

Excisão de cisto mucoso (com retalho local)

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 sugerida

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu quadro clínico. Em geral, 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. Uma avaliação clínica, que inclui o histórico do paciente, exame físico e exames de imagem, quando necessários, permite o diagnóstico.

O cisto mucoso é um pequeno nódulo cheio de líquido que se forma próximo à articulação final de um dedo, geralmente na pele afetada pela artrose nessa articulação. Esta cirurgia remove o cisto e cobre a área com um pequeno retalho de pele próxima. Normalmente, tentamos primeiro tratamentos não cirúrgicos, como mudança de atividades, terapia ocupacional ou uso de talas, e só consideramos a cirurgia quando essas medidas não trazem melhoria suficiente. Para algumas pessoas, porém, a cirurgia pode ser recomendada imediatamente.

O objetivo da cirurgia é eliminar o cisto de forma definitiva. A taxa de recorrência após esse tipo de cirurgia é baixa, de apenas 1,4%, e a maioria dos pacientes fica satisfeita com a aparência da cicatriz, optando novamente pela cirurgia se necessário. Discutiremos se este procedimento é adequado para você e tomaremos a decisão juntos.

Antes da operação

O seu cirurgião planejará a operação utilizando exames de imagem como radiografias, ressonância magnética ou ultrassonografia. Na maioria dos casos, não são necessários outros exames. Caso tenha outras condições médicas, poderá precisar de análises de sangue ou de uma avaliação com o anestesiologista. Deve deixar de comer e beber sete horas antes da cirurgia; pedimos um período um pouco maior do que o habitual para que seja possível antecipar o seu horário caso a lista de cirurgias avance mais cedo. O seu cirurgião informará quais medicamentos deve interromper e quando. Leve uma lista de todos os medicamentos que toma, organize transporte para casa e use roupas confortáveis com mangas largas.

No dia da cirurgia

Você chega à unidade de admissão cirúrgica do hospital, onde será registrado e preparado para a sala de operações. Lá, encontrará o anestesiologista. Esta cirurgia pode ser realizada sob anestesia geral (totalmente adormecido) ou sob anestesia local (uma injeção que adormece apenas o dedo, com você acordado).

Conversaremos antes da operação sobre qual opção é mais adequada para você.

Em seguida, você é levado para a sala de operações, onde a cirurgia é realizada. Depois, você vai para a sala de recuperação, onde os enfermeiros monitoram você (se você recebeu anestesia geral, enquanto ela vai passando). Assim que seu estado se estabilizar, você será encaminhado para o quarto ou poderá ir para casa, dependendo do procedimento e da sua recuperação.

Como é realizada a operação

O cirurgião faz um pequeno corte sobre o nódulo, próximo à extremidade da articulação do dedo. Por meio desse corte, ele remove o cisto e retira também o pequeno esporão ósseo que geralmente se encontra ao lado dele. Esse esporão resulta da artrose decorrente do desgaste da articulação e é uma causa comum da recorrência desses cistos; por isso, sua remoção constitui parte essencial da operação.

Após a remoção do cisto e do esporão ósseo, o cirurgião cobre a área com um pequeno retalho de pele próximo. Esse retalho é levantado, deslocado para preencher o espaço deixado pelo cisto e suturado no local. Dessa forma, pele nova é colocada sobre a articulação, favorecendo a cicatrização completa da região. Os pontos podem ser absorvíveis ou removíveis; o cirurgião informará qual tipo foi utilizado.

Toda a operação é realizada por meio dessa única incisão pequena na ponta do dedo. Nada é feito nas articulações ou tendões mais profundos, a menos que as observações durante a cirurgia exijam tal procedimento.

Após a operação

Você vai para a sala de recuperação, onde as enfermeiras ficam de olho em você (se você recebeu anestesia geral, enquanto o efeito dela passa). O seu dedo ficará coberto por um curativo e pode ficar dormente por algum tempo. O alívio da dor será administrado antes que a dormência desapareça; avise as enfermeiras se sentir desconforto, pois elas poderão ajustar a medicação. Você pode se movimentar assim que se sentir estável, e não é necessário manter a mão imóvel. Alguém deve ficar com você nas primeiras 24 horas. Sua equipe informará se você poderá ir para casa no mesmo dia ou se precisará passar uma noite no hospital. Deixamos o curativo por cerca de 10 dias; por favor, não o retire antes disso, a menos que receba instruções em contrário. Trocamos ou retiramos o curativo quando o examinarmos.

Recuperação

Nos primeiros dias, o seu dedo ficará dolorido e um pouco inchado. Esses sintomas diminuem progressivamente. Manter a mão elevada sobre um travesseiro, especialmente à noite, ajuda a aliviar a dor pulsante. Geralmente, analgésicos simples, conforme orientação da equipe médica, são suficientes.

Você volta para casa com o curativo no lugar; ele permanece assim por cerca de 10 dias, até a nossa próxima consulta para trocá-lo. Não é necessário manter a mão imóvel; portanto, assim que se sentir seguro, poderá realizar tarefas leves em casa. Evite esforços de preensão intensa e mantenha o curativo seco.

Após a retirada do curativo, a pele que cobre a articulação geralmente já está bem cicatrizada. A cicatriz amolece e desbota com o tempo; a maioria das pessoas fica satisfeita com seu aspecto. A movimentação da ponta do dedo retorna à medida que o inchaço diminui. A fisioterapia pós-cirúrgica é realizada por Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation; ela orientará os exercícios e confeccionará uma tala, se necessário.

A recuperação varia de pessoa para pessoa, e o seu cronograma pode ser diferente. O cirurgião e a fisioterapeuta orientarão você em cada consulta; você saberá que tudo está evoluindo bem quando o inchaço diminuir, a ferida fechar e você conseguir prender e dobrar o dedo sem dor.

O que pode dar errado

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

Às vezes, o cisto volta a se formar no mesmo local. Você notará novamente um pequeno nódulo firme perto da extremidade da articulação do dedo, muito parecido com o que tinha antes. Se notar a formação de um nódulo, mencione isso na próxima consulta. A remoção do pequeno esporão ósseo ao lado da articulação visa evitar que isso aconteça.

O retalho de pele utilizado para cobrir a área precisa cicatrizar adequadamente. Caso contrário, pode haver afastamento das bordas da ferida, o retalho pode ficar pálido ou escuro, ou a área permanecer aberta e com secreção em vez de fechar. A cicatrização também pode ser mais lenta do que o esperado. Se notar algum desses sinais, entre em contato com a clínica para que possamos avaliar a ferida e ajustar os cuidados.

A infecção da ferida é outro problema a ser observado. Geralmente, manifesta-se como vermelhidão que se espalha a partir da ferida, acompanhada de calor, inchaço ou sensibilidade que pioram em vez de melhorar. Pode haver vazamento de líquido ou pus da ferida, ou dor profunda e latejante que não cede com analgésicos comuns. Você também pode sentir febre e mal-estar geral. Se notar esses sinais, ligue imediatamente para a clínica. Se não conseguir nos contatar e estiver se sentindo mal, vá ao pronto-socorro mais próximo.

A boa notícia é que, quando esta cirurgia é realizada com uso de retalho de pele, problemas como esses são raros nas mãos, e o cisto quase nunca volta a se formar [2, 3].

Se notar algo em seu dedo que lhe cause preocupação entre as consultas, não espere. Ligue para nós e descreva o que está vendo e sentindo. A atenção precoce facilita muito o tratamento da maioria dos problemas.

A tabela de complicações nesta página lista as taxas típicas, caso você queira informações mais detalhadas.

Quando nos contactar

Contacte-nos se sentir febre, notar que a vermelhidão ao redor da ferida está a espalhar-se ou se observar líquido ou pus a sair dela. Contacte-nos também se a dor piorar repentinamente e os analgésicos comuns não a aliviarem, se o seu dedo estiver dormente ou se não conseguir dobrá-lo ou esticá-lo. Dirija-se ao serviço de urgências mais próximo se tiver inchaço na panturrilha ou dificuldade em respirar, ou se se sentir com febre e mal-estar geral e não conseguir contactar-nos. Se algo no seu dedo lhe causar preocupação entre as consultas, não espere.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. A cirurgia para cisto mucoso merece ser lida com atenção, pois, na verdade, a operação não tem como objetivo tratar o cisto em si; ao compreender o motivo, tudo o que diz respeito à sua execução passa a fazer sentido.

O CISTO É UM SINTOMA; O OSTEÓFITO É A DOENÇA.

O cisto mucoso é um pequeno cisto sinovial localizado na articulação mais próxima da unha; quase sempre surge sobre uma artrose degenerativa nessa articulação. A articulação danificada gera pequenos esporões ósseos (osteófitos); o líquido articular acaba encontrando uma saída através desses esporões, e o cisto é onde esse líquido se acumula sob a fina pele dorsal.

É por isso que a simples remoção do cisto apresenta baixa eficácia: ao deixar os osteófitos intactos, o vazamento continua e o cisto volta a se formar. A prova mais clara disso vem de uma série de casos em que se fez o oposto: **removeram-se apenas os osteófitos, deixando o cisto intacto**, obtendo-se resolução completa na maioria dos casos [1]. Essa cirurgia deve ser entendida como uma desbridamento articular, na qual o cisto é tratado incidentalmente, e não como uma mera remoção do cisto com o tratamento ósseo sendo uma consideração secundária.

POR QUE USAR UM RETALHO, E POR QUE NÃO IMPORTA MUITO QUAL TIPO USAR

A pele que recobre um cisto de longa data costuma ficar extremamente fina, quase como papel; após a excisão do cisto e dessa pele afinada, muitas vezes não há pele saudável suficiente para fechar o defeito diretamente. É aí que entra o **retalho local**: uma pequena porção de pele vizinha é rotacionada para cobrir o defeito, trazendo consigo seu próprio suprimento sanguíneo.

A técnica que o Dr. Hirpara utiliza com maior frequência segue o método descrito por Johnson e colegas [2]: uma cirurgia ambulatorial realizada sob bloqueio anestésico local; excisão elíptica do cisto na íntegra, incluindo a pele afinada; seguimento do “pescoço” do cisto até a articulação, com ressecção conjunta da cápsula articular; excisão dos osteófitos dorsais acessíveis, protegendo o tendão extensor; e fechamento do defeito com um

retalho local de espessura total, levantado do mesmo lado do dedo, sem gerar tensão. Os pontos são retirados após cerca de duas semanas.

Na série de casos publicada sobre essa técnica, envolvendo 69 pacientes ao longo de dez anos, a taxa de recorrência foi de **1,4%**; os pacientes demonstraram alta satisfação com a cicatriz e manifestaram disposição em submeter-se novamente à operação [2].

O tipo de retalho utilizado não é o fator decisivo. O retalho bilobado de Zitelli proporciona cobertura de boa qualidade **sem aumentar o risco para a matriz ungueal** [3] – o que é importante, pois a zona de crescimento da unha fica imediatamente ao lado do cisto. Uma comparação recente entre dois outros modelos de retalho também não revelou **diferenças na satisfação estética ou nas complicações entre eles** [4]. Outros centros relatam resultados satisfatórios com enxertos de pele de espessura total, mantendo baixa taxa de recorrência [5]; há também relatos de excisão total da cápsula articular dorsal sem nenhuma recorrência, em um pequeno número de casos [6]. O ponto em comum em todos esses casos é o mesmo: tratar a articulação e garantir uma cobertura cutânea adequada.

QUANDO A PRÓPRIA ARTICULAÇÃO É O PROBLEMA

Às vezes, o cisto é o problema menor; a artrite que se encontra por baixo é o que realmente causa dor. Se a articulação é dolorida por si só, e não apenas apresenta um nódulo, a remoção do cisto trata apenas o “mensageiro”, mas não a “mensagem”. Nessa situação, a solução definitiva pode ser **fundir a articulação** (artrodese), procedimento que elimina a artrite, a dor e a origem do cisto numa única cirurgia. Essa opção, suas vantagens e desvantagens, bem como o processo de recuperação, são abordados na página [Fusão da articulação DIP](#).

O QUE PODE DAR ERRADO

Os riscos específicos decorrem da anatomia: a **matriz ungueal** fica a poucos milímetros de distância; portanto, pode ocorrer a formação de sulcos ou cristas na unha (eversão, um cisto pressionando a matriz pode já ter causado isso, e a cirurgia pode corrigir o problema). A pele fina faz com que, ocasionalmente, a cicatrização demore mais tempo. Quanto à recorrência – embora seja rara após uma desbridamento articular adequado, conforme mostram os dados acima – ela nunca é nula, pois a artrite que gerou o cisto ainda afeta a articulação.

REFERÊNCIAS

- [1] Lee HJ, Kim PT, Jeon IH, et al. Excisão de osteófitos sem excisão do cisto no tratamento de cistos mucosos digitais. J Hand Surg Eur Vol. 2013;39(3):258-261. <https://doi.org/10.1177/1753193413478549>
- [2] Johnson SM, Treon K, Thomas S, Cox QG. Tratamento cirúrgico confiável para cistos mucosos digitais. J Hand Surg Eur Vol. 2013;39(8):856-860. <https://doi.org/10.1177/1753193413508540>
- [3] Jiménez I, Delgado PJ, Kaempfer de Oliveira R. Uso do retalho bilobado de Zitelli na cobertura cutânea após excisão de cistos mucosos: estudo retrospectivo de 33 casos. J Hand Surg Am. 2017;42(7):506-510. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.03.013>

- [4] Orieux A, Maximen J, Yvonnet T, et al. Resultados estéticos dos retalhos biquadrangular e dorsal de Hueston na cirurgia de cistos mucosos digitais. J Hand Surg Eur Vol. 2026;. <https://doi.org/10.1177/17531934261433822>
- [5] Jamnadas-Khoda B, Agarwal R, Harper R, Page RE. Utilização do enxerto de Wolfe no tratamento de cistos mucosos. J Hand Surg Eur Vol. 2009;34(4):519-521. <https://doi.org/10.1177/1753193408103498>
- [6] Kanaya K, Wada T, Iba K, Yamashita T. Capsulectomia dorsal total no tratamento de cistos mucosos. J Hand Surg Am. 2014;39(6):1063-1067. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.03.004>