

---

# CIRURGIA DE MÃO

---

*Mão é um milagre que temos, um mistério com o qual vivemos, uma realidade que usamos como ferramenta...  
... sem nos preocuparmos (Walter Screw, 1967).*

## cistos de mão ou punho

*Osvandré Rech  
Antônio Severo*

Os cistos ou gânglios representam 50 a 70% do total de tumores de tecido mole da mão; em algumas séries, essa percentagem é ainda maior. Geralmente, o cisto está ligado à camada mais profunda da cápsula articular, tendão ou bainha sinovial dos tendões. Os cistos são prevalentes em mulheres (3:1) e geralmente ocorrem (70%) entre a segunda e a quarta década de vida. Os cistos não são raros em crianças, tendo sido relatados da primeira à oitava década de vida (Angelides, 1993).

A alteração estética, dor e diminuição da força de apreensão são as queixas mais freqüentes, estando presente o evento traumático em apenas 10% dos casos. Traumas agudos e microtraumas de repetição parecem ser os fatores etiológicos no desenvolvimento dos cistos, cuja malignidade não tem sido relatada. Esses podem aparecer de forma súbita ou insidiosa e não respondem bem ao tratamento conservador; podem, no entanto, regredir com o repouso ou aumentar com a atividade; finalmente, podem romper-se ou desaparecer espontaneamente (Angelides, 1993).

O exame radiológico é geralmente normal; no entanto, cistos intra-ósseos podem ser identificados determinando mudanças osteoarticulares observadas na articulação interfalangeana distal ou articulação carpometacarpiana. A comunicação entre a articulação e o cisto é demonstrada com o artrograma e não com cistograma, já que o caminho é unidirecional através de um mecanismo valvular (Lech, 1986).

## Localização

Os cistos ocorrem com maior frequência no dorso do punho, na região volar radial do punho ou no interior da bainha sinovial dos tendões. Outras regiões também são acometidas, entre elas: articulação interfalangeana proximal, articulação interfalangeana distal, tendão extensor, túnel carpal (2,4), túnel ulnar, intra-óssea (Fig. 1), fossa supra-espinhosa do ombro (Olivi, 1993), ligamento escafoide-semilunar (Fig. 1).

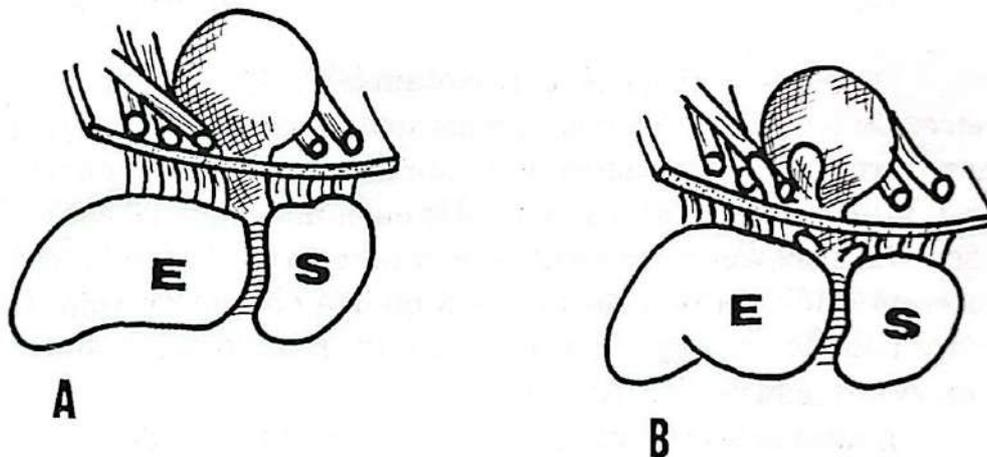
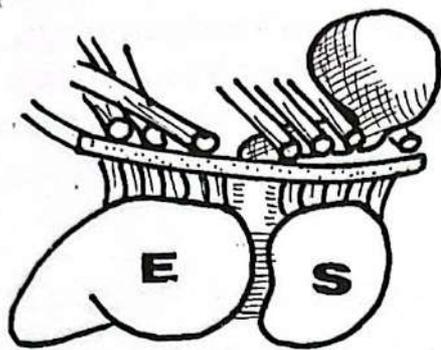


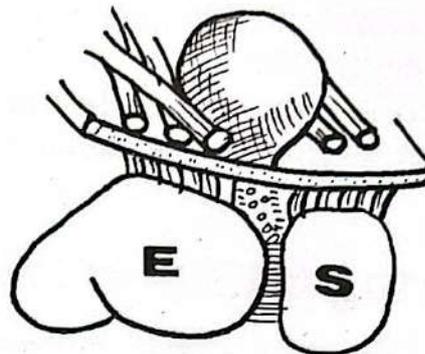
Figura 1 - Vários tipos de cisto.

A - Cisto ligado à cápsula articular do ligamento escafoide-semilunar.

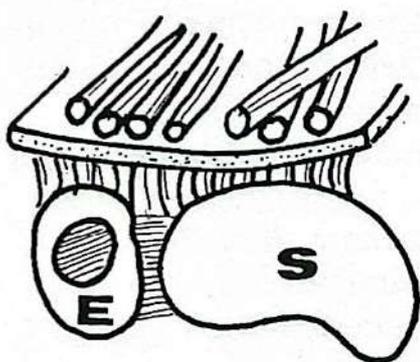
B - Cisto multilobular, pequeno cisto intra-articular.



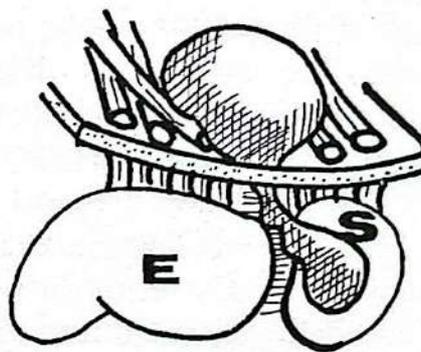
C



D



E



F

*C - Cisto com longo pedículo ligado ao ligamento escafóide-semilunar.*

*D - Cisto ligado ao tecido conjuntivo da cápsula articular.*

*E - Cisto intra-ósseo.*

*F - Cisto ligado ao cisto intra-ósseo: é muito raro; a completa incisão é muito importante.*

## **Anatomia microscópica**

A descrição microscópica é bem conhecida, embora não haja unanimidade na interpretação desses achados. Microscopicamente, o cisto pode ser simples ou multilobulado, liso, branco e translúcido. A parede é composta por fibras de colágeno com presença de células achatadas sem evidência de revestimento epitelial ou sinovial. Esses achados são confirmados ao microscópio eletrô-

nico. Não existe reação ou atividade mitótica. O conteúdo do cisto é caracterizado por líquido altamente viscoso, límpido, mucinogelatinoso, composto de glucosaminas, albumina, globulina e altas concentrações de ácido hialurônico. Em alguns casos, pode estar diluída em hemácias (sangue).

## Patogenia

A patogenia dos cistos é obscura, e a revisão da literatura é confusa. Desde Hipócrates, o primeiro a relatar como forma de nós o tecido contendo carne mucóide, numerosas teorias especulativas, com pouco embasamento científico, têm sido relatadas (Silva, 1993). Isso se tornou particularmente importante nos séculos XVIII e XIX, quando os anatomistas sugeriram hipóteses, dentre as quais se citam:

- . herniação sinovial ou ruptura da bainha tendínea (Eller, 1746);
- . tecido embrionário residual (Hoeftman, 1876);
- . novo crescimento da membrana sinovial (Henle, 1847);
- . modificação da bursa ou cistos degenerativos (Vogt, 1881).

Atualmente, a teoria mais aceita é a da degeneração mucóide, que foi descrita em 1882 por Ledderhouse e popularizada anos depois por Carp e Stout.

## Tratamento conservador

A descrição de altas taxas de recidiva e outras complicações cirúrgicas tem sido o principal estímulo para procurar métodos não cirúrgicos. Como tratamento conservador, citam-se: pressão digital, imobilização, aspiração e infiltração com corticóide, transfixação, soluções esclerosantes com injeção de hialuronidase. Esses métodos têm sido descartados ou pouco considerados, a não ser pelo valor histórico. Mais recentemente, o tratamento de transfixar o cisto tem sido novamente utilizado, porém ainda é suscetível a dúvidas e críticas. Todos os métodos não cirúrgicos têm limitado sucesso. Por exemplo, a aspiração do cisto e a instalação de lidocaína (xilocaína) e betametasona (celestone) dentro do cisto reduzem a massa e aliviam os sintomas apenas por um período limitado de tempo.

O mais importante é assegurar ao paciente que essa é uma patologia benigna que não exige tratamento imediato, possuindo indicação cirúrgica somente em casos de dor, perda funcional, ou alteração cosmética, e que o tratamento conservador foi abandonado pela medicina contemporânea.

## Tratamento preferido pelos autores

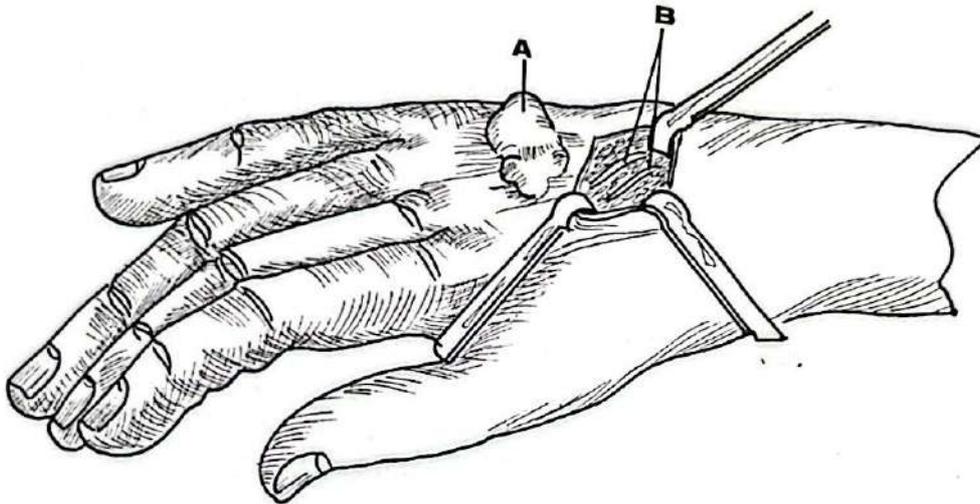
Inicialmente, explica-se ao paciente que se trata de patologia benigna e que pode involuir. Nos casos em que existe dor significativa, utilizamos imobilização com tala gessada até a extremidade dos dedos, por duas semanas, e uso de analgésicos e Aine. Caso a dor persista e influencie na qualidade de trabalho ou lazer, ou o paciente decida-se por tal, indicamos a cirurgia.

O cisto deve ser completamente excisado. Utilizamos torniquete pneumático ou banda de Esmarch, sob anestesia loco-regional ou local (Figs. 2 e 3). O uso de lupas oculares ou de microscópio é encorajado na excisão cirúrgica de qualquer tipo de tumor na mão. Antes do fechamento da ferida operatória, uma rigorosa hemostasia deve ser realizada, e a cápsula com pertuito é fechada com sutura de vicril 3-0. Libera-se o torniquete e efetua-se novamente a hemostasia, caso necessário. A ferida, então, é fechada com fio não absorvível, utilizando-se pontos simples (nº 5-0) ou sutura intradérmica (nº 3-0) (Figs. 4, 5, 6).

Finalmente, realiza-se um curativo compressivo e macio na mão e punho. O paciente é orientado a manter o membro superior elevado ou em tipóia, medida simples que evita a estase sanguínea pós-operatória, aliviando a dor e o edema.

CARR L., STOUT A.P.: A STUDY OF GANGLION, WITH SPECIAL REFERENCE TO TREATMENT. SURG GYN&OBSTET 47:460-468, 1928

SOUSA A., LECHE O.: CISTAS DE MÃO OU PUNHO. PEQUENAS CIRURGIAS AMBULATORIAIS - PAULO R. REICHERT, EDIÇÃO PP 77-86, 1998.

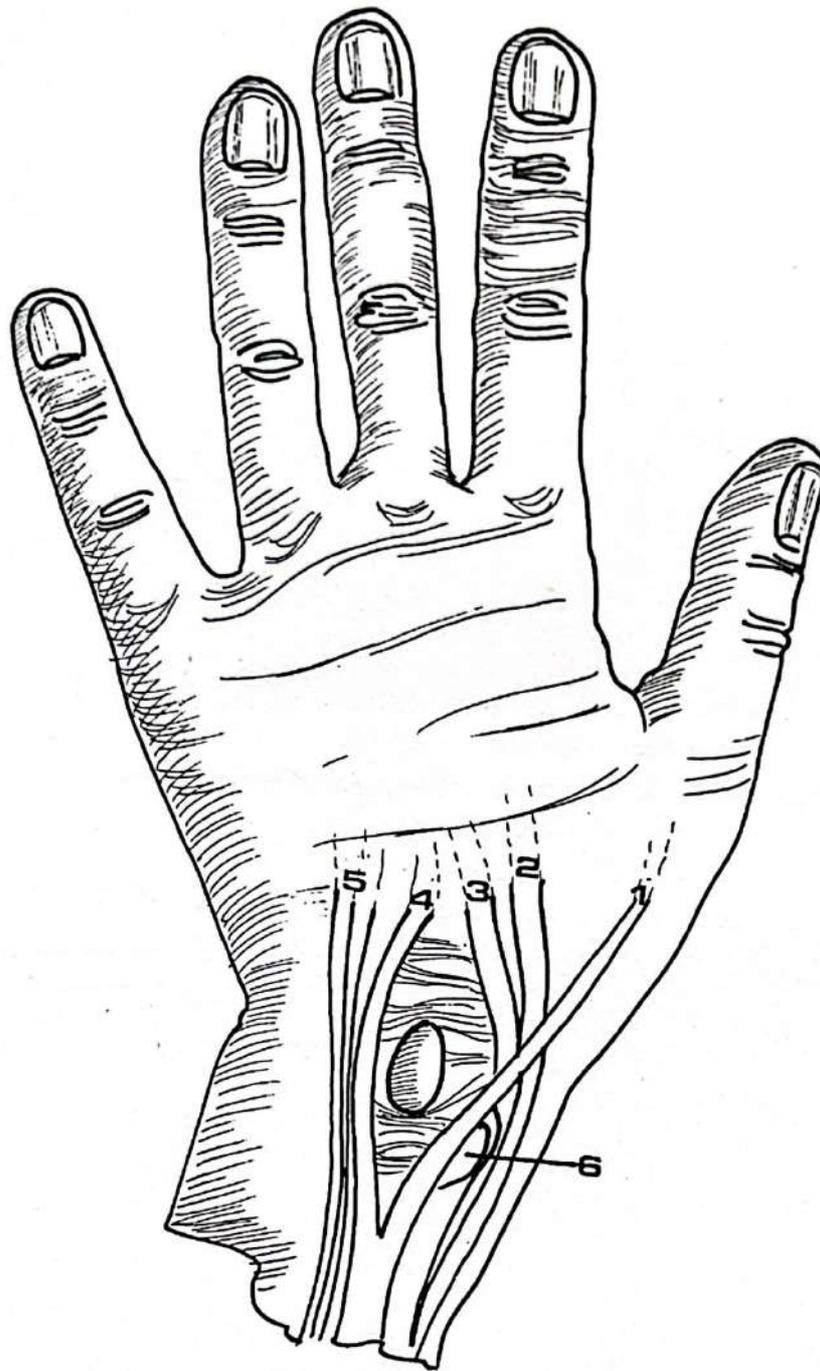


*Figura 2 - Relação entre a excisão do cisto e a cápsula articular.*

*A - Cisto removido.*

*B - Cápsula articulada e excisada.*

*Com uma excisão transversa ao nível do dorso do punho, a massa tumoral (cisto) é exposta e removida. Uma excisão meticulosa da margem e base do cisto é essencial para prevenir a recorrência.*

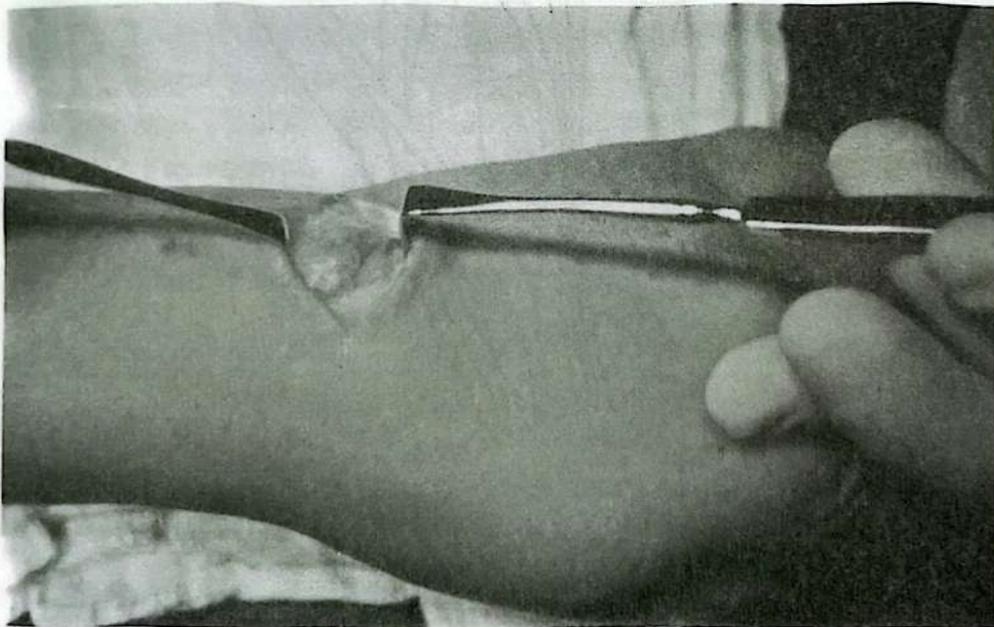


*Figura 3 - Anatomia do dorso do punho, local mais freqüente da localização do cisto sinovial.*

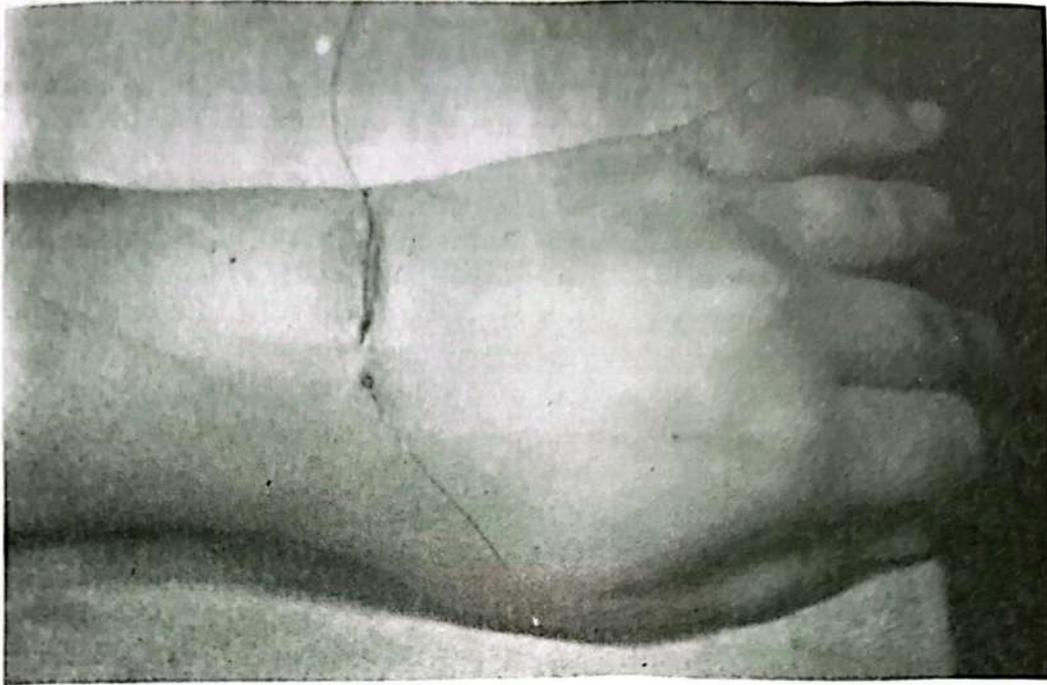
- 1 - Extensor longo do polegar.*
- 2 - Extensor radial longo do carpo.*
- 3 - Extensor radial curto do carpo.*
- 4 - Extensor próprio do indicador.*
- 5 - Extensor comum dos dedos.*
- 6 - Tubérculo de lister.*



*Figura 4 - Localização comum do cisto no dorso do punho.*



*Figura 5 - Incisão transversa ao punho com exposição do cisto; dessa maneira, evita-se a formação de quelóide ou cicatriz hipertrófica.*



*Figura 6 - Fechamento da ferida operatória após hemostasia rigorosa com sutura intradérmica, utilizando mononáilon 3-0.*

## **Complicações**

A recorrência (até 20% dos casos) é a complicação cirúrgica mais comum, que ocorre, geralmente, quando há inadequada ou incompleta excisão cirúrgica. Cisto que aparece no mesmo local anos após a excisão pode ser novo cisto, não uma recorrência (Fig. 2).

A rigidez articular do punho pode ser evitada com a mobilização e a fisioterapia precoces. Deve-se evitar bandagens ou gessos restritivos.

As incisões longitudinais através do punho não devem ser realizadas, visto que produzem quelóide ou cicatriz hipertrófica. Preferencialmente, realizam-se incisões de acordo com as linhas de força de Krause (Fig. 5). Dissecam-se, cuidadosamente, os ramos sensitivos do nervo radial, mediano ou ulnar, conforme a localização, o que previne a formação de neuromas indesejáveis.

## Referências bibliográficas

- ANGELIDES, A.C. Ganglion of the hand and wrist. *Operative hand surgery*. David P. Green. Churchill Livingstone 3. ed. p. 2157 - 2171, 1993.
- OHARA, G.H.; BARBAR, S. e FUJIKI, E. Síndrome do túnel do carpo conseqüente a um cisto sinovial intracanal. Relato de um caso. *Rev. Bras. Ortop.* v. 27. n. 1 - 2. p. 91-92. jan./fev., 1992.
- OLIVI, R., Faustino, C.A.C.; HONSI, C. e STUMP, X.M.G.R.G. Compressão do nervo supra-escapular por cisto sinovial. Relato de caso. *Rev. Bras. Ortop.* v. 28. n. 3. p. 172 - 174, mar., 1993.
- LECH, O. Compressão do mediano por cisto sinovial gigante. Relato de caso. *Rev. Bras. Ortop.* v. 21. n. 4. p. 162 - 164. jul., 1986.
- SILVA, C.M. Monteiro, A. V. e CHICONELLI, J. R.: Cisto sinovial: tratamento cirúrgico com ressecção do ligamento escafoide - semilunar. *Rev. Bras. Ortop.* v. 18. n. 6. p. 193 - 197. nov.-dez., 1993.