

IDENTIFICAÇÃO DE PEDÍCULO(S) NO TRATAMENTO DE QUISTO MUCOSO DIGITAL

João Alves¹, Hugo Barreiros²

¹Interno do 4.º ano da Formação Específica em Dermatovenereologia/Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatovenereologia/Consultant of Dermatology and Venereology

Serviço de Dermatovenereologia, Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal

Centro de Dermatologia Epidermis, Instituto CUF, Porto, Portugal

RESUMO – Introdução: O quisto mucoso digital é uma lesão relativamente comum sendo a sua etiopatogenia controversa. Inicialmente admitia-se ser mucinose cutânea primária, resultante de processo degenerativo, sem relação com a articulação adjacente. Em contrapartida, actualmente, defende-se que resultam da comunicação com a articulação interfalângica distal. Estão descritos diversos tratamentos incluindo punção, aspiração, drenagem, crioterapia, laserterapia e excisão, com resultados variáveis e potenciais complicações. O objectivo deste trabalho consistiu em avaliar a eficácia e segurança de técnica cirúrgica que inclui a identificação e sutura de pedículo(s) que liga(m) o quisto mucoso digital à articulação interfalângica distal. **Material e Métodos:** Estudo retrospectivo dos doentes com diagnóstico de quisto mucoso digital submetidos a identificação e sutura de pedículo(s) no Serviço de Dermatovenereologia do Hospital Garcia de Orta, num período de um ano (Agosto 2012-Agosto 2013). **Resultados:** No período estudado foram operados 11 doentes com média de idades de 62 anos. Os quistos predominaram na mão direita (7). Em 2 casos identificaram-se 2 pedículos em simultâneo. Num follow-up mediano de 16 meses não se identificaram complicações nem recidivas. **Conclusões:** Os resultados obtidos suportam os dados da literatura que demonstram taxas de cura superiores às restantes técnicas, com menos complicações. Como desvantagens da técnica, salientam-se o tempo dispendido e necessária curva de aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE – Quisto mucoso digital; Azul de metileno; Dedos.

PEDICULE(S) IDENTIFICATION FOR THE TREATMENT OF DIGITAL MUCOUS CYST

ABSTRACT – Introduction: Digital mucous cyst is a relatively common lesion with controversial etiopathogenesis. Earlier it was considered a primary cutaneous mucinosis, as a result of a degenerative process, unrelated to the adjacent joint. Currently, it is believed that digital mucous cyst arise as a result of a communication with the distal interphalangeal joint. There are reported several treatments such as puncture, aspiration, drainage, cryotherapy, laser and excision with variable results and potential complications. The objective of this study was to evaluate the efficacy and safety of surgery that includes the identification and suture of the pedicle(s) that connects the digital mucous cyst to the distal interphalangeal joint. **Material and Methods:** A 1-year retrospective study (August 2012 - August 2013), including patients with digital mucous cyst treated with identification and suture of the pedicle(s) at the Department of Dermatology and Venereology of Hospital Garcia de Orta was performed. **Results:** During this period, 11 patients were submitted to surgery. The mean age was 62 years. The cysts were more often located on the right hand (7). In 2 cases, 2 pedicles were identified simultaneously. In a median follow-up of 16 months, there weren't complications neither relapses. **Conclusions:** The results are similar to the reported in the literature, revealing superior cure rates with fewer complications. As disadvantages of this technique, it is pointed the duration of the procedure and the necessary practical experience.

KEY-WORDS – Methylene blue; Cysts; Fingers; Mucus.

Dermatologia Cirúrgica

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

No conflicts of interest.

Suporte financeiro: O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

No sponsorship or scholarship granted.

Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent: Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Junho/June 2014; Aceite/Accepted - Julho/July 2014

Correspondência:

Dr. João Alves

Serviço de Dermatovenereologia

Hospital Garcia de Orta

Av. Torrado da Silva

2801-951, Almada, Portugal

Email: alves.joaovitor@gmail.com

INTRODUÇÃO

O quisto mucoso digital (QMD), também designado por quisto mixóide, é uma lesão relativamente comum que surge principalmente em mulheres adultas, mais frequentemente nos dedos das mãos, embora também possa localizar-se nos dedos dos pés¹. Tipicamente manifesta-se como nódulo translúcido, localizado na face dorsal da falange distal, potencialmente produzindo um sulco longitudinal da unha por compressão da matriz ungueal. Geralmente é assintomático, podendo eventualmente cursar com discreto desconforto local e libertar substância gelatinosa após microtraumatismos². Em relação à fisiopatologia, ainda hoje permanece controversa. Inicialmente considerava-se ser mucinose cutânea primária, resultante de processo degenerativo local, não se admitindo ligação etiológica com a articulação interfalângica³. Actualmente, a maioria dos autores defende que se trata de um ganglion, intimamente ligado à articulação interfalângica distal (IFD) por um ou vários pedículos⁴⁻⁶. Na sua génese estará uma artrite da articulação IFD que facilita o desenvolvimento de osteófitos e aumento do fluxo do fluido sinovial, promovendo erosão articular e formação de falhas que vão originar os pedículos e os quistos mixóides⁶. Como não têm revestimento epitelial, não são verdadeiros quistos, sendo a sua designação mais correcta de pseudoquisto mucoso ou mixóide⁶.

Vários tratamentos têm sido descritos, nomeadamente, a punção e drenagem simples, crioterapia, lasertapia, fotocoagulação, injeção de agente esclerosante ou corticoterapia intralesional⁴⁻⁹. Com estes tratamentos

raramente se atingem taxas de cura superiores a 80-90%, sendo as recidivas muito frequentes. Altas taxas de cura (superiores a 90%) estão associadas a cirurgias mais invasivas que envolvem a remoção de osteófitos, limpeza da cápsula articular e eventual retalho cutâneo para encerramento do defeito cirúrgico. No entanto, as complicações são maiores, existindo risco de comprometer a mobilidade articular e induzir distrofia ungueal definitiva^{4,5}.

A identificação e sutura de pedículo(s) surge como um método intermédio, com taxas de cura semelhantes às cirurgias mais invasivas, mas com menor número de complicações e morbilidade pós-operatória^{5,8,9}.

O objectivo deste trabalho consistiu em avaliar a eficácia e segurança da técnica cirúrgica que consiste na identificação e sutura de pedículo(s) que liga(m) o QMD à articulação IFD.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se estudo retrospectivo, com recurso aos processos clínicos e base iconográfica, dos doentes com diagnóstico de QMD submetidos a identificação e sutura de pedículo(s) no Serviço de Dermatovenereologia do Hospital Garcia de Orta, num período de um ano (Agosto 2012 - Agosto 2013). Foram estudados dados demográficos (idade e sexo) e clínicos (localização, número de pedículos identificados, complicações e recidivas). Descreve-se ainda pormenorizadamente a técnica cirúrgica utilizada.

Dermatologia Cirúrgica

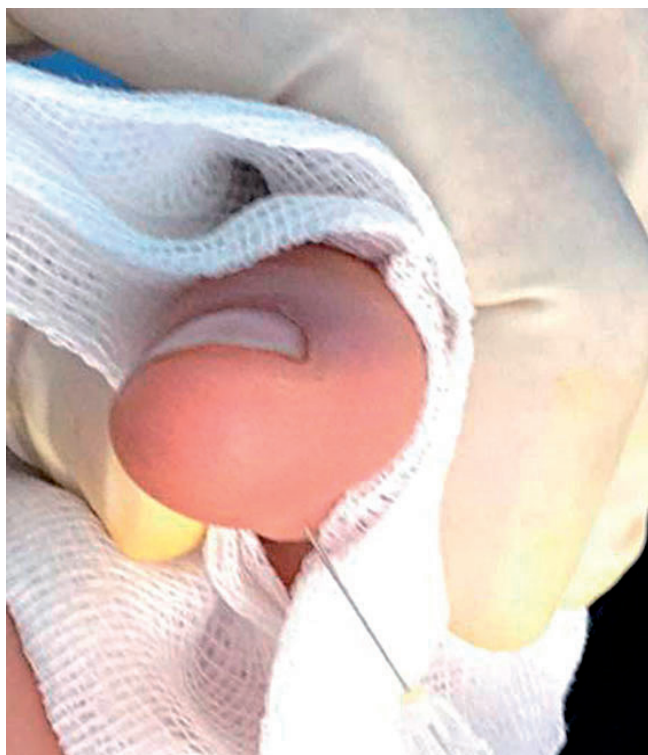


Fig 1 - Injeção de azul de metileno na articulação interfalângica distal.

Descrição da técnica:

1. Desinfecção com iodopovidona ou clorhexidina;
2. Aplicação de garrote;
3. Bloqueio anestésico distal com lidocaína a 2% (sem adrenalina);
4. Injeção de azul de metileno ou azul patente na articulação IFD com seringa de insulina e agulha 30 G (Fig. 1):
 - a. Flexão da falange distal do doente a 45°;
 - b. Inserção da agulha na face ventral do dedo, cerca de 5 mm proximalmente à prega interfalângica distal, na linha média, com uma inclinação de 30-45°;
 - c. Injeção de 0,05 mL de azul de metileno no interior da articulação;
5. Na maioria dos casos com injeção bem sucedida o QMD corará de azul;
6. Incisão cutânea, semicircular, realizada entre o QMD e a articulação IFD;
7. Desbridamento cuidadoso com identificação de pedículo(s), visualizados pela cor azul (Fig. 2 e 3);
8. Sutura de pedículo(s) com fio absorvível (geral-



Fig 2 - Identificação de pedículo (cor azul).

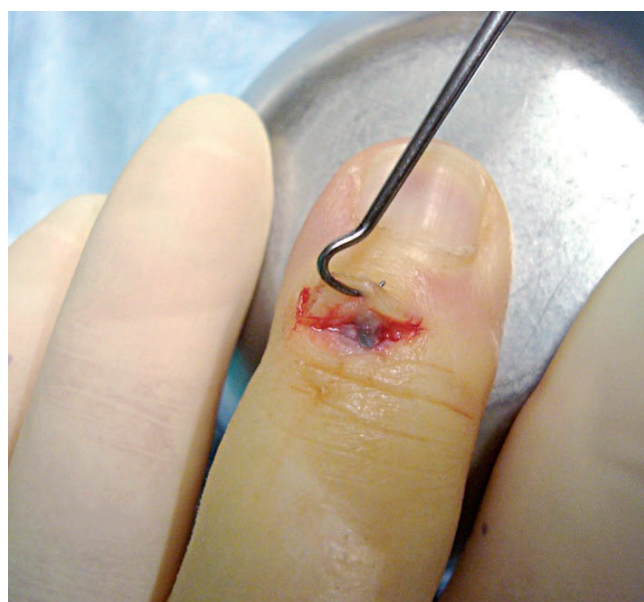


Fig 3 - Identificação de pedículo (cor azul).

- mente 5-0) (Fig. 4);
9. Punção e drenagem de QMD se ainda estiver intacto;
10. Sutura simples do defeito com fio não absorvível;
11. Elevação do membro nas primeiras 48h;
12. Penso simples realizado em dias alternados com desinfecção com iodopovidona;
13. Remoção de sutura entre o 10.º e o 15.º dia pós-operatório.

Dermatologia Cirúrgica



Fig 4 - Sutura de pedículo com fio absorvível 5-0.

RESULTADOS

Entre Agosto de 2012 e Agosto de 2013, 11 doentes foram submetidos a identificação e sutura de pedículo(s), no Serviço de Dermatovenereologia do Hospital Garcia de Orta. Nove eram mulheres e 2 homens. A idade média foi de 62 anos. O mais novo tinha 55 e o mais velho 69 anos. Todos os QMD localizavam-se nos dedos das mãos, predominando na direita (7 casos). Todos eram sintomáticos (dor, prurido ou alterações ungueais). Seis localizavam-se no segundo dedo, 4 no terceiro e 1 no primeiro. Na maioria dos casos foi apenas identificado um pedículo a ligar o QMD à articulação IFD. Em 2 casos (18%) foram identificados 2 pedículos em simultâneo. A duração total da técnica foi inferior a 30 minutos em todos os doentes, sendo a indução anestésica o principal factor condicionante do tempo cirúrgico. Num *follow-up* mediano de 16 meses (8-22 meses) não se registaram quaisquer complicações ou recidivas.

DISCUSSÃO

O QMD é patologia frequente na prática clínica. Enquanto que o diagnóstico é simples, o seu tratamento é complexo, sobretudo no que concerne à eficácia e risco de recidiva. A etiopatogenia permanece controversa, sendo que, actualmente, defende tratar-se de ganglion, intimamente ligado à articulação IFD por um ou mais pedículos⁴⁻⁶. Esta ligação foi inicialmente comprovada pela coloração que o QMD adquire após injeção de corante na articulação IFD⁵. Para

QMD sintomáticos (dor, prurido, exsudação, deformidade ungueal), os tratamentos mais simples consistem na punção, crioterapia, laserterapia, fotocoagulação, injeção de agente esclerosante ou corticoterapia intralesional⁴⁻⁷. No entanto, com estas técnicas, raramente se atingem taxas de cura satisfatórias, sendo a recidiva frequente^{4,5}. Têm sido descritos excelentes resultados, em termos de eficácia, com a utilização de técnicas cirúrgicas mais complexas que envolvam desbridamento, limpeza da cápsula articular, remoção de osteófitos e realização de retalhos cutâneos. Porém, com estes métodos, o risco de complicações e morbidade pós-operatória é maior⁵. O tratamento de QMD utilizando a identificação e sutura de pedículos tem sido apontada como técnica cirúrgica intermédia, alcançando altas taxas de cura com morbidade pós-operatória reduzida^{4,5,8,9}. Isto foi também confirmado na nossa experiência, onde num longo período de *follow-up* não se evidenciaram quaisquer recidivas ou complicações. O facto de todos os quistos intervençionados estarem localizados nos dedos das mãos diminuiu a probabilidade de recidiva. Os dois casos onde foram identificados 2 pedículos a ligarem a articulação IFD ao QMD chamam a atenção para a procura cuidada e sistemática de pedículos múltiplos, diminuindo assim também, de sobremaneira, a possibilidade de recidiva.

Como se trata de técnica cirúrgica simples, envolvendo manipulação tecidual mínima, as complicações cirúrgicas são raras. Estão descritas a infecção, hemorragia, reacção de corpo estranho e cicatriz atrófica^{4,5,9}. As duas primeiras são inerentes a qualquer procedimento cirúrgico, sendo minimizadas pela assepsia, desinfecção cuidada e controlo eficaz da hemostase. A sutura do pedículo com fio absorvível pode, eventualmente, levar à formação de granuloma de corpo estranho e cicatriz atrófica. Esta complicação é menos provável caso se suture o pedículo apenas com um ponto simples, evitando deixar as pontas do nó compridas. As recidivas são raras e dependem, sobretudo, da localização do QMD e da realização adequada da técnica cirúrgica. O tratamento dos QMD localizados nos dedos dos pés têm maiores taxas de recidiva, estando a eficácia descrita na ordem dos 57%⁴. A recidiva ocorre pelo facto da pressão intra-sinovial ser significativamente aumentada pelo ortostatismo e deambulação, motivo de persistência, recorrência e aparecimento de novos pedículos⁴. Outra causa de recidiva consiste na realização inadequada da injeção de azul de metileno na articulação. Qualquer erro na realização deste passo compromete a correcta identificação dos

Dermatologia Cirúrgica

pedículos, motivo pelo qual, esta técnica necessita de curva de aprendizagem mínima, para se reduzir a probabilidade de recidiva. É, assim, fundamental injectar a quantidade adequada de azul de metileno intra-articular para que seja possível corar todos os pedículos, podendo assim serem facilmente identificados. Esta quantidade não deve ser superior a 0,1 mL pelo perigo de comprometimento visual ao corar todo o campo operatório de azul. Deve ainda salientar-se que cerca de 10% dos pedículos se encontram muito lateralizados, sendo necessário alargar a incisão cutânea para correcta identificação⁹.

A técnica de identificação de pedículo(s) no tratamento de QMD surge assim como método seguro e eficaz, confirmando-se estes dados pela experiência do nosso Serviço assim como vários trabalhos na literatura. Como possíveis desvantagens desta técnica apontam-se a ineficácia no tratamento dos QMD dos pés, o tempo dispendido para a sua realização e necessária curva de aprendizagem.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos na nossa série suportam os da literatura que demonstram que a identificação de pedículo(s) no tratamento de QMD têm taxas de cura superior aos métodos de tratamento mais simples, com menos complicações relativamente às técnicas cirúrgicas mais complexas. O azul de metileno permite localizar com exactidão e quantificar o número de pedículos, diminuindo assim a probabilidade de recidiva.

REFERÊNCIAS

1. Connolly M, de Berker DA. Multiple myxoid cysts secondary to occupation. *Clin Exp Dermatol.* 2006; 31:404-6.
2. Lin YC, Wu YH, Scher RK. Nail changes and association of osteoarthritis in digital myxoid cyst. *Dermatol Surg.* 2008; 34:364-9.
3. Johnson WC, Graham JH, Helwig EB. Cutaneous myxoid cyst: a clinicopathological and histochemical study. *JAMA.* 1965; 191:15-20.
4. de Berker D, Lawrence C. Ganglion of the distal interphalangeal joint (myxoid cyst): therapy by identification and repair of the leak of joint fluid. *Arch Dermatol.* 2001; 137:607-10.
5. Lawrence C. Skin excision and osteophyte removal is not required in the surgical treatment of digital myxoid cysts. *Arch Dermatol.* 2005; 141:1560-4.
6. Minami S, Nakagawa N, Ito T, Sadanobu N, Lin Y, Natsuaki M, et al. A simple and effective technique for the cryotherapy of digital mucous cysts. *Dermatol Surg.* 2007; 33:1280-2.
7. Córdoba S, Romero A, Hernández-Nuñez A, Borbujo JM. Treatment of digital mucous cysts with percutaneous sclerotherapy using polidocanol. *Dermatol Surg.* 2008; 34:1387-8.
8. Haneke E. Advanced nail surgery. *J Cutan Aesthet Surg* 2011; 4:163-4.
9. Richert B. Surgery of the distal interphalangeal joint. In: Richert B, Di Chiacchio N, Haneke E, editors. *Nail surgery*, New York: Informa Healthcare; 2011. p.165.