



Epidemiologia da doença de Dupuytren e de pacientes submetidos a fasciectomia seletiva*

Epidemiology of Dupuytren Disease and Patients Undergoing Selective Fasciectomy

Fernando Henrique Uchôa de Alencar¹ Jamila Alessandra Perini^{2,3} Anderson Vieira Monteiro¹
 Maria Eugenia Leite Duarte² Geraldo da Rocha Motta² João Antônio Matheus Guimarães²

¹Centro de Cirurgia da Mão, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

²Divisão de Pesquisa, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

³Unidade de Farmácia, Centro Universitário Estadual da Zona Oeste, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Endereço para correspondência Jamila Alessandra Perini, PhD, Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Divisão de Pesquisa, Av. Brasil, 500, Caju, Rio de Janeiro, RJ, 20940-070, Brasil (e-mail: jambilaperini@yahoo.com.br).

Rev Bras Ortop 2021;56(4):478–484.

Resumo

Objetivo Descrever o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com doença de Dupuytren tratados por fasciectomia seletiva e os fatores associados com a gravidade da doença.

Metodologia Estudo observacional descritivo retrospectivo envolvendo 247 pacientes com doença de Dupuytren, no período de 2013 a 2019. Foi realizada regressão logística multivariada para análise dos dados.

Resultados A maioria dos pacientes era do sexo masculino (83,8%), autodeclarados brancos (65,2%), etilistas (59,6%), e 49% eram tabagistas. A média de idade foi de 66 ± 9 anos, sendo que 77,2% apresentaram os sintomas da doença após os 51 anos. Aproximadamente 51,9, 29,6, e 17,3%, respectivamente, apresentaram hipertensão arterial, diabetes mellitus e dislipidemia. O acometimento bilateral das mãos foi observado em 73,3% dos pacientes. A taxa de complicações intra- e pós-fasciectomia seletiva foi de 0,6 e 24,3%, respectivamente, sendo que 5,2% dos pacientes necessitaram de reintervenção após 1 ano de acompanhamento. Após análise multivariada, o sexo masculino foi associado com acometimento bilateral das mãos (odds ratio [OR] = 2,10; intervalo de confiança [IC] 95%: 1,03–4,31) e com maior número de raios acometidos (OR = 3,41; IC 95%: 1,66–7,03). A dislipidemia foi associada com a reintervenção (OR = 5,7; CI 95%: 1,03–31,4) e a bilateralidade com maior número de complicações (35,7% versus 19,7%).

Palavras-chave

- ▶ doença de Dupuytren
- ▶ fasciectomia
- ▶ fatores de risco
- ▶ complicações operatórias
- ▶ reintervenção

*O presente trabalho foi realizado no Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

recebido

22 de Abril de 2020

aceito

17 de Setembro de 2020

Publicado on-line

Março 22, 2021

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721839>

ISSN 0102-3616.

© 2021. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. All rights reserved.

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil

Abstract

Conclusão Foi observada uma baixa taxa de reintervenção e complicações operatórias nos pacientes com doença de Dupuytren tratados por fasciectomia seletiva. O sexo masculino foi associado com o quadro grave da doença (bilateralidade e mais de dois raios acometidos), e a dislipidemia com a reintervenção.

Objective To describe the epidemiological and clinical profile of patients with Dupuytren disease treated by selective fasciectomy and the factors associated with the severity of the disease.

Methods Retrospective descriptive observational study involving 247 patients with Dupuytren disease, from 2013 to 2019. Multivariate logistic regression was performed for data analysis.

Results Most patients were male (83.8%), self-declared white (65.2%), alcoholics (59.6%) and 49% were smokers, with a mean age of 66 ± 9 years old, with 77.2% presenting symptoms of the disease after the age of 51 years old. Approximately 51.9, 29.6 and 17.3%, respectively, had arterial hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia comorbidities. Bilateral involvement of the hands was observed in 73.3% of the patients. The rate of intra- and post-selective fasciectomy complications was of 0.6 and 24.3%, respectively, with 5.2% of the patients needing reintervention after 1 year of follow-up. After multivariate analysis, males were associated with bilateral involvement of the hands (odds ratio [OR] = 2.10; 95% confidence interval [CI]: 1.03–4.31) and with a greater number of affected rays (OR = 3.41; 95% CI: 1.66–7.03). Dyslipidemia was associated with reintervention (OR = 5.7; 95% CI = 1.03–31.4) and bilaterality with a higher number of complications (35.7 versus 19.7%).

Conclusion A low rate of reintervention and operative complications was observed in patients with Dupuytren disease treated by selective fasciectomy. Male gender was associated with severe disease (bilateralidade and more than two affected rays), and dyslipidemia with reintervention.

Keywords

- ▶ dupuytren disease
- ▶ fasciectomy
- ▶ risk factors
- ▶ operative complications
- ▶ reintervention

Introdução

A doença ou contratura de Dupuytren é uma das desordens mais comuns do tecido conjuntivo humano.¹ Ela caracteriza-se por uma proliferação fibroblástica progressiva e irreversível afetando a fáscia palmar, com o espessamento dessa estrutura, que pode ser progressivo, levando a gradual contratura em flexão dos dedos das mãos.² Manifesta-se inicialmente com a formação de nódulos subcutâneos, seguida pelo aparecimento de cordas fibrosas, responsáveis pela contratura.³

A incidência da doença de Dupuytren varia entre 3 a 40%, acometendo normalmente indivíduos > 50 anos,⁴ homens, com maior prevalência em indivíduos de etnia branca.⁵ Além disso, apresenta elevada incidência entre os pacientes com histórico de tabagismo e etilismo, desordens metabólicas ou que utilizam antirretrovirais ou anticonvulsivantes.⁵ Dessa forma, a etiologia da doença é multifatorial, estando associada a fatores intrínsecos e extrínsecos.³

Atualmente, diversas opções de tratamento estão disponíveis, incluindo: fasciotomia percutânea, fasciotomia com uso de collagenase (*Clostridium histolyticum*), fasciectomia parcial ou seletiva, fasciectomia total e dermofasciectomia.⁶ No entanto, observa-se elevada taxa de recorrência da doença.⁷ A intervenção cirúrgica está indicada após o comprometimento funcional,⁸ sendo recomendada tipicamente para pacientes com contratura da articulação metacarpofalangeana

de pelo menos 30° e/ou contratura da articulação interfalangeana proximal associada a comprometimento funcional.⁹

A fasciectomia seletiva é atualmente o procedimento cirúrgico realizado com maior frequência, sendo o padrão ouro para os casos de liberação primária da contratura em flexão.¹⁰ Existe uma grande variabilidade na literatura quanto a definição do percentual da correção da contratura e taxa de recorrência, dificultando a avaliação da efetividade e segurança das intervenções cirúrgicas na doença de Dupuytren.¹¹ Além disso, um aspecto importante ao se avaliar o tratamento cirúrgico é o grau de satisfação do paciente após a intervenção, que nem sempre está relacionado com a maior correção da contratura em flexão, dificultando ainda mais a comparação entre as opções de tratamento.¹²

O objetivo do presente estudo foi descrever o perfil epidemiológico e clínico dos pacientes com doença de Dupuytren tratados cirurgicamente com fasciectomia seletiva, determinar a frequência de complicações operatórias e a necessidade de novos procedimentos cirúrgicos, além de identificar os possíveis fatores associados com as características clínicas da doença.

Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional descritivo retrospectivo de uma amostra de pacientes com doença de Dupuytren

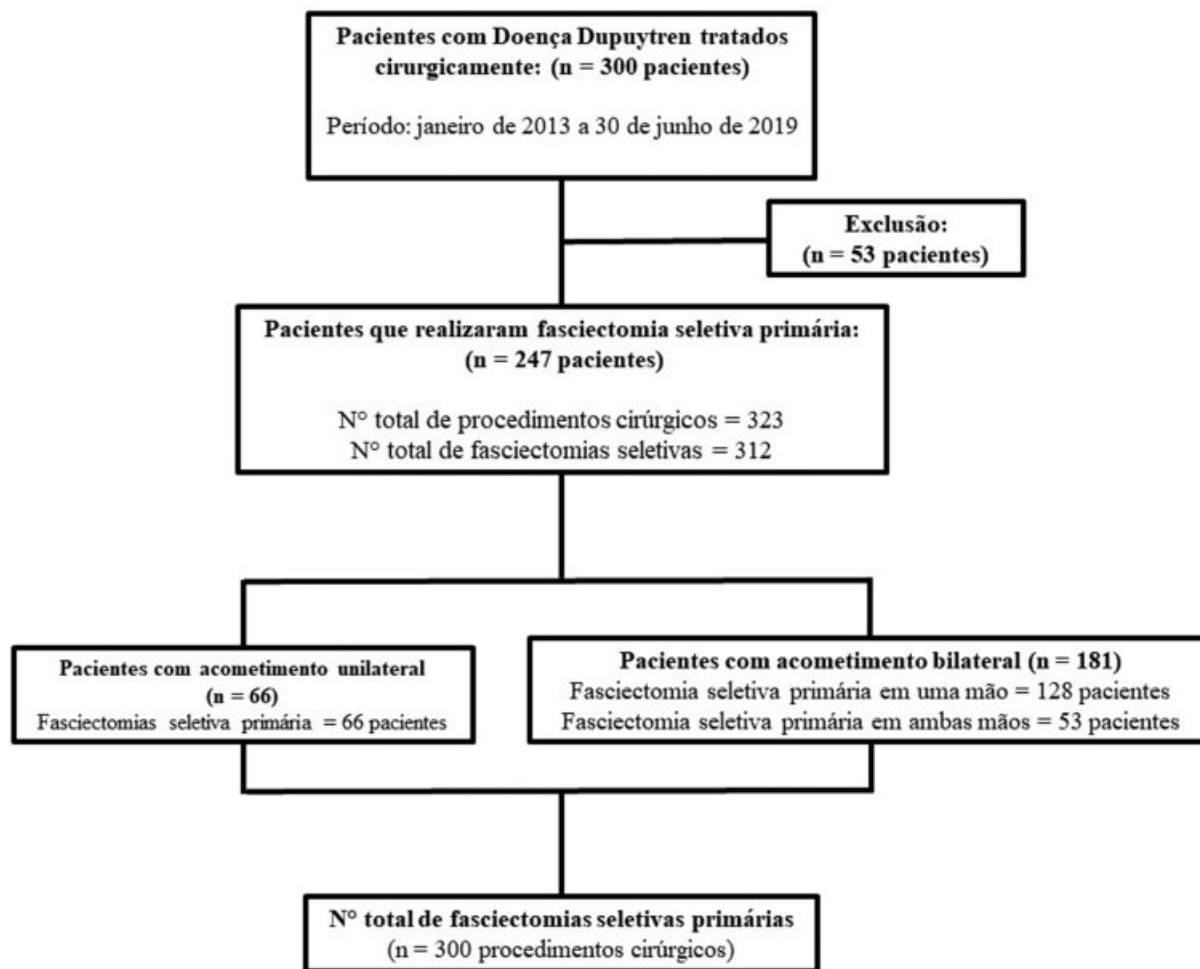


Fig. 1 Fluxograma para seleção dos pacientes com diagnóstico de doença de Dupuytren tratados cirurgicamente por fasciectomia seletiva primária.

atendidos e tratados cirurgicamente pelo Serviço de Cirurgia da Mão de um hospital terciário do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de primeiro de janeiro de 2013 a 30 de junho de 2019. O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional (3.100.284/2018).

No período do estudo, a fasciectomia seletiva foi a principal opção de tratamento para os pacientes com doença de Dupuytren, correspondendo a 96,6% dos procedimentos realizados. A fim de homogeneizar a amostra, foram incluídos os pacientes com diagnóstico de doença Dupuytren confirmado por um cirurgião de mão tratados por fasciectomia seletiva primária (► **Figura 1**) isolada ($n = 247$), sendo considerada a primeira abordagem cirúrgica para o tratamento da doença, não estando associada a nenhum outro procedimento, como capsulotomia ou tenotomias. Foram excluídos os pacientes submetidos a tratamento cirúrgico prévio e aqueles com informações indisponíveis no prontuário.

As características demográficas dos pacientes foram obtidas por busca ativa nos prontuários e registradas em um instrumento de coleta de dados para obtenção das informações: (i) características sociodemográficas como gênero, idade, cor da pele autodeclarada, peso, altura, tabagismo e etilismo; (ii) histórico positivo para diabetes mellitus, dislipidemia, epilepsia, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, soropositi-

vidade para HIV, doença de Ledderhose, doença de Peyronie, capsulite adesiva do ombro e histórico de trauma nas mãos; e (iii) apresentação clínica da doença de Dupuytren: acometimento unilateral ou bilateral, raios acometidos, presença de nódulos dorsais de Garrard, idade de início dos sintomas, histórico familiar positivo da doença, complicações intra- e pós-operatórias, tempo de seguimento após a fasciectomia seletiva primária e a necessidade de nova abordagem cirúrgica para tratamento de complicação associada à fasciectomia seletiva inicial ou por recidiva da contratura em flexão dos dedos, sendo denominada de reintervenção. Dentre as complicações pós-operatórias, foi considerado déficit de extensão quando não havia registro no prontuário de nenhuma causa aparente, como retração cicatricial, dor ou outra complicação.

O procedimento cirúrgico foi indicado para presença de comprometimento funcional⁸ quando foi observada contratura em flexão da articulação metacarpofalangeana $> 30^\circ$ e/ou contratura da articulação interfalangeana proximal (► **Figura 2A**). A fasciectomia seletiva foi realizada com exsanguinação do membro, mantida pela utilização de manguito pneumático. Na face volar da mão, foi planejada uma incisão popularizada por Bruner, com extensão para o raio acometido (► **Figura 2B**). Após a mobilização dos retalhos de pele, é realizada a dissecação, identificação e proteção dos feixes neurovasculares e do espessamento

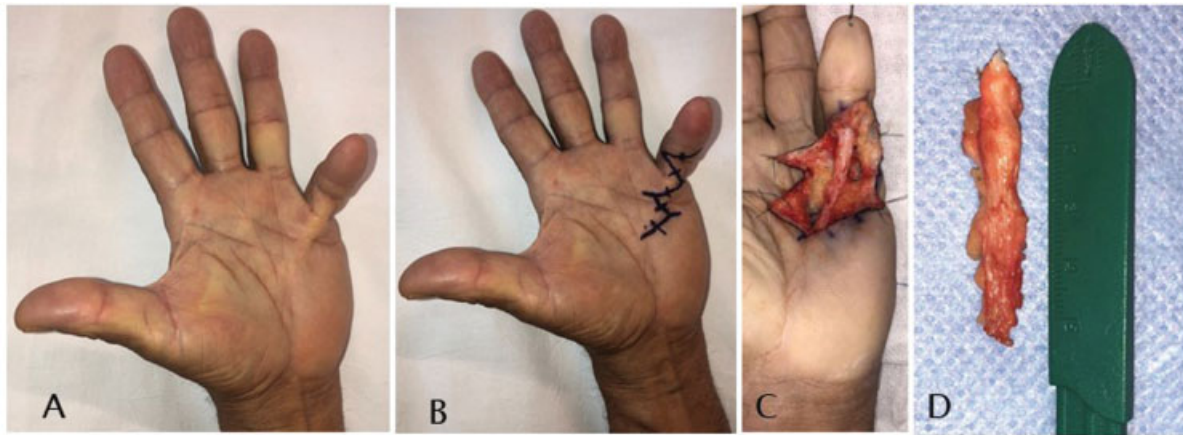


Fig. 2 Fasciectomia seletiva em paciente com doença de Dupuytren. (A) Contratura em flexão do dedo mínimo. (B) Planejamento operatório. (C) Espessamento da fáscia palmar com formação de corda. (D) Segmento da fáscia palmar excisada.

da fáscia palmar. Em seguida, realizou-se a excisão da fáscia com características patológicas. (►Figura 2C). O material excisado (►Figura 2D) foi enviado para estudo histopatológico, confirmando as alterações características da doença de Dupuytren. O curativo foi aplicado associado a uma tala gessada, volar, para manutenção da extensão dos dedos. A imobilização gessada foi retirada no momento da troca do primeiro curativo, em torno do final da primeira semana, sendo iniciadas a mobilidade passiva e/ou ativa dos dedos pela equipe de terapeutas ocupacionais especializados em cirurgia da mão. Nenhum dos pacientes incluídos utilizou órtese no pós-operatório.

As variáveis contínuas foram apresentadas como média \pm desvio padrão (DP). Para avaliar os fatores associados com as características clínicas da doença de Dupuytren, as razões de chances (OR, na sigla em inglês) com seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% foram estimados usando o método de regressão logística multivariada, considerando a importância biológica e o grau de significância estatística na análise univariada, com nível de significância de $p \leq 0,25$ para entrada no modelo e de $p \leq 0,10$ para permanecer no modelo de regressão. As análises foram realizadas no pacote estatístico IBM SPSS Statistics for Windows, versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA), e um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

Resultados

A maioria dos 247 pacientes com doença de Dupuytren tratados por fasciectomia seletiva era do sexo masculino, autodeclarados brancos (►Tabela 1), com hábito etilista (59,6%) e/ou tabagista (49,0%), apresentando média de idade de $66,3 \pm 9,2$ anos (mínimo 31 e máximo 94 anos), e 84,4% apresentavam índice de massa corporal (IMC) na faixa de 18,5 a $29,9 \text{ kg/m}^2$. Considerando as comorbidades associadas à doença de Dupuytren, 29,6% apresentaram diabetes mellitus, 17,3% dislipidemia, 6,6% epilepsia, 2,5% doenças cardiovasculares e menos que 1% eram HIV positivos. Além disso, 51,9% dos pacientes também apresentavam hipertensão arterial.

O acometimento bilateral das mãos foi observado em 73,3% dos pacientes. Os dedos mínimo (35,0%) e anular

Tabela 1 Dados demográficos dos 247 pacientes com doença de Dupuytren

Variáveis	Dupuytren (n = 247)
	n (%)
Idade (anos)	
≤ 40	2 (0,8)
41–50	6 (2,4)
51–60	53 (21,5)
61–70	110 (44,5)
71–80	62 (25,1)
81–90	13 (5,3)
≥ 91	1 (0,4)
Gênero	
Feminino	40 (16,2)
Masculino	207 (83,8)
Cor da pele^a	
Branca	161 (65,2)
Parda	58 (23,5)
Preta	27 (10,9)
Amarela	1 (0,4)

^aA cor da pele foi auto-relatada de acordo com a classificação utilizada pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

(34,7%) foram os raios mais afetados, seguidos do polegar, médio e indicador: 15,1, 12,1 e 3,1%, respectivamente. Além disso, 37,2 e 38,9% dos pacientes apresentaram, respectivamente, 1 e 2 raios acometidos. Os demais pacientes apresentaram 3 (18,4%) ou mais raios acometidos (5,5%). Cerca de 11,1% dos pacientes também apresentaram histórico prévio de trauma nas mãos, 19,7% doença de Ledderhose, 7,5% doença de Peyronie (considerando os 207 homens com a doença), 7,2% capsulite adesiva do ombro, e 27,8% nódulos dorsais de Garrard, sendo o dedo indicador o mais acometido (33,4%), seguido do médio e anular (25,9% cada), 11,1% o dedo mínimo e 3,7% o polegar. Em 18,5% dos casos houve

relato de histórico familiar da doença de Dupuytren, sendo que 3,7% deles relataram ≥ 3 parentes afetados.

Foram realizadas 300 fasciectomias seletivas como primeira abordagem cirúrgica nos 247 pacientes com doença de Dupuytren. Os pacientes com acometimento bilateral ($n = 181$) que foram submetidos a fasciectomia seletiva primária em ambas as mãos ($n = 53$) foram operados em momentos distintos (→ **Figura 1**). Considerando os pacientes que tiveram um tempo mínimo de acompanhamento ambulatorial de 1 ano, foi observada uma frequência de reintervenção de 5,2%. Durante o estudo, foram realizadas as seguintes reintervenções: curativo cirúrgico por complicação de ferida operatória; fasciectomia seletiva associada a capsulotomia volar da articulação interfalangeana proximal (IFP) e a zetaplastia de retração cicatricial; fasciectomia seletiva associada exclusivamente a capsulotomia volar da articulação IFP; amputação do 5° raio; e fasciectomias seletivas isoladas.

No tocante às complicações intraoperatórias das fasciectomias seletivas, foram registrados 2 casos de lesão do nervo digital (0,6%). Além disso, também foi registrado um caso de lesão do nervo digital na reintervenção de um paciente que realizou uma nova fasciectomia seletiva. Para os três casos, foi realizado o reparo primário e todos evoluíram com grau de perda de sensibilidade do dedo acometido. Foram registradas 73 complicações após as 300 fasciectomias seletivas primárias (24,3%), sendo as mais comuns o déficit de extensão completa do dedo acometido (50,7%), a rigidez articular (24,7%) e a necrose de pele (8,2%). As demais complicações totalizaram 16,4% (→ **Figura 3**).

Avaliando os fatores associados com a gravidade da doença de Dupuytren, após análise multivariada, foi observado o sexo masculino associado com acometimento bilateral das mãos e com o número de raios acometidos (→ **Tabela 2**). A dislipidemia foi associada com a reintervenção ($p = 0,04$; OR = 5,7; CI 95%: 1,03–31,4). Os pacientes com acometimento bilateral apresentaram maior número de complicações pós-operatórias (35,7 *versus* 19,7% nos pacientes com acometimento unilateral, OR = 2,27; CI 95%: 1,15–4,46). Os demais fatores avaliados (idade, cor da pele, etilismo, tabagismo, diabetes Mellitus, dislipidemia, epilepsia, HIV e complicações operatórias) não foram significativamente associados com a apresentação bila-

teral da doença, com o número de raios acometidos (1 raio *versus* ≥ 2 raios acometidos), com a idade de início da doença (≤ 50 anos *versus* ≥ 51 anos) ou com a necessidade de reintervenção.

Discussão

A doença de Dupuytren é frequente diagnosticada no consultório do especialista em cirurgia da mão. No entanto, diversos aspectos ainda geram discordância, como a etiologia e a opção de tratamento mais adequada para a apresentação clínica do paciente.

Classicamente, a doença de Dupuytren acomete principalmente indivíduos brancos, do sexo masculino, com idade > 50 anos,^{5,13,14} sendo que a prevalência da doença aumenta com a idade.¹³ No presente estudo, foi observado um predomínio de indivíduos autodeclarados brancos e pardos, com idade > 50 anos e uma proporção entre homens e mulheres de 5:1, semelhante à descrita anteriormente (5,9:1).¹³ Além disso, o sexo masculino foi associado com o risco aumentado de aproximadamente duas vezes para o quadro mais grave da doença (acometimento bilateral e mais de dois raios acometidos). Hinocha et al.¹⁵ descreveram que a apresentação bilateral e o sexo masculino estão associados com a maior recorrência da doença de Dupuytren após o tratamento cirúrgico.

O acometimento bilateral e os dedos mínimo e anular foram os mais acometidos na amostra, corroborando com a literatura.^{5,6,13,16} Os nódulos dorsais de Garrard foram mais frequentes no indicador, assim como descrito anteriormente.¹⁷ Esses nódulos já foram associados com um risco aumentado da diátese da doença de Dupuytren.¹⁸

O consumo de bebidas alcoólicas e o tabagismo já foram anteriormente associados com a doença de Dupuytren.^{5,13,19} A causa e os mecanismos como tais condições estão associadas ainda não são bem esclarecidos. A maioria dos pacientes apresenta histórico de ingestão de álcool e de tabagismo; no entanto, em uma proporção maior do que o evidenciado por Mansur et al.,⁵ que avaliaram um número menor de pacientes brasileiros ($n = 58$) com doença de Dupuytren (9 e 22%, respectivamente, comparado a 60 e 49% no presente estudo).

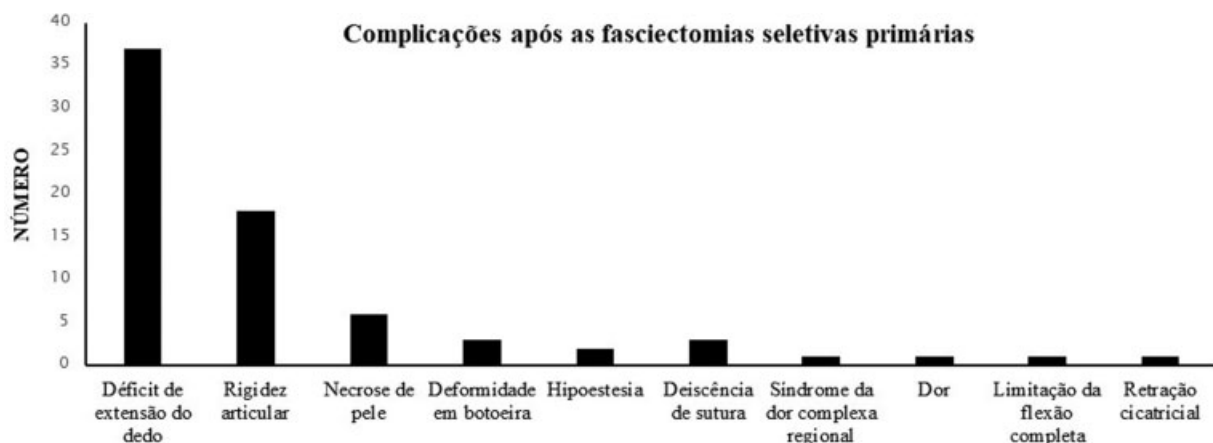


Fig. 3 Número de complicações pós-operatórias dos pacientes com doença de Dupuytren tratados com fasciectomia seletiva.

Tabela 2 Análise multivariada dos fatores associados com a doença de Dupuytren

Variáveis	Unilateral (n = 66)	Bilateral (n = 181)	valor-p ^a	OR ajustada (IC 95%)
Gênero	n (%)			
Feminino	16 (24,2)	24 (13,3)	0,04	1 ^b
Masculino	50 (75,8)	157 (86,7)		2,10 (1,03–4,31) ^c
	1 raio (n = 71)	≥ 2 raios (n = 176)		
Gênero				
Feminino	20 (28,2)	20 (11,4)	0,001	1 ^b
Masculino	51 (71,8)	156 (88,6)		3,41 (1,66–7,03) ^d

^aTeste Qui-quadrado de Pearson (χ^2).

^bValor de referência.

^cAnálise multivariada ajustada por gênero e complicações pós-operatórias.

^dAnálise multivariada ajustada por gênero, epilepsia e complicações pós-operatórias.

Pacientes com doença de Dupuytren que fazem uso de tabaco e de bebidas alcoólicas estão associados com a necessidade de tratamento cirúrgico.¹³ Como a amostra do presente estudo é composta apenas de pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico, sendo possivelmente mais graves, foi observada maior prevalência de etilistas e tabagistas quando comparado com os dados descritos por Mansur et al.⁵

Dentre as enfermidades associadas com a doença de Dupuytren, 29,6% dos pacientes também apresentaram diabetes melitus. Mansur et al.,⁵ em uma série de apenas 58 casos de brasileiros com doença de Dupuytren, verificaram uma prevalência de 44,8% de diabetes, sendo 62% insulino-dependentes. Recentemente, um estudo de metanálise observou uma associação de risco de aproximadamente três vezes entre a doença de Dupuytren e a diabetes melitus.²⁰ O mecanismo molecular envolvido entre as duas doenças ainda tem sido amplamente estudado;²⁰ contudo, sugere-se que os metabólitos gerados pela diabetes melitus estimulam o desenvolvimento de miofibroblastos, a principal célula da doença de Dupuytren.²¹ Além disso, foi observado que a grande maioria dos pacientes apresentavam hipertensão arterial, de acordo com o descrito no estudo envolvendo 58 pacientes brasileiros com doença de Dupuytren, sendo que 55% também apresentavam hipertensão arterial.⁵ Ambas as doenças acometem principalmente pacientes idosos; contudo, a causa da associação entre hipertensão arterial e a doença de Dupuytren ainda não foi descrita na literatura.

A taxa de reintervenção após o tratamento cirúrgico da doença de Dupuytren depende de diversos fatores, dentre eles a gravidade de contratura e o tipo de procedimento realizado. A taxa de reintervenção observada (5,2%) foi similar à descrita recentemente na população americana, que avaliou 132 fasciectomias seletivas com 4% de reintervenções.²² Após análise multivariada, a dislipidemia foi associada com maior taxa de reintervenção. A dislipidemia já foi associada com a doença de Dupuytren,²³ sugerindo-se a necessidade de se considerar essa condição nos pacientes com fibromatose palmar para o adequado planejamento do tratamento.

Em um estudo amplo de revisão, Denkler²⁴ descreveu a taxa de complicações cirúrgicas após a fasciectomia seletiva primária, variando de 4 a 39%.²⁴ No presente estudo, foi observada uma baixa taxa de complicação intraoperatória, sendo observada apenas lesão do nervo digital (0,6%). Na literatura, observa-se uma taxa média de lesão do nervo digital de ~ 3%.^{24,25} Dentre as complicações pós-operatórias mais comuns, destacam-se os problemas com cicatrização da ferida operatória, variando de 0 a 86%.²⁴ Contudo, na amostra estudada, a complicação pós-operatória mais comum foi o déficit de extensão completa, seguida pela rigidez articular. Além disso, pacientes com acometimento bilateral apresentaram um risco aumentado de aproximadamente duas vezes para apresentarem complicações pós-operatórias, pois a contratura pode ter se agravado pelo maior tempo de espera para a realização do tratamento cirúrgico da outra mão. Ribak et al.⁶ descreveram como complicações após o procedimento de ressecção da fásia alterada, comparando a fasciectomia seletiva e percutânea, um caso de parestesia transitória do nervo digital e de síndrome da dor complexa regional do tipo I. Além disso, observaram que não existem diferenças significativas entre os grupos submetidos às diferentes fasciectomias referente à classificação de Tubiana, o tempo de retorno às atividades profissionais e na recidiva da doença.⁶

Por ser um estudo retrospectivo, pela ausência de um prontuário eletrônico padronizado e o registro do grau de contratura em flexão dos dedos para auxiliar na identificação de recorrência da doença após a fasciectomia seletiva são as principais limitações do estudo. No entanto, o tamanho amostral, bem como a confirmação das informações, com verificação dupla do banco de dados, contribuem para a robustez dos resultados descritos, que podem ser usados para construir um banco de dados de diferentes populações para identificar os fatores associados com a doença de Dupuytren. Juntas, estas informações podem auxiliar no prognóstico e acompanhamento pós-operatório, sugerindo a necessidade de os pacientes consultarem precocemente um especialista, mesmo sem a limitação funcional da mão, que é o principal determinante do tratamento cirúrgico da doença de Dupuytren.

Conclusão

A fasciectomia seletiva apresentou uma baixa taxa de reintervenção e complicações operatórias. O sexo masculino foi associado com o acometimento bilateral das mãos e com o maior número de raios acometidos, enquanto a dislipidemia foi associada com a reintervenção.

Suporte Financeiro

Não houve suporte financeiro de fontes públicas, comerciais, ou sem fins lucrativos.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

- Liu H, Yin W, Liu B, Liu Y, Guo B, Wei Z. Screening of candidate genes in fibroblasts derived from patients with Dupuytren's contracture using bioinformatics analysis. *Rheumatol Int* 2015; 35(08):1343-1350
- Staats KA, Wu T, Gan BS, O'Gorman DB, Ophoff RA. Dupuytren's disease susceptibility gene, EPDR1, is involved in myofibroblast contractility. *J Dermatol Sci* 2016;83(02):131-137
- Becker K, Siebert S, Toliat MR, et al; German Dupuytren Study Group. Meta-analysis of genome-wide association studies and network analysis-based integration with gene expression data identify new suggestive loci and unravel a Wnt-centric network associated with Dupuytren's disease. *PLoS One* 2016;11(07): e0158101
- Ji X, Tian F, Tian L. Identification and function analysis of contrary genes in Dupuytren's contracture. *Mol Med Rep* 2015;12(01): 482-488
- Mansur HG, Oliveira ER, Gonçalves CB. Epidemiological analysis of patients with Dupuytren's disease. *Rev Bras Ortop* 2017;53(01): 10-14
- Ribak S, Borkowski R Jr, do Amaral RP, Massato A, Ávila I, de Andrade D. Dupuytren contracture: comparative study between partial fasciectomy and percutaneous fasciectomy. [Contratura de Dupuytren: estudo comparativo entre fasciectomia parcial e fasciotomia percutânea]. *Rev Bras Ortop* 2014;48(06):545-553
- Dias JJ, Braybrooke J. Dupuytren's contracture: an audit of the outcomes of surgery. *J Hand Surg Br* 2006;31(05):514-521
- Shih B, Bayat A. Scientific understanding and clinical management of Dupuytren disease. *Nat Rev Rheumatol* 2010;6(12):715-726
- Smith AC. Diagnosis and indications for surgical treatment. *Hand Clin* 1991;7(04):635-642
- Desai SS, Hentz VR. The treatment of Dupuytren disease. *J Hand Surg Am* 2011;36(05):936-942
- Werker PM, Pess GM, van Rijssen AL, Denkler K. Correction of contracture and recurrence rates of Dupuytren contracture following invasive treatment: the importance of clear definitions. *J Hand Surg Am* 2012;37(10):2095-2105.e7
- Poelstra R, van Kooij YE, van der Oest MJW, Slijper HP, Hovius SER, Selles RWHand-Wrist Study Group. Patient's satisfaction beyond hand function in Dupuytren's disease: analysis of 1106 patients. *J Hand Surg Eur Vol* 2020;45(03):280-285
- Hindocho S, McGrouther DA, Bayat A. Epidemiological evaluation of Dupuytren's disease incidence and prevalence rates in relation to etiology. *Hand (N Y)* 2009;4(03):256-269
- Barros F, Barros A, Almeida SF. Enfermidade de Dupuytren: avaliação de 100 casos. *Rev Bras Ortop* 1997;32(03):177-183
- Hindocho S, Stanley JK, Watson S, Bayat A. Dupuytren's diathesis revisited: Evaluation of prognostic indicators for risk of disease recurrence. *J Hand Surg Am* 2006;31(10):1626-1634
- Dolmans GH, de Bock GH, Werker PM. Dupuytren diathesis and genetic risk. *J Hand Surg Am* 2012;37(10):2106-2111
- Carlioni R, Gandolfi S, Elbaz B, Bonmarchand A, Beccari R, Auquit-Auckbur I. Dorsal Dupuytren's disease: a systematic review of published cases and treatment options. *J Hand Surg Eur Vol* 2019; 44(09):963-971
- Hahn P. Epidemiologie des Morbus Dupuytren. *Orthopade* 2017; 46(04):298-302
- Burge P, Hoy G, Regan P, Milne R. Smoking, alcohol and the risk of Dupuytren's contracture. *J Bone Joint Surg Br* 1997;79(02): 206-210
- Broekstra DC, Groen H, Molenkamp S, Werker PMN, van den Heuvel ER. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Strength and Consistency of the Associations between Dupuytren Disease and Diabetes Mellitus, Liver Disease, and Epilepsy. *Plast Reconstr Surg* 2018;141(03):367e-379e
- Yuen A, Laschinger C, Talior I, et al. Methylglyoxal-modified collagen promotes myofibroblast differentiation. *Matrix Biol* 2010;29(06):537-548
- Leafblad ND, Wagner E, Wanderman NR, et al. Outcomes and Direct Costs of Needle Aponeurotomy, Collagenase Injection, and Fasciectomy in the Treatment of Dupuytren Contracture. *J Hand Surg Am* 2019;44(11):919-927
- Hindocho S. Risk Factors, Disease Associations, and Dupuytren Diathesis. *Hand Clin* 2018;34(03):307-314
- Denkler K. Surgical complications associated with fasciectomy for dupuytren's disease: a 20-year review of the English literature. *Eplasty* 2010;10:e15
- Dias JJ, Aziz S. Fasciectomy for Dupuytren Contracture. *Hand Clin* 2018;34(03):351-366