

Doença de Dupuytren: fasciotomia percutânea com agulha, demonstração da técnica

Claudio Roberto Martins Xavier¹, Fernando Luis de Oliveira Aurich²,
Júlio Cezar Ferreira Neto², Roberto Della Torre dos Santos²

RESUMO

Demonstração da técnica de fasciotomia percutânea com agulha sob anestesia local para o tratamento minimamente invasivo da Doença de Dupuytren (DD).

Palavras-chave: Contratura de Dupuytren. Cirurgia. Anestesia local.

SUMMARY

Demonstration of percutaneous needle fasciotomy technique under local anesthesia for minimally invasive Dupuytren Disease (DD) treatment.

Keywords: Dupuytren Contracture. Surgery. Local Anaesthesia.

INTRODUÇÃO

O tratamento da instigante DD ainda hoje é um tema controverso, sujeito a debate¹, com múltiplos procedimentos que promovem o alívio sintomático², principalmente as cirurgias, entre elas a fasciotomia percutânea, descrita inicialmente por Henry Cline (1808) e a seguir por outros, inclusive o próprio Dupuytren^{1,3,4-7}.

Posteriormente, essa técnica foi abandonada e substituída por outras tantas técnicas cirúrgicas, mas o desenvolvimento das técnicas minimamente invasivas também alcançou a DD, e primeiro os Reumatologistas seguidos pelos Ortopedistas e Cirurgiões de Mão, iniciaram o processo de repopularização da aponectomia do Barão de Dupuytren¹, usando a técnica percutânea com agulha¹, o que é motivo para muitas publicações na literatura médica brasileira^{4,5} e internacional^{1-3,7}.

RELATO DA TÉCNICA

Cirurgia realizada em ambiente hospitalar, sob regime ambulatorial e técnica asséptica.

Após anestesia local e troncular digital, com lidocaína 2%, no último instante é acionado o garrote pneumático¹, usa-se uma agulha 40x12 não montada, inserida com o bisel no sentido longitudinal da fibra e daí rodado de tal forma que ele esteja com a face cortante posicionada no sentido transversal das fibras (Figura 1), nos casos de herniação cutânea a agulha deve ser inserida em um ângulo tangencial (lateral) a corda (Figura 2). Simultaneamente, é feita a extensão passiva suave do dedo acometido para melhor individualização da corda, que é secionada com movimentos oscilatórios transversais, com atenção para não lacerar a pele ou lesar o feixe vasculonervoso, a cada corte há ganho progressivo de extensão,

1. Chefe do Grupo de Mão do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE - São Paulo

2. Médico Assistente do Grupo de Mão do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do HSPE – IAMSPE – São Paulo

Autor Responsável: Roberto Della Torre dos Santos / **E-mail:** dellatorre.mao@gmail.com



Figura 1. Agulha inserida para secção da corda, observar direção do corte no sentido transversal a corda

Fonte: Arquivo pessoal do autor



Figura 2. Para cordas com herniação da pele inserir a agulha tangencial à corda

Fonte: Arquivo pessoal do autor



Figura 3. Extensão passiva suave até a rotura da corda

Fonte: Arquivo pessoal do autor



Figura 4. Lesão da pele, com a ferida aberta que cicatrizará por segunda intenção

Fonte: Arquivo pessoal do autor

inclusive com um estalido característico ao romper a corda^{1,3} (Figura 3). Para as cordas proximais a articulação metacarpofalangeana (MTCF) o corte é mais seguro, já nas cordas distais à MTCF é necessário cuidado adicional, uma vez que a corda espiral espessada tende a trazer o feixe vasculonervoso para a parte superficial da linha média do dedo, predispondo-o a lesão. Então, para as cordas na falange proximal, a agulha deve ser inserida lateral e imediatamente abaixo à corda para seccionar sua porção profunda, a porção superficial é então rompida por tração⁷. Nesses casos onde há corda dígito palmar, devemos iniciar o procedimento pela corda digital, a fim de evitar o seu evanescimento e aumento do risco¹ (Figura 4).

Muito cuidado e experiência cirúrgica são necessários para a liberação ao nível dos dedos: só a linha média e cordas pré-vasculares que estão sob a pele, são acessíveis sem risco¹.

O procedimento é repetido quantas vezes forem necessárias, já que não é preciso alcançar toda extensão no primeiro corte, sempre do mais proximal possível para distal. Havendo necessidade podemos complementar a anestesia, respeitando o limite de toxicidade (10mg/kg de lidocaína). Quando não há mais tensão no trajeto da corda ou não podendo o dedo ser estendido sem risco^{3,7,10}, concluímos o procedimento.

Áreas cruentas residuais não são suturadas e por maiores que possam parecer, cicatrizam por segunda intenção como na técnica da palma aberta^{5,8} (Figura 4) sem maiores complicações.

Entendemos que após o curativo, o uso de imobilização com tala gessada nos primeiros dias deve ser individualizado de acordo com as características do paciente e da expectativa do cirurgião, mas tão logo possível estimulamos a movimentação ativa e iniciamos reabilitação.

Para os pacientes que precisam de cirurgia para a DD, acreditamos que a técnica se aplica melhor aos pacientes idosos (sem condições clínicas para cirurgias extensas) que necessitam de tratamento com menor morbidade e que alcançam um bom resultado com pouca agressão cirúrgica³, pode ser utilizado também como primeiro tempo cirúrgico nos pacientes jovens ou nos pacientes avessos a cirurgia. Consideramos as contraindicações: doença inflamatória, cordas múltiplas e inacessíveis, recidiva precoce em pacientes jovens, recidiva da corda digital e doença grave de longo tempo que causou rigidez na IFP^{1,3}.

DISCUSSÃO

Na atualidade, com o crescimento da população idosa, onde se encontram a maioria dos portadores de DD⁶, essa afecção tornou-se mais frequente no cotidiano dos ortopedistas gerando uma demanda reprimida por tratamento. Acreditamos então que a fasciotomia percutânea com agulha, por ser facilmente reproduzível e de baixo custo, deve fazer parte do arsenal terapêutico para o tratamento da DD.

REFERÊNCIAS

1. Foucher G, Medina J, Navarro R. Percutaneous needle aponeurotomy: complications and results. *J Hand Surg Br.* 2003; 28(5):427-31.
2. Lipman MD, Carstensen SE, Deal DN. Trends in the Treatment of Dupuytren Disease in the United States Between 2007 and 2014. *Hand (NY).* 2017;12(1):13-20.
3. van Rijssen AL, Werker PM. Percutaneous needle fasciotomy in Dupuytren's disease. *J Hand Surg Br.* 2006;31(5):498-501.
4. Moraes Neto GP, Chambriard C, Knackfuss I, Osório L, Couto P. Fasciotomia percutânea na correção da deformidade da articulação metacarpofalângica na contratura de Dupuytren. *Rev Bras Ortop.* 1996;31(4):347-50.
5. Ribak S, Borkowski Jr. R, Amaral RP, Massato A, Avila I, Andrade D. Contratura de Dupuytren: estudo comparativo entre fasciectomia parcial e fasciotomia percutânea. *Rev Bras Ortop.* 2013;48(6):545-553.
6. Machado S. Doença de Dupuytren: Uma visão atual sobre a doença. *Rev Port Ortop Traum.* 2013;21(3):313-22.
7. Cheng HS, Hung LK, Tse WL, Ho PC. Needle aponeurotomy for Dupuytren's contracture. *J Orthop Surg (Hong Kong).* 2008;16(1): 88-90.
8. Nikkhah D, Kang N. Percutaneous needle fasciotomy for Dupuytren's: Further insights. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2017;70(1):144-6.