograma pode ser diferente. Vamos acompanhar você ao longo do caminho e orientar você em cada etapa.

O que pode dar errado

A maioria dos pacientes se recupera bem, mas, ocasionalmente, podem surgir problemas. O seu cirurgião e a equipe o monitoram de perto para detectar qualquer problema precocemente.

Os dois problemas que são vigiados após esta operação são o retorno do tumor e uma alteração na forma como a unha nova cresce.

Se o tumor voltar, você perceberia o retorno da dor antiga: uma dor profunda e aguda no mesmo local, desencadeada pela pressão ou pelo frio. Isso geralmente acontece porque um pequeno pedaço do tumor ficou para trás, ou porque havia um segundo tumor minúsculo o tempo todo. Ligue para a clínica se a dor que você tinha antes da operação voltar. Vamos investigar e, se necessário, solicitar um exame de imagem para descobrir o que está acontecendo.

Se o leito ungueal foi aberto durante a operação, a unha nova pode crescer com uma saliência ou uma rachadura. Você verá isso à medida que a unha crescer, nos meses após a cirurgia, como uma linha, uma saliência ou uma rachadura na superfície da unha. Se notar isso, mencione na sua próxima consulta de acompanhamento. Isso afeta a aparência da unha, e há formas de ajudarmos se isso incomodar você.

A tabela de complicações nesta página lista as taxas típicas, caso queira conhecer os detalhes.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Quando nos contatar

A maioria dos problemas é fácil de resolver quando é detectada cedo. Veja a seguir os sinais a observar.

Vá ao pronto-socorro se tiver inchaço ou dor na panturrilha, falta de ar ou dor no peito. Esses podem ser sinais de um coágulo sanguíneo. Vá ao pronto-socorro se os seus dedos, a sua mão ou o seu polegar ficarem pálidos, frios, brancos, azulados ou escuros, pois isso pode indicar um problema de circulação do sangue.

Ligue para a clínica no mesmo dia se tiver febre, vermelhidão que se espalha ao redor da ferida, ou saída de líquido ou pus por ela. Ligue para a clínica no mesmo dia se a dor continuar piorando apesar dos analgésicos.

Se você recebeu um bloqueio nervoso, dormência e fraqueza nas primeiras 24 horas são esperadas. Ligue para a clínica se elas não tiverem passado após cerca de 24 horas. Ligue para a clínica se não conseguir mexer o braço, a mão ou os dedos.

Se não conseguir falar com a clínica, fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa para as suas próprias decisões de tratamento. A operação merece uma leitura mais aprofundada porque os seus dois resultados que importam, um tumor que não volta e uma unha que cresce normalmente, puxam o cirurgião em direções opostas, e as séries publicadas mostram esse equilíbrio com clareza.

DUAS VIAS DE ACESSO, E O EQUILÍBRIO ENTRE ELAS

Um tumor sob a unha pode ser alcançado de duas formas principais [1]:

- **Através da unha (transungueal).** A unha é levantada, o leito ungueal é aberto diretamente sobre o tumor, o tumor é removido sob visão direta e o leito ungueal é reparado. A visão é a melhor possível, mas o leito ungueal foi cortado.
- **Pela lateral (preservando a unha).** Uma incisão ao longo da lateral da ponta do dedo levanta o leito ungueal do osso como um retalho, e o tumor é removido por baixo. O leito ungueal não é cortado, mas a visão de um tumor no centro da unha é mais limitada.

As séries se distribuem dos dois lados desse equilíbrio. Em **19** pacientes tratados pela lateral ao longo de **29** anos, não houve deformidades da unha, mas a taxa de recorrência foi de **15,7%** [2]. Em **53** pacientes tratados com acesso lateral para tumores perto da borda e acesso através da unha para os centrais, não houve recorrências; linhas finas no sentido do comprimento apareceram na unha nova em **10** (**18,9%**), todas após o acesso através da unha e todas com impacto estético mínimo [3]. Num estudo multicêntrico com **72** pacientes, o acesso que preserva a unha **não** reduziu a taxa de alterações da unha, e nenhum fator previu a recorrência de forma confiável [4].

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Essa é a base para escolher de acordo com o local, que é o que faz a operação descrita nesta página: a ressonância magnética mostra onde o tumor está, um tumor periférico é alcançado pela lateral e um central, através da unha.

POR QUE OS TUMORES VOLTAM

A recorrência após a remoção fica em cerca de **3 a 7%** nas séries modernas maiores: **5 de 72** (**6,9%**) no estudo multicêntrico [4] e **2 de 73** (**2,7%**) numa série do Reino Unido [5]. Duas coisas diferentes são chamadas de recorrência.

- **Tumor que ficou para trás.** Na série do Reino Unido, o laboratório relatou tumor na borda da amostra em **11 de 73** (**15%**), mas apenas **2** pessoas tiveram recorrência depois [5]. Numa série de Singapura, **3** tumores com margens comprometidas não recorreram de forma alguma [6]. Um laudo de remoção incompleta, portanto, não é o mesmo que um tumor que vai voltar.
- **Um segundo tumor.** Numa série de **12** pacientes, todas as **5** recorrências surgiram em locais novos e separados, e não no local original, o que aponta para pequenos segundos tumores não encontrados na primeira operação, e não para um novo crescimento [7].

Por isso, a dor recorrente justifica repetir a ressonância magnética antes de qualquer segunda operação, para procurar um tumor novo, além do que tiver restado do antigo.

CUIDANDO DA UNHA

A unha cresce a partir da matriz, sob a dobra de pele na base da unha, e o leito ungueal a guia para a frente. Um corte no leito ungueal que cicatriza com um degrau ou uma cicatriz pode aparecer como uma saliência ou uma rachadura na unha nova. Recolocar a lâmina da unha sobre um leito ungueal cuidadosamente reparado funciona como uma tala enquanto ele cicatriza. Numa série antiga, **2** pacientes operados sem que a unha fosse recolocada desenvolveram uma unha rachada, enquanto nenhum dos **4** em que ela foi recolocada desenvolveu [8]. A unha nova leva meses para crescer por completo: até cerca de **10 meses** numa série [9].

COMO SÃO OS OUTROS RISCOS

- **Ponta do dedo dormente ou sensível.** Dormência na ponta do dedo ocorreu após **2 de 72** operações (**2,8%**) [4]. Após um retalho lateral, **11 de 24** pessoas notaram uma leve dormência sobre a própria cicatriz ao tocá-la, sem outros problemas [10]. Uma terminação nervosa dolorosa (neuroma) surgiu em **1 de 73** [5].
- **Dor persistente sem recorrência. 3 de 53** pessoas ainda tinham alguma dor sem nenhum sinal de retorno do tumor [3].
- **Infecção.** Uma infecção superficial ocorreu após **2 de 53** operações [3].

O QUE ISSO SIGNIFICA PARA A SUA DECISÃO

- A remoção é o tratamento, e o alívio geralmente é imediato.
- A via de acesso é escolhida com base no exame de imagem, para equilibrar uma remoção completa e a preservação da unha. Nenhuma das vias elimina todo o risco de alteração da unha ou de retorno da dor.
- Um laudo do laboratório indicando tumor na borda não significa que o tumor vai voltar.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

- Se a dor voltar, um segundo tumor pequeno é uma causa comum, e geralmente ele pode ser encontrado e removido.

REFERÊNCIAS

[1] Falcone MO, Asmar G, Chassat R. Subungual glomus tumor. Hand Surg Rehabil. 2024;43S:101607. https://doi.org/10.1016/j.hansur.2023.10.001

[2] Vasisht B, Watson HK, Joseph E, Lionelli GT. Digital glomus tumors: a 29-year experience with a lateral subperiosteal approach. Plast Reconstr Surg. 2004;114(6):1486-9. https://doi.org/10.1097/01.prs.0000138752.36175.d5

[3] Madhar M, Bouslous J, Saidi H, Fikry T, Schuind F. Which approach is best for subungual glomus tumors? Transungual with microsurgical dissection of the nail bed or periungual? Chir Main. 2015;34(1):39-43. https://doi.org/10.1016/j.main.2014.09.006

[4] Kim YJ, Kim DH, Park JS, Baek JH, Kim KJ, Lee JH. Factors affecting surgical outcomes of digital glomus tumour: a multicentre study. J Hand Surg Eur Vol. 2018;43(6):652-8. https://doi.org/10.1177/1753193418774176

[5] Jabir S, Rodrigo T, Petkar M, Iwuagwu F. Glomus tumours of the upper limb and hand. A clinicopathological review of cases over two decades. J Hand Surg Eur Vol. 2021;47(4):419-20. https://doi.org/10.1177/17531934211049632

[6] Lee WQ, Li Y, Yeo NEM. Glomus tumour: an institutional experience of 31 cases. J Orthop Surg Res. 2023;18(1):741. https://doi.org/10.1186/s13018-023-04234-1

[7] Gandhi J, Yang SS, Hurd J. The Anatomic Location of Digital Glomus Tumor Recurrences. J Hand Surg Am. 2010;35(6):986-9. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.02.019

[8] Tada H, Hirayma T, Takemitsu Y. Prevention of postoperative nail deformity after subungual glomus resection. J Hand Surg Am. 1994;19(3):500-3. https://doi.org/10.1016/0363-5023(94)90070-1

[9] Dhingra M, Niraula BB, Regmi A, Bansal S, Singh V, Phulware RH. Glomus Tumour of Hand–A Commonly Misdiagnosed Pathology: A Case Series. J West Afr Coll Surg. 2022;12(4):39-45. https://doi.org/10.4103/jwas.jwas_171_22

[10] Asmar G, Mati T, Pop IA, Falcone M. The 'shark mouth' flap approach for digital glomus tumours in 24 patients: technique and clinical outcomes. J Hand Surg Eur Vol. 2019;45(2):153-9. https://doi.org/10.1177/1753193419867049

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au