

## Doença de Dupuytren em Mulheres: Experiência em um Hospital Terciário

*Dupuytren's Disease in Women: Experience in a Tertiary Hospital*

*Contractura De Dupuytren en Mujeres: Experiencia en un Hospital Terciario*

Thiago Lacerda de **CARVALHO**

Médico Residente em Cirurgia da Mão do Departamento de Ortopedia e Anestesiologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), 14049-900 Ribeirão Preto -SP, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0001-5876-2663>

Jorge Garcia **BONFIM**

Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia do Departamento de Ortopedia e Anestesiologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), 14049-900 Ribeirão Preto -SP, Brasil  
<https://orcid.org/0009-0002-5992-7911>

Leonardo Palermo de Souza **BARBOSA**

Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia do Departamento de Ortopedia e Anestesiologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), 14049-900 Ribeirão Preto -SP, Brasil  
<https://orcid.org/0009-0007-3683-2529>

Rafael Maschietto Lavigne **GESTEIRA**

Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia do Departamento de Ortopedia e Anestesiologia, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), 14049-900 Ribeirão Preto -SP, Brasil  
<https://orcid.org/0009-0001-1738-4472>

Sara Dadona Correia **SERRANO**

Médica Assistente da Divisão de Cirurgia da Mão, Microcirurgia e do Membro Superior do Complexo HC-FMRP-USP Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), 14049-900 Ribeirão Preto -SP, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-0739-6522>

Luís Guilherme Rosifini Alves **REZENDE**

Professor e Responsável pela Divisão de Cirurgia da Mão, Microcirurgia e Reconstrução do Membro Superior do Departamento de Ortopedia e Anestesiologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), 14049-900 Ribeirão Preto -SP, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-2037-0135>

### Resumo

**Introdução.** A Doença de Dupuytren é uma condição hereditária, benigna, crônica e progressiva que se caracteriza por alterações fibróticas da fáscia palmar e digital, levando a limitação de movimentos dos dedos, bem como deformidades e contraturas. É mais comum no sexo masculino, porém existem poucos estudos que avaliam a doença no sexo feminino. O objetivo deste estudo é avaliar a Doença de Dupuytren no sexo feminino. **Métodos.** Estudo retrospectivo baseado na revisão de prontuário que analisou a doença de Dupuytren em pacientes do sexo feminino, correlacionando com a evolução e resultados pós-operatórios. **Resultados.** Das 24 mulheres analisadas, 91,6% possuíam indicação cirúrgica e 78,2% foram operadas, sendo 62,5% classificadas como Tubiana 3 ou 4. A síndrome do túnel do carpo esteve presente em 33,3% dos casos. **Conclusão.** A doença de Dupuytren apresenta uma evolução mais grave em pacientes do sexo feminino.

**Descritores:** Contratura de Dupuytren; Mão; Fibromatose Agressiva.

### Abstract

**Introduction.** Dupuytren's disease is a hereditary, benign, chronic and progressive condition that is characterized by fibrotic changes in the palmar and digital fascia, leading to limited finger movements, as well as deformities and contractures. It is more common in males, but few studies evaluate the disease in females. This study aims to evaluate Dupuytren's Disease in females. **Methods.** A retrospective study that analyzed Dupuytren's disease in female patients, correlating it with postoperative evolution and outcomes. **Results.** Of the 24 women analyzed, 91.6% had surgical indications, and 78.2% underwent surgery, with 62.5% classified as Tubiana 3 or 4. Carpal tunnel syndrome was present in 33.3% of cases. **Conclusion.** Dupuytren's disease has a more severe course in women.

**Descriptors:** Dupuytren Contracture; Hand; Fibromatosis, Aggressive.

### Resumen

**Introducción.** La contractura de Dupuytren es una afección hereditaria, benigna, crónica y progresiva que se caracteriza por fibrosis de la fascia palmar y digital, que provocan movimientos limitados de los dedos, así como deformidades y contracturas. Es más común en hombres, sin embargo existen pocos estudios que evalúen la enfermedad en mujeres. El objetivo de este estudio es evaluar la contractura de Dupuytren en mujeres. **Métodos.** Estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas que analizó la contractura de Dupuytren en mujeres, correlacionándola con la evolución postoperatoria y los resultados. **Resultados.** De las 24 mujeres analizadas, el 91,6% tenía indicación quirúrgica y el 78,2% fue intervenida quirúrgicamente, clasificándose el 62,5% como Tubiana 3 o 4. El síndrome del túnel carpiano estuvo presente en el 33,3% de los casos. **Conclusión.** La contractura de Dupuytren tiene un curso más grave en mujeres.

**Descriptores:** Contractura de Dupuytren; Mano; Fibromatosis Agresiva.

## INTRODUÇÃO

A Doença de Dupuytren é uma condição hereditária, benigna, crônica e progressiva que se caracteriza por alterações fibróticas da fáscia palmar e digital, levando a limitação de movimentos dos dedos, bem como deformidades e contraturas. Assim, existem controvérsias sobre a possibilidade de atingir a cura ou quanto a reversibilidade da incapacidade funcional e recuperação completa das atividades diárias<sup>1-4</sup>.

A doença é inicialmente percebida na mão dominante de indivíduos caucasianos entre 50 e 70 anos, com preferência pelo sexo masculino, numa relação de aproximadamente 10:1. A partir

da nona década de vida, acomete igualmente homens e mulheres. Geralmente os pacientes apresentam acometimento de dois ou três dedos, sendo o quarto dedo o mais afetado em até 63% dos casos. Cerca de 50% dos pacientes possuem doença bilateral e assimétrica<sup>5-8</sup>.

Doença de Dupuytren possui alta prevalência no norte europeu, porém, sua etiologia e fisiopatologia permanecem incertas. É uma doença autossômica dominante, com alguns fatores de risco bem estabelecidos como diabetes mellitus, etilismo e uso de anticonvulsivantes. Alterações vasculares, liberação de citocinas e fatores de crescimento promovem o aumento da

produção de colágeno tipo III, e proliferação de miofibroblastos, com conseqüente formação de nódulos e a transformação da fáscia em cordas, originando a deformidade. A doença afeta principalmente estruturas fasciais longitudinais. A literatura também indica que estados hiperandrogênicos estariam ligados ao surgimento da contratura de Dupuytren<sup>8-13</sup>.

O processo evolutivo da doença é dividido histologicamente em três fases ou estágios, conforme descritas por Luck. O primeiro estágio ou proliferativo é caracterizado pela proliferação celular, particularmente de miofibroblastos, e produção de colágeno desorganizado. O segundo estágio ou involutivo caracteriza-se por células que começam a apresentar um alinhamento ao longo das linhas de tensão tecidual. Já o terceiro estágio ou residual apresenta substituição dos miofibroblastos por tecido de colágeno firme, acelular, com formação de cordas<sup>14</sup>.

Nas duas primeiras fases, o paciente queixa-se primordialmente de dor. Nesse estágio, devemos ficar atentos à presença de nódulos e de aderência da pele a estruturas profundas ("dimpling"). Na terceira fase se desenvolvem as cordas, gerando a queixa principal desta fase: limitação funcional principalmente à extensão de interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas, caracterizando a deformidade em contratura dos dedos. O diagnóstico é clínico. O *Table top test*, descrito por Hueston (Figuras 1 e 2), é positivo quando o paciente é incapaz de colocar a mão totalmente espalmada sobre uma mesa. Há também o *Pocket test*, positivo quando o paciente apresenta dificuldade em colocar a mão no bolso devido à deformidade do dedo<sup>15-17</sup>.

Em alguns pacientes, podem apresentar também alterações da fáscia plantar (doença de *Ledderhose*) e alterações penianas (doença de *Peyronie*)<sup>18,19</sup>. A associação das três patologias configura a diátese de Dupuytren, representando pior prognóstico. Exames de imagem não são necessários para o diagnóstico, entretanto são ferramentas para descartar diagnósticos diferenciais.



Figura 1. Table Top Test: pré-operatório (Fonte: acervo do autor)



Figura 2. Table Top Test: pós-operatório (Fonte: acervo do autor)

A classificação de Tubiana (Tabela 1) envolve a soma do déficit de extensão passiva das metacarpo-falangeanas e interfalangeanas proximais. A classificação determina gravidade e permite comparar e quantificar resultados<sup>20,21</sup>.

Tabela 1. Classificação de Tubiana para Doença de Dupuytren.

Graus	Soma do déficit de extensão passiva
Grau I	0°-45°
Grau II	46°-90°
Grau III	91°-135°
Grau IV	> 135°

Fonte: Traduzido de Tubiana<sup>21</sup>

A doença possui taxa de recorrência variável, de acordo com o tipo de intervenção realizada. Estudos propõem que pacientes do sexo feminino teriam taxas de recidiva mais elevadas e ganhos cirúrgicos menos expressivos, bem como escores de funcionalidade piores após tratamento cirúrgico.<sup>20-25</sup>

O objetivo deste estudo é avaliar a Doença de Dupuytren em mulheres operadas em um hospital terciário.

#### MATERIAL E MÉTODO

Estudo retrospectivo, baseado na revisão de prontuário de pacientes do sexo feminino portadores de doença de Dupuytren no período de 1990 a 2023. As variáveis idade, gênero, etnia, comorbidades, dados do exame físico, dos exames de imagem e exames complementares, bem como retorno ao trabalho e cicatrização são avaliados. Os critérios de inclusão foram: pacientes portadores de doença de Dupuytren, no período de 1990 a 2023 num serviço de hospital terciário. Os critérios de exclusão foram: contratura pós-traumática dos dedos, sexo masculino.

#### RESULTADOS

Nossa amostra contou com 24 pacientes do sexo feminino diagnosticadas e acompanhadas devido a doença de Dupuytren, com média de idade de 60 anos (39-90 anos). A etnia caucasiana foi predominante, representando 70,8% da amostra. Associação com diabetes, etilismo, e uso de neuroléptico foi identificada em apenas 25%, 20,8% e 20,8%, respectivamente. Nenhuma das pacientes reconheceu descendência nórdica, porém 37,5% da amostra possuía descendência italiana. Todas as pacientes possuíam a mão direita como dominante. O tempo médio de doença foi de 4,8 anos no momento da avaliação de indicação cirúrgica. 33,3% da amostra também apresentou síndrome do túnel do carpo, confirmando a importante associação destas patologias. Do total de pacientes, 54,1% apresentavam doença em 2 ou mais dedos, sendo o quarto e quinto dedos os mais acometidos (91%), e 12 pacientes tinham acometimento bilateral. Quinze pacientes apresentavam contratura mais grave, sendo classificadas como Tubiana III ou IV, sendo que

52% da amostra total foi classificada como Tubiana Estágio III. Duas pacientes não se apresentavam na fase residual de Luck, estando na fase proliferativa.

Das 24 pacientes incluídas no estudo, duas não possuíam indicação cirúrgica por estarem na fase proliferativa, enquanto outras quatro ainda não haviam sido submetidas a tratamento cirúrgico, desta maneira, 78,2% já haviam sido operadas, pela técnica da palma aberta de McCash modificada<sup>13</sup>. A média de tempo para cicatrização total da ferida foi de 5,2 semanas, sem recidivas documentadas durante todo o seguimento. E bom retorno da função da mão em comparação ao pré-operatório.

## DISCUSSÃO

Observa-se uma escassez de estudos na literatura direcionados especificamente para a doença de Dupuytren em mulheres. Um estudo francês de 2012 contou com uma amostra significativa de 67 pacientes, todas da etnia caucasiana, enquanto no nosso estudo, apesar de predominante, a etnia caucasiana constituiu 70,8% da amostra. A associação com diabetes mellitus (tipo 1 e 2) neste mesmo estudo correspondeu a 10,5% da amostra, foi encontrada na nossa amostra um percentual maior, de 25%. Fator demográfico interessante da nossa amostra é a prevalência de descendentes italianos (37,5%). Sabidamente a doença de Dupuytren possui relação com descendência nórdica, não mediterrânea, no entanto, devido ao extenso fluxo de migração dentro da Europa e enfraquecimento de laços familiares quando da imigração para o Brasil no passado, possa ter modificado esta relação.<sup>11,22-25</sup>

O tempo médio de doença apresentado em nosso estudo foi de 4,8 anos, em concordância com os estudos de Ferry et al.<sup>11</sup> (3,8 anos). A prevalência em relação ao lado acometido foi também similar, 25% de acometimento na mão direita e mão esquerda, e 50% de bilateralidade. Os dedos ulnares foram os mais acometidos, achado corroborado por diversos estudos, tanto para prevalência geral quanto para estudos que consideraram apenas o sexo feminino.

Em nosso estudo, 62,5% das pacientes foram classificadas com Tubiana 3 ou 4, inferindo um acometimento mais grave nesta população. Esse dado foi corroborado por Ferry et al.<sup>11</sup>, sinalizando que durante a avaliação de pacientes do sexo feminino com doença de Dupuytren, a estratégia cirúrgica deva ser feita com cuidado e expondo os riscos cirúrgicos mais detalhadamente.

A associação vista em 33,3% da amostra com a síndrome do túnel do carpo é importante e necessita investigação mais aprofundada em um estudo específico. A causa dos sintomas pode ser

a proliferação da fásia palmar e compressão do nervo mediano próximo à sua emergência do túnel do carpo.

Alguns autores apontam para uma doença lentamente progressiva em mulheres.<sup>22</sup> Outros, indicam resultados pós-operatórios desfavoráveis.<sup>23-25</sup> Estudos indicam que mulheres são mais propensas a realização de *flare reaction*, contudo, independente da reação, o resultado pós-operatório para perda de função do dedo aparenta ser pior nesta população.<sup>24,25</sup> Entretanto, as pacientes de nosso estudo apresentaram boa função pós-operatória, sem recidivas documentadas até o momento.

Degreef et al.<sup>23</sup> ressaltam a forte associação com ombro congelado. Contudo não encontramos esta relação em nenhuma das pacientes estudadas, o que inclui a não observação de *flare reaction* no pós-operatório em nenhuma das pacientes analisadas.

## CONCLUSÃO

Concluimos que a doença de Dupuytren é aparentemente mais grave em pacientes do sexo feminino. Contudo, estudos com uma amostra maior são necessários.

## REFERÊNCIAS

1. Walthall J, Anand P, Rehman UH. Dupuytren Contracture. 2021 Nov 9. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 30252330.
2. Zoubos AB, Stavropoulos NA, Babis GC, Mavrogenis AF, Kokkalis ZT, Soucacos PN. The McCash technique for Dupuytren's disease: our experience. *Hand Surg*. 2014;19(1):61-7.
3. Lesiak AC, Jarrett NJ, Imbriglia JE. Modified McCash Technique for Management of Dupuytren Contracture. *J Hand Surg Am*. 2017;42(5):395.e1-395.e5.
4. Jacobsen K, Holst-Nielsen F. A modified McCash operation for Dupuytren's contracture. *Scand J Plast Reconstr Surg*. 1977;11(3):231-3..
5. Schuhl JF. La cicatrization dirigée dans le traitement des maladies de Dupuytren par la méthode de McCash [Controlled healing in the treatment of Dupuytren's contracture by the McCash's technic]. *J Chir*. 1987;124(11):622-5.
6. Zachariae L. Operation for Dupuytren's contracture by the method of McCash. *Acta Orthop Scand*. 1970;41(4):433-8.
7. MCCash CR. The open palm technique in dupuytren's contracture. *Br J Plast Surg*. 1964;17:271-80.
8. Roulet S, Bacle G, Guéry J, Charruau B, Marteau E, Laulan J. Outcomes at 7 and 21 years after surgical treatment of Dupuytren's disease by fasciectomy and open-palm technique. *Hand Surg Rehabil*. 2018t;37(5):305-10.
9. Lehmann L, Lanz U. Die "open-palm"-Technik in der Behandlung der Dupuytren'schen Kontraktur [The "open-palm" technic in the treatment of

- Dupuytren's contracture]. Handchirurgie. 1977;9(1):7-10.
10. Lubahn JD. Open-palm technique and soft-tissue coverage in Dupuytren's disease. Hand Clin. 1999;15(1):127-36.
  11. Ferry N, Lasserre G, Pauchot J, Lepage D, Tropet Y. Particularités de la maladie de Dupuytren chez la Femme. À propos de 67 cas. Ann Chir Plast Esthet., 2013;58(6):663-69.
  12. Pagnotta A, Specchia N, Soccetti A, Manzotti S, Greco F. Responsiveness of Dupuytren's disease fibroblasts to 5-alpha- dihydrotestosterone. J Hand Surg Am 2003;28:1029-1034.
  13. Silva ACLda, Milhomens GRdosS, Cardeal AC, Rezende LGRA, Shimaoka, FJ, Mazzer N. Experiência de um Hospital Terciário com a Técnica de McCash para o Tratamento de Dupuytren. Arch Health Invest, 2023;12(1),1-5.
  14. Luck JV. Dupuytren's contracture – a new concept of the pathogenesis correlated with surgical management. J Bone Joint Surg Am. 1959;41: 635–64.
  15. Hueston JT. The table top test. Hand. 1982;14(1):100-3..
  16. Hueston J. Lessons in Dupuytren's disease. Ann Chir Main Memb Super. 1992;11(5):349-54.
  17. Bayat A, McGrouther DA. Management of Dupuytren's disease--clear advice for an elusive condition. Ann R Coll Surg Engl. 2006;88(1):3-8.
  18. Ledderhose G. Über zerreisungen der plantarfascie. Arch Klin Chir. 1894;48:853-56.
  19. Peyronie DL. Sur quelques obstacles qui s'opposent a l'éjaculation naturelle de la semence. Mem Acad R Chir. 1743;1:425.
  20. Tubiana R, Simmons BP, DeFrenne HA. Location of Dupuytren's disease on the radial aspect of the hand. Clin Orthop Relat Res. 1982;(168):222-29.
  21. Tubiana R. Dupuytren's disease of the radial side of the hand. Hand Clin 1999;15(1):149–59
  22. Stahl S, Calif E. Dupuytren's palmar contracture in women. Isr Med Assoc J. 2008;10(6):445-47.
  23. Degreeef I, Steeno P, De Smet L. A survey of clinical manifestations and risk factors in women with Dupuytren's disease. Acta Orthop Belg. 2008;74(4):456-60.
  24. Zemel NP. Dupuytren's contracture in women. Hand Clin. 1991;7(4):707-11.
  25. Zemel NP, Balcomb TV, Stark HH, Ashworth CR, Rickard TA, Anderson DR, Hull DB. Dupuytren's disease in women: evaluation of long-term results after operation. J Hand Surg Am. 1987;12(6):1012-6.

## CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse

## AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

### Thiago Lacerda de Carvalho

Hospital das Clínicas da FMRP-USP  
Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre  
14049-900 Ribeirão Preto – SP, Brasil  
E-mail: thiagoldecarvalho@hotmail.com

Submetido em 05/10/2023

Aceito em 22/05/2024