CONTRATURA OU MOLÉSTIA DE DUPUYTREN

Lucas Caetano Araújo Silva
Nº USP 9328482

CONTRATURA DE DUPUYTREN

01 DEFINIÇÃO

02 EPIDEMIOLOGIA

03 QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

04 PREVENÇÃO

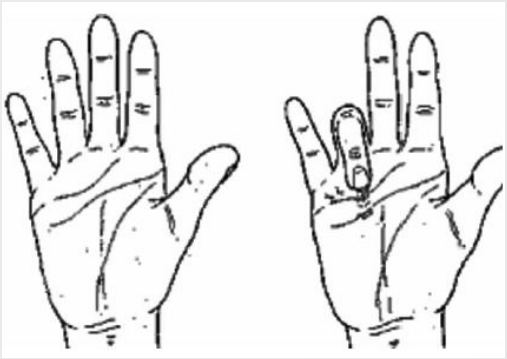
05 TRATAMENTOS

06 REFERÊNCIAS

1. DEFINIÇÃO

- Doença benigna de herança autossômica dominante e penetrância variável envolvendo o gene relacionado à síntese de colágeno.
- Caracterizada por fibroproliferação que acomete principalmente a aponeurose palmar e digital (mãos), causando contraturas e deformidades em flexão progressiva e incapacidade funcional.
- **Fase inicial (A):** formação de nódulos na face palmar das mãos, com formação de cordas fibrosas originadas por retração embaixo da pele e percebidas à palpação.
- **Fase residual (B):** nódulos desaparecem, permanecendo apenas focos de aderência e cordas fibrosas reacionais; formação dos cordões causam um quadro progressivo de retração. A **fase C** é caracterizada pela contração permanente!
- **Incidência:** de 1% a 3%; mais comum no norte da Europa; incidência aumenta com a idade, com início na 5ª década; na juventude, mais freqüente em homens do que em mulheres (variando de 6:1 a 15:1) e, na velhice, freqüência pode se igualar.

2. EPIDEMIOLOGIA



- **Fatores de risco de natureza ocupacional**:
  - posições forçadas;
  - gestos repetitivos;
  - ritmo de trabalho penoso; e
  - vibrações localizadas.
- Relaciona-se, portanto, a exigências de compressão palmar repetida com trabalho pesado, associadas ou não a vibrações.
- Fatores que podem estar associados: tabagismo, alcoolismo e diabetes mellitus ou outras condições menos consistentes (HIV, medicação antiepiléptica).

3. QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

- **Quadro clínico:**
  - caracteriza-se por contratura em flexão das mãos, atrofia dos músculos das mãos e antebraços, rigidez e incapacidade.
  - afeta lado ulnar das mãos, acometendo em ordem decrescente de freqüência 3º, 4º e 5º dedos, nas articulações metacarpofalângica e interfalângica proximal.
  - comum ser bilateral, mas, quando unilateral, predomina em mão dominante.
- **Diagnóstico** baseia-se em história clínica, exame físico e análise do trabalho.
  - Teste de Hueston: exame físico que consiste em colocar a mão em superfície plana, com os dedos estendidos. Resultado positivo se dedos não ficarem planos e, em vez disso, formarem angulação de pelo menos trinta graus na articulação metacarpofalangeana.
  - *Nenhum exame de imagem é recomendado*, apenas quando diagnóstico duvidoso.
  - Diagnósticos diferenciais: contraturas, hiperqueratose, tenossinovite estenosante, leiomioma e outros nódulos subcutâneos.

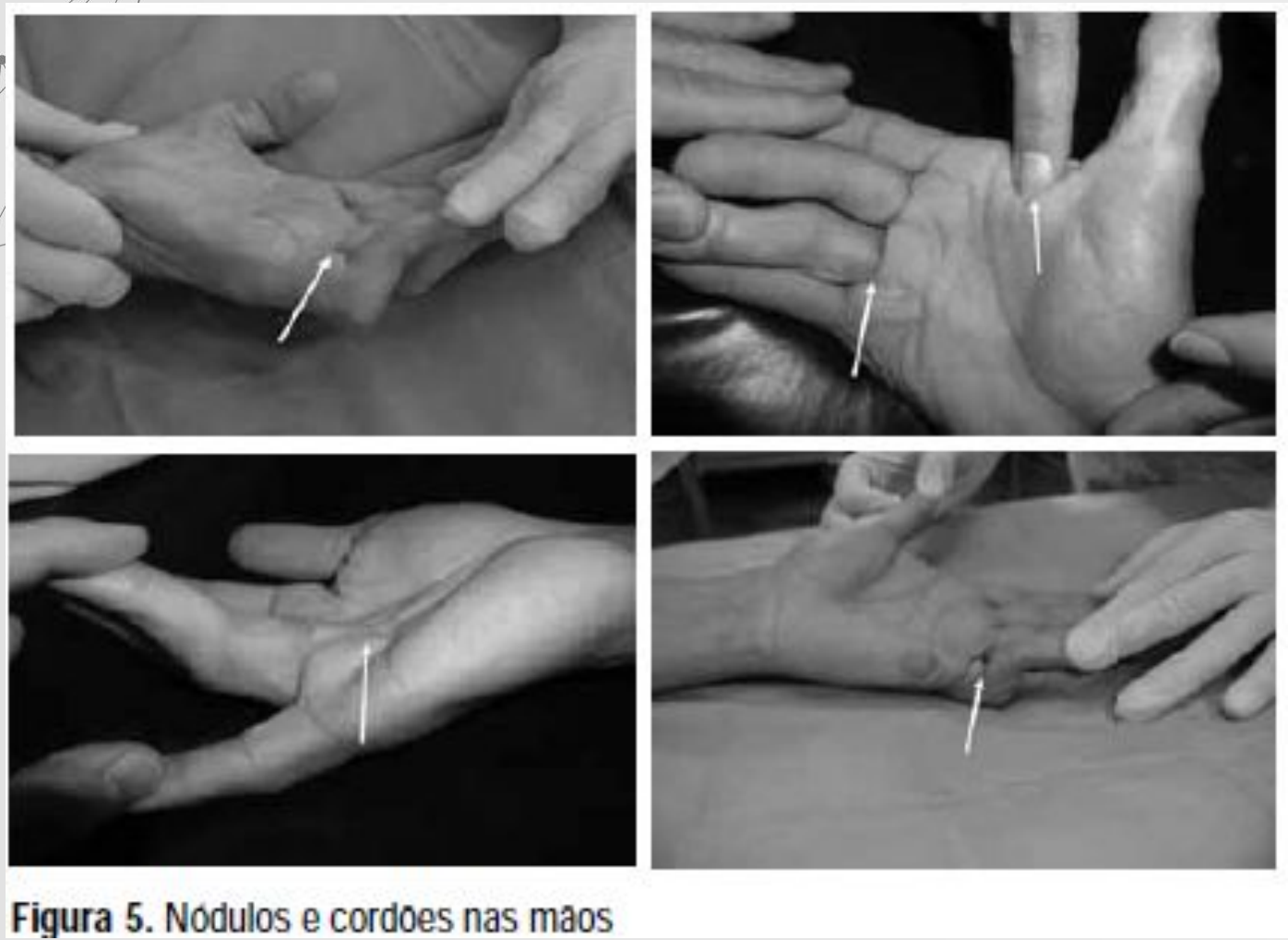


Figura 5. Nódulos e cordões nas mãos

4. PREVENÇÃO

- Baseia-se em avaliação e monitoramento das condições e dos ambientes de trabalho (como tarefas são realizadas, se há compressão repetida palmar, se ritmo de trabalho é penoso e há vibrações localizadas), apesar de **não** ser considerada uma **moléstia ocupacional**.
- Requer uma ação integrada dos setores assistenciais e os de vigilância.
- Intervenção sobre ambiente de trabalho por meio de análise criteriosa e global da organização de trabalho, que inclui: **1)** análise ergonômica do trabalho, dos fatores mecânicos e condições físicas; **2)** medidas de proteção coletiva e individual implementadas pelas empresas e devidamente adotadas pelos trabalhadores.
- Trabalhador estar atualizado quanto NRs sobre insalubridades e ergonometria no trabalho (7, 9, 15, **17**).
- Realização de exame médico periódico para identificar sinais e sintomas de detecção precoce (protocolo padronizado e exame físico acurado; exames complementares sobre exposição ocupacional; informações epidemiológicas).

5. TRATAMENTOS

- **Plano de tratamento** depende da presença de inflamação e/ou degeneração; de alterações sensitivas e/ou motoras e/ou edema; de desequilíbrios psíquicos (p.e., afastamento do paciente de sua atividade laboral).
- **PLANO GERAL** (cuidados gerais dos sintomas e sinais)**:**

- explicar ao paciente de que dor é resultado de longo tempo de exposição aos fatores de risco no trabalho e que o tratamento será longo;
- orientar correção de postura nas atividades cotidianas e para dormir no sentido de poupar alguns movimentos e favorecer outros.
- usar gelo ou calor, dependendo do caso, 3x ao dia durante 20 min, ou usar eletrotermoterapia, com programação individualizada, avaliando eficácia;
- pedir atenção às pequenas melhoras, pois compreender e valorizar isso podem ajudar o paciente a suportar os sintomas que ainda permanecem;
- se necessário, usar anti-inflamatórios, acompanhado ou não de relaxante muscular, ou outros fármacos, como antidepressivos tricíclicos em doses baixas;

5. TRATAMENTOS

- atividades de relaxamento muscular com massageador elétrico, hidromassagem, massagem manual ou retrógrada (para reduzir presença de edema) e outras técnicas de terapias corporal ou ocupacional, visando propiciar recuperação da capacidade de desenvolver atividades da vida diária gradativamente;
- exercícios passivos, ativo-assistidos e com resistências; ou exercícios isométricos, com estimulação tátil com diferentes texturas e exercício de pinça;
- usar *splint* para reduzir dor, manter integridade articular e melhorar a função, mas uso deverá ser criterioso, por tempo limitado e acompanhado por terapeuta;
- avaliação de desequilíbrios psíquicos existentes o mais precocemente possível;
- criação de espaços abertos para a verbalização de vivências pessoais;
- avaliar individualmente se necessidade de suporte específico para determinadas situações ou se um trabalho psicoterapêutico mais profundo e prolongado;
- fornecer acompanhamento e orientação familiar.

5. TRATAMENTOS

- **PLANO TERAPÊUTICO** (nos casos leves, não progressivos e não limitantes)**:**
- Injeção de colagenase diretamente na medula pré-tendínea: estudos mostram resolução completa da contratura de 57% a 65% dos casos e recorrência no 1º ano em 10% a 50% deles, sendo esta progressiva ao longo dos anos.
- Se diagnóstico precoce, pode-se usar injeção de triancinolona (corticosteróide sintético tópico para aliviar desconforto das articulações); entretanto, uma taxa de recorrência de 50% foi relatada na literatura.
- **PLANO CIRÚRGICO** (padrão-ouro nas formas progressivas da doença ou quando dificulta a utilização das mãos nas atividades diárias)**:**
- **Indicação de cirurgia** depende da idade, grau de contratura e limitação funcional. Pacientes jovens com doença grave têm indicação cirúrgica, mas chance de *reincidência é elevada*. Pacientes com história de trabalho pesado possuem *pior prognóstico* e *maior percentagem de complicações pós-cirúrgicas não-usuais*.

5. TRATAMENTOS

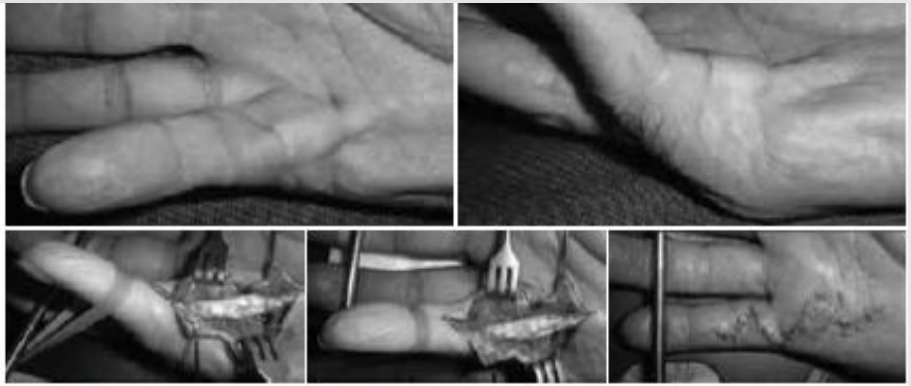


Figura 8. Fasciectomia regional

Figura 9. Fasciectomia parcial regional

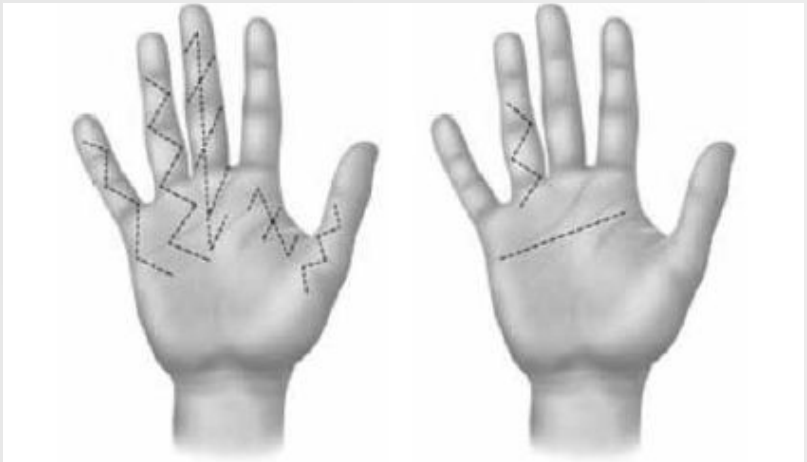


Figura 6. Tipo de incisões utilizadas para realização da fasciectomia na moléstia de Dupuytren

- **Opções cirúrgicas:**

1. <u>Fasciotomia regional/limitada/parcial</u> [mais comum]: em casos pequenos ou moderados. Incisões quebradas em múltiplos V, tipo Brunner. Cuidado para preservar as estruturas do feixe vásculo nervoso e sistema de polias.

5. TRATAMENTOS

2. Fasciotomia percutânea: em casos graves, como estágio de preparação à parcial. Correção parcial da deformidade em flexão (retração), mas tem alto índice de recidiva.
3. Fasciotomia extensa/total: raramente utilizada por ser de grande morbidade.
4. Aponeurectomia segmentar *[não identifiquei sobre o que se trata]*.
5. Amputação: última opção de tratamento.
6. Dermofasciectomia: casos de recidiva com grave comprometimento do tecido cutâneo. Pele patológica é substituída por enxerto de pele total.

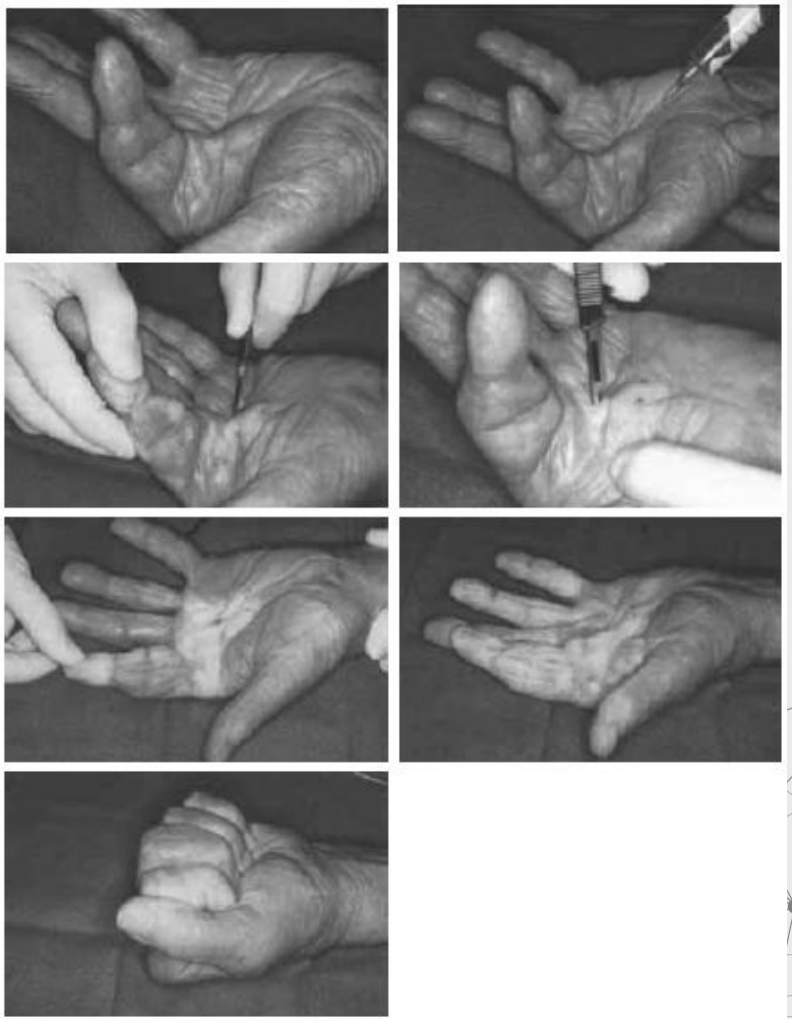


Figura 7. Fasciotomia percutânea

5. TRATAMENTOS

7. Método da palma aberta (Mac Cash): aguarda-se cicatrização secundária, ou seja, mantém a ferida cirúrgica aberta. Promove bons resultados, pois não há risco de formação de hematomas, mas requer tempo.

- **Complicações:** formação de hematoma (com conseqüente sofrimento da pele local) e recorrência da lesão; lesão de nervo digital; necrose; infecção.
- **Pós-operatório:** órteses (dispositivo para alinhamento), exercícios e tratamento da cicatriz (massagem, sucção e elastômeros de silicone).

Figura 10. Dermofasciectomia

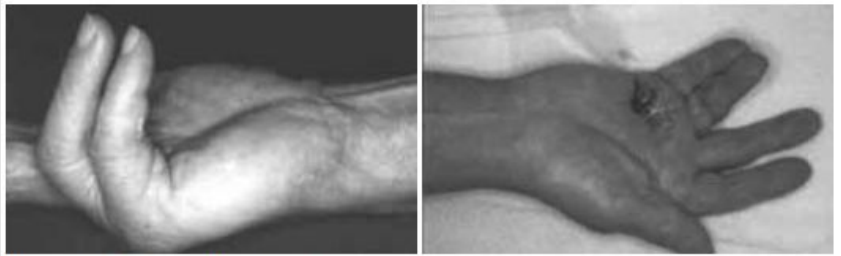


Figura 11. Técnica da palma aberta, com cicatrização por segunda intenção

6. REFERÊNCIAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114. Brasília (DF): Ministério da Saúde do Brasil; 2001, p. 433-34, 462-63.
- Mattar Junior R. Moléstia de Dupuytren. Einstein. 2008; 6(1): S138-S42.
- Amadio CR, Magalhães BM, Yazawa F, Simone K. Dupuytren's disease: what dermatologists need to know. An Bras Dermatol. 2018; 93(5): 764-74.

Obrigado...

.... e continue se cuidando!