

DOENÇA DE DUPUYTREN. Análise da casuística de 10 anos

J. SINTRA REBELO, J. BRAVO FERREIRA, M. CONCEIÇÃO VILÃO, J. BÓLÉO-TOMÉ

Serviço de Cirurgia Plástica e Maxilo-Facial. Hospital Egas Moniz. Lisboa.

RESUMO

Os autores analisam a casuística de doentes operados a doença de Dupuytren nos últimos 10 anos. O estudo incidiu sobre 110 pacientes (94 do sexo masculino e 16 do feminino), a que correspondiam 125 mãos (292 raios), com uma cotação global média pré-operatória de 3,136. A média das idades no momento da intervenção foi de 52 anos. A fasciectomia selectiva regional aplicou-se em 82,7% dos casos. Verificou-se recidiva em 58 mãos (46,4%), das quais 74,1% nos primeiros 5 anos. Os 96 raios recidivos distribuíram-se - 48 pelo Estádio Nodular, 28 pelo estágio 1, 16 pelo Estádio 2 e 4 pelo Estádio 3. Alguns factores parecem favorecer as recidivas - localizações ectópicas, idade inferior a 55 anos, etilismo, diabetes, epilepsia e antecedentes familiares. Os resultados pós-operatórios são satisfatórios com uma cotação global média de 1,316 e Coeficiente de Melhoria superior a 0,75 em mais de 50% das mãos.

SUMMARY

Dupuytren's disease. Analysis of the past ten years

The authors present an analysis concerning patients operated on for Dupuytren contracture over the past ten years. One hundred and ten patients (94 males and 16 females) were reviewed. At the time of surgery the average was 52 years old. The 125 hands (292 fingers) were rated 3,136, according to the simplified Tubiana's score. In 82,7% of the patients, selective regional fasciectomy was applied. In the long term, recurrence appeared in 58 hands (96 fingers); 74,1% being in the first five years. 48 of them were graded Stage Nodular, 28 Stage 1, 16 Stage 2, 4 Stage 3. Some factors seem to be of a bad prognosis regarding recurrence: ectopic localisations, age (under 55 years old), alcoholism, diabetes mellitus, epilepsy, and family history. Results after operative procedure were satisfactory. The hands were rated 1,316 and the Coefficient of Amelioration was above 0,75 in more than 50%.

INTRODUÇÃO

Mais de 150 anos após a sua descrição, a doença de Dupuytren permanece uma entidade clínico-patológica misteriosa, continuando aberta ao estudo e à investigação.

Este trabalho tem como principal objectivo, a revisão da casuística da doença de Dupuytren, no Serviço de Cirurgia Plástica e Maxilo-Facial do Hospital de Egas Moniz no decurso dos últimos 10 anos.

Efectuou-se a análise retrospectiva detalhada do perfil clínico e cirúrgico dos doentes, dando-se particular relevo às recidivas, tentando correlacioná-las com factores predisponentes.

MATERIAL E MÉTODOS

No período compreendido entre Novembro de 1979 e Novembro de 1989, foram operados a doença de Dupuytren 214 doentes (190 do sexo masculino e 24 do feminino).

Por dificuldades convocatórias apenas reavaliámos 110 desses doentes (51,4%), a que correspondiam 125 mãos e 292 raios dígito-palmares, num total de 133 intervenções efectuadas.

Para uniformizar critérios submetem-se os pacientes a um protocolo clínico-cirúrgico, que contemplava em especial os seguintes parâmetros: sexo, idade, raça, profissão, localização, tempo de evolução, doenças associadas e antecedentes familiares. Igualmente se avaliaram a existência de lesões ectópicas, tipos de intervenção e suas complicações. As cotações pré e pós-operatórias - baseadas na classificação de Tubiana 1986 -, permitiram obter Coeficientes de Melhoria (C.A.).*

* Optou-se por manter a abreviatura da designação francesa - *Coefficient d'amélioration* (C.A.).

RESULTADOS

O sexo masculino foi afectado em 94 doentes e o feminino em 16. Verificou-se incidência máxima da doença entre os 45 e 70 anos, com extremos de 30 a 79 anos, sendo a média das idades no momento da intervenção, de 52 anos.

Em 79 casos (69%) a doença iniciou-se 5 anos antes da intervenção. Nos restantes, o tempo de evolução foi mais longo, registando-se duração de 25 anos num doente (Fig. 1).

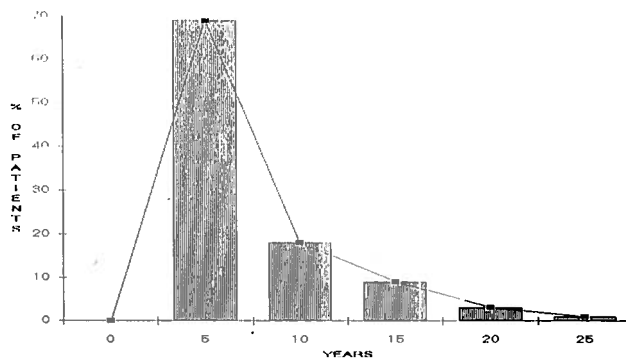


Fig. 1 - Tempo de evolução da doença em anos.

Embora a idade de início da doença de Dupuytren seja difícil de determinar, a correlação entre os dados atrás referidos permite afirmar que, em número significativo de pacientes, a patologia se terá iniciado pelos 47 anos.

Os doentes eram de raça caucasiana à excepção de dois, de raça negra.

A localização foi bilateral em 80 doentes (72,7%). Salienta-se o predomínio no sexo masculino e a existência de lesões da mão esquerda no feminino.

Como factores predisponentes constatou-se a presença de trabalho manual pesado em 72 doentes, etilismo em 51, traumatismo local ou regional em 16, diabetes em 12, terapêutica por barbitúricos em 10 e epilepsia em 4. As lesões ectópicas mais observadas foram nódulos digitais em 14 doentes e localização tipo Ledderhose ou La Peyronie, também em 14 doentes. Em 61 casos registaram-se antecedentes familiares da doença (Quadro 1).

Quadro 1 - Perfil clínico de 110 doentes

Antecedentes pessoais		
Trabalho manual		
Pesado	72	65,5%
Não pesado	38	34,5%
Doenças associadas		
Etilismo	51	46,3%
Traumatismo	16	14,5%
Tuberculose	13	11,8%
Diabetes	12	10,9%
Barbitúricos	10	9,1%
Epilepsia	4	3,6%
Túnel cárpico	3	2,7%
Lesões ectópicas		
Nódulos digitais	14	12,7%
Doença de Ledderhose	10	9,1%
Doença de La Peyronie	4	3,6%
Nódulos Cubital Anterior	3	2,7%
Nódulos Grande Palmar	2	1,8%
Nódulos Tendão Aquiles	1	0,9%
Antecedentes familiares		
Doença dupuytren	61	55,4%

As lesões predominavam em 2 raios, sendo mais frequente a associação D_{IV}-D_V. Em termos globais foi mais atingido o 4º raio, seguindo-se o 5º e o 3º. Vinte e duas mãos sem retracção articular, apresentavam nódulos palmares cujas dimensões e compromisso doloroso justificaram a intervenção (Quadro 2).

Dos 292 raios dígito-palmares afectados 24,7% pertenciam ao Estádio 1 (E₁), 17,1% ao E₂, 14,7% ao E₃, 4,1% ao E₄. Os restantes 39,4% apresentavam Estádios Nodulares (E_N), isolados ou associados a outros raios com deformação articular.

A cotação pré-operatória oscilava entre 3,5 e 7 em 35,2% das mãos (Fig. 2), sendo a cotação global média de 3,136. Dezanove mãos (15,2%) correspondiam a formas graves.

A anestesia mais utilizada foi a loco-regional e as incisões longitudinais predominaram sobre a de Skoog (Quadro 3).

A fasciectomia selectiva regional sobressai como a intervenção mais frequente. A capsulectomia palmar da articulação interfalângica proximal, permitiu obter extensão completa em 4 dedos. Recorreu-se à amputação do 5º dedo num outro caso. Efectuou-se drenagem em 67 mãos, imobilização com tala de alumínio em 88 e reabilitação funcional em 73.

As complicações pós-operatórias, em 23,2% dos casos foram devidas a deiscência de sutura, que não exigiu atitude cirúrgica complementar, registando-se hematoma em 10,1%. Não se observaram necroses digitais agudas.

Verificou-se recidiva da doença em 58 mãos e extensão em 23. O estudo das recidivas em função do tempo decorrido após a intervenção cirúrgica, evidencia que 74,1% destas surgem nos cinco primeiros anos (Fig. 3).

As 58 mãos recidivadas correspondiam 96 raios (32,9%), 48 cotados no E_N, 28 no E₁, 16 no E₂, e 4 no E₃. Não tivemos recidivas para o Estádio 4 (Fig. 4).

QUADRO 2 - Avaliação pré-operatória das lesões - A

Estádios	1 Raio	3	
Nodulares	2 Raios	8	
Isolados	3 Raios	9	
	4 Raios	1	
	5 Raios	1	
Mãos - 22 (17,6%)			
<hr/>			
	1 Raio	DI	-
	25 (20%)	DII	-
		DIII	1
		DIV	12
		DV	12
<hr/>			
		DI+DIV	5
		DII+DII	1
		DII+DIV	1
		DIII+DIV	8
		DIII+DV	2
		DIV+DV	23
<hr/>			
		DIII+DIV+DV	14
		DI+DIII+DIV	2
		DI+DIII+DV	1
		DI+DIV+DV	5
		DII+DIV+DV	1
<hr/>			
		DI+DIII+DIV+DV	5
		DI+DII+DIV+DV	2
		DII+DIII+DIV+DV	5
<hr/>			
		DI+DII+DIII+DIV+DV	3

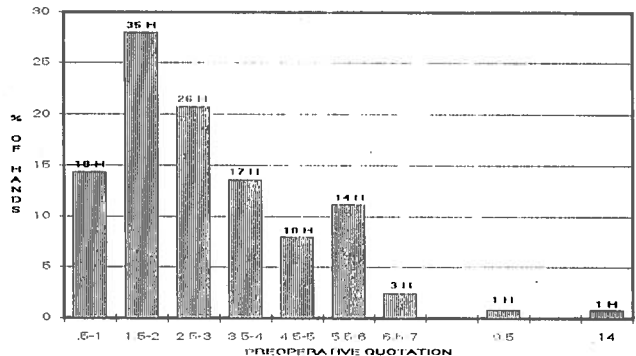


Fig. 2 - Avaliação pré-operatória das lesões - B.

A análise detalhada das recidivas por estágio, mostra que 28 dos 115 raios E_N recidivaram, tal com 22 dos 72 raios E₁, 17 dos 50 raios E₂, 19 dos 43 raios E₃ e 10 dos 12 raios E₄ (Quadro 4).

A leitura do diagrama de cotações pós-operatórias, põe em evidência que 68,8% das mãos se situavam entre 0 e 1 e que apenas 8,8% preenchiam o intervalo entre 3,5 e 7. A cotação global média foi de 1,316 (Fig. 5).

Alguns factores associados à doença de Dupuytren parecem contribuir igualmente para a sua recidiva. Assim, ocorreu recidiva em 70% dos doentes com localizações ectópicas tipo Ledderhose ou La Peyronie, em 60% dos doentes com idade inferior a 55 (no momento da intervenção), em 45% dos alcoólicos, em 42% dos diabéticos, em 40% dos epiléticos, ou em tratamento anticonvulsivante e em 39% dos doentes com antecedentes familiares.

Nas 23 mãos com extensão da doença, em 17 esta fez-se para o E_N e em 6 para o E₁. As extensões foram 15 vezes contemporâneas de uma recidiva e, em 9 destas mãos, a recidiva era igual ou superior ao E₁.

QUADRO 3 - Perfil operatório - 133 intervenções.

Anestesia		Drenagem	
Regional - 110 (82,7%)		Aspirativa - 10	
Plexo - 60 Axilar - 50 Punho - 50 Supra - Clav. - 10		Passiva - 57 >67 (53,6%)	
Geral - 17		Imobilização	
Local - 6		Tala - 88 (70,4%)	
Inclções		Fisioterapia	
Skoog - 50 (37,5%)		Reabilitação - 73 (58,4%)	
Longitudinais - 63 (47,3%) Sinuosas - 38 Zigue-Zague - 17 c/Plastia em Z - 8		Complicações	
Transversais ⁽¹⁾ - 14 Outras - 6		Deiscencia sutura 29	
		Disestesias prolongadas 29	
		Necrose cutânea 17	
		Edema persistente 17	
		Hematoma 13	
		Infecção 6	
		Necrose digital aguda -	
Intervenções			
Fasciectomia selectiva regional	111 (82,7%)		
Fasciectomia total	8		
Fasciectomia extensa	4		
Fasciotomia	2		
Enxertos ⁽²⁾	16		
Capsulectomia palmar ⁽³⁾	4		
Amputação (DV)	1		

(1) tipo Mc Indoe; (2) De 1.ª intenção 8; (3) I.F.P. em Du

	TOTAL	%
EXTENSION	23	18.4

	YEARS	TOTAL	%
REEVALUATION	0 - 2	47	37.6
	2 - 5	44	35.2
	5 - 10	34	27.2
RECURRENCE 58 (48.4%)	0 - 2	22	17.6
	2 - 5	21	16.8
	5 - 10	15	12.0

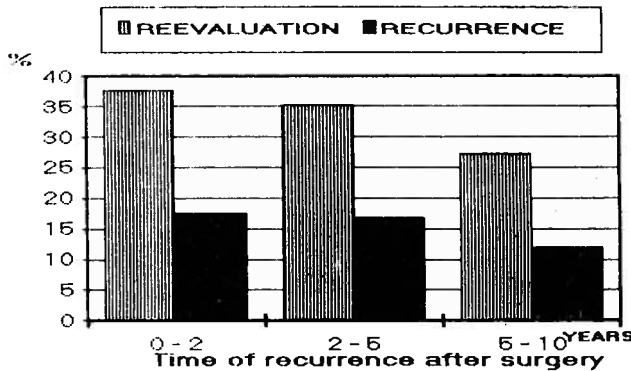


Fig. 3 - Avaliação pós-operatória - A.

A determinação dos coeficientes de melhoria (C.A.), revelou resultados satisfatórios, com valores superiores a 0,75 em mais de 50% das mãos avaliadas (Quadro 5).

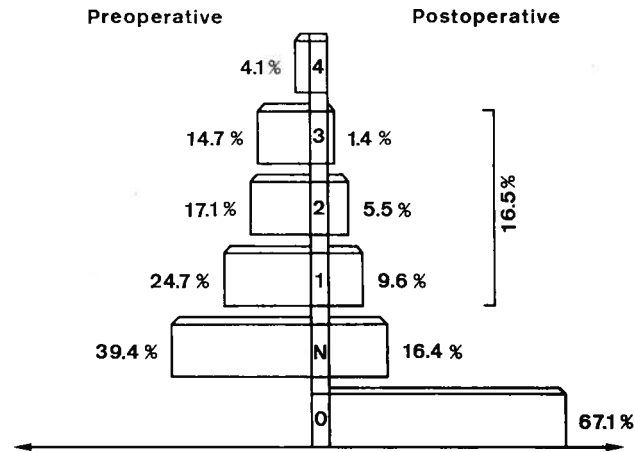


Fig. 4 - Importância das recidivas.

QUADRO 4 - Distribuição das recidivas (292 raios) por Estádios

	Pré-operatório	Pós-operatório
Estádio N	115	Estádio O 87
		Estádio N 26
		Estádio 1 2
Estádio 1	72	Estádio O 50
		Estádio N 8
		Estádio 1 12
		Estádio 2 1
Estádio 2	50	Estádio 3 1
		Estádio O 33
		Estádio N 9
		Estádio 1 6
Estádio 3	43	Estádio 2 2
		Estádio O 24
		Estádio N 4
		Estádio 1 7
		Estádio 2 7
Estádio 4	12	Estádio 3 1
		Estádio O 2
		Estádio N 1
		Estádio 1 1
		Estádio 2 6
		Estádio 3 2

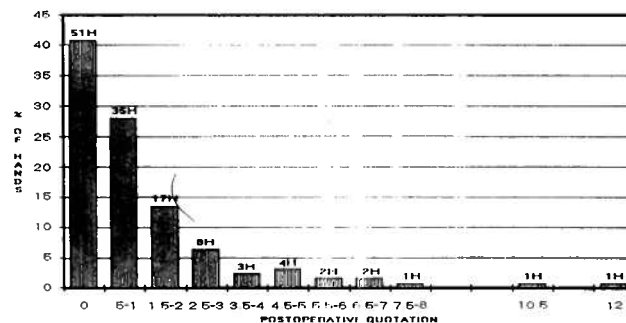


Fig. 5 - Avaliação pós-operatória - B.

QUADRO 5 - Coeficiente de Melhoria (C.A.).

C.A.	Nº Mãos	%
1	51	40,8
1 - 0,75	16	12,8
0,75 - 0,50	28	22,4
0,50 - 0,25	9	7,2
0,25 - 0	4	3,2
< 0	17	13,6

$$C.A. = \frac{X - Y}{X} \quad V.N. = 1$$

X = Cotação pré-operatória
Y = Cotação pós-operatória

DISCUSSÃO

A relação sexo masculino-feminino de 8/1, referente aos 214 doentes intervencionados, está de acordo com outras séries^{1,2}.

A reavaliação detalhada de 110 desses doentes (51,4%), pode considerar-se boa atendendo à baixa percentagem de respostas (20%) habitualmente encontradas neste tipo de estudos³.

A escolha da fasciectomia selectiva regional como intervenção mais efectuada, baseou-se no conhecimento do ligamento transversal palmar não ser sistematicamente atingido pela doença⁴. Optou-se de igual modo pela não agressão de estruturas macroscopicamente normais, de atingimento futuro problemático, uma vez que a terapêutica cirúrgica não tem valor profilático⁵.

Reservaram-se fasciectomias mais extensas para reintervenções em mãos recidivadas.

Estudos publicados apontam para a existência de um elevado número de recidivas, 60 a 80%^{6,7}. O valor de 46% que obtivemos assemelha-se mais ao assinalado por Mc Farlane⁸.

Tratava-se de recidivas para o estágio nodular em 50% dos casos, não se registando recidivas para o estágio 4. Os factores associados à doença de Dupuytren (localizações ectópicas, etilismo, diabetes, epilepsia, etc.), relacionaram-se com o agravamen-

to de recidivas. O grupo etário (idade inferior a 55 anos), foi igualmente determinante.

Os valores menos satisfatórios dos Coeficientes de Melhoria são atribuíveis a extensão da doença e a rigidez articular pós-operatória, limitando a flexão.

Concluindo - Os resultados apresentados não são melhores (nem piores) que os das outras séries. Se contribuirem para um aprofundamento do estudo, ainda em evolução, da doença de Dupuytren, ter-se-á encontrado sentido para o presente trabalho.

BIBLIOGRAFIA

1. HUESTON J.T.: Dupuytren's contracture. In: Converse J.M., Reconstructive Plastic Surgery, W.B. Saunders Company, 1977; 6: 3403-3427.
2. BROUET J.P.: Étude de 1000 dossiers de maladie de Dupuytren. In: Tubiana R., Hueston J.T., La maladie de Dupuytren, Monographies du Groupe d'Études de la Main. Expansion Scientifique Française, 1986; 98-105.
3. NOROTTE G., APOIL A., TRAVERS V.: Résultats à plus de dix ans de la maladie de Dupuytren. A propos de cinquante-huit observations. Sem. Hôp. Paris, 1989, 65, n° 17, 1045-1048.
4. TUBIANA R., THOMINE J.M.: Le traitement chirurgical de la maladie de Dupuytren: technique des aponévrotomies et des aponévrectomies. In: Tubiana R., Hueston J.T., Maladie de Dupuytren, Monographies du Groupe d'Études de la Main. Expansion Scientifique Française, 1972; 111-120.
5. TUBIANA R.: Vue d'ensemble du traitement de la maladie de Dupuytren. In: Tubiana R., Hueston J.T., La maladie de Dupuytren, Monographies du Groupe d'Études de la Main. Expansion Scientifique Française, 1986; 126-129.
6. LECLERQ C., TUBIANA L.R.: Resultats à long terme des aponévrectomies pour maladie de Dupuytren. Chirurgie, 1986; 112: 194-197.
7. MANTERO R.: Les formes récidivantes de la maladie de Dupuytren. Table Ronde, Groupe d'Études de la Main, déc. 1983.
8. MC FARLANE R.M.: Dupuytren's Contracture. In: Green D.P., Operative Hand Surgery. Churchill Livingstone, 1988; 1: 553-589.