

# Torbiel śluzowa palca – opis przypadku

## Digital mucous cyst – case report

Emilia Jakimcio-Turowska, Jacek Sompór, Małgorzata Przyszlak-Szabała, Jadwiga Sierocińska-Sawa, Małgorzata Michalska-Jakubus, Dorota Krasowska

Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Przegl Dermatol 2014, 101, 401–404  
DOI: 10.5114/dr.2014.46071

### SŁOWA KLUCZOWE:

torbiel śluzowa, palec, guzek.

### KEY WORDS:

mucous cyst, digit, nodule.

### STRESZCZENIE

**Wprowadzenie.** Torbiel śluzowa jest łagodnym, przeziernym guzkiem zlokalizowanym na grzbietowej powierzchni palca. Wnętrze torbieli wypełnia galaretowaty materiał i pozostaje ona w łączności ze stawem międzypaliczkowym. W etiologii schorzenia znaczącą rolę przypisuje się zmianom zapalnym w stawach.

**Cel pracy.** Przedstawienie przypadku torbieli śluzowej palca ręki oraz trudności terapeutycznych.

**Opis przypadku.** Pacjentka 60-letnia zgłosiła się do Poradni Dermatologicznej z powodu miękkiego guzka zlokalizowanego w okolicy okołopaznokciowej palca środkowego ręki lewej. Obraz kliniczny sugerował obecność torbieli śluzowej. W leczeniu stosowano wiele metod terapeutycznych (punkcja, elektrokoagulacja, krioterapia, leczenie chirurgiczne) z różną skutecznością.

**Wnioski.** Wybór sposobu leczenia torbieli śluzowej palca jest indywidualny, jednak najskuteczniejsze okazało się chirurgiczne usunięcie zmiany.

### ABSTRACT

**Introduction.** Digital mucous cyst is a benign, translucent nodule that occurs on the dorsum of the finger. The cyst is filled with a gelatinous mass and connected with the interphalangeal joint. Arthritis plays the main role in the etiology.

**Objective.** To present a case of digital mucous cyst and its therapeutic difficulties.

**Case report.** A 60-year-old patient was admitted to the Outpatient Clinic of Dermatology because of a soft, periungual nodule on the left third finger. The clinical picture suggested a mucous cyst. Many treatment methods were used with varying therapeutic efficacy (puncture, electrocoagulation, cryotherapy, surgery).

**Conclusions.** The choice of treatment is individual, but in our case, surgical removal of the lesion was most efficacious.

### ADRES DO KORESPONDENCJI:

Emilia Jakimcio-Turowska  
Klinika Dermatologii, Wenerologii  
i Dermatologii Dziecięcej  
Uniwersytet Medyczny  
ul. Radziwiłłowska 13  
20-080 Lublin  
e-mail: boduszyn@op.pl

## WPROWADZENIE

Torbiel śluzowa jest łagodnym, przeziernym guzkiem zlokalizowanym na grzbietowej powierzchni palca ręki, rzadziej stopy, najczęściej pomiędzy stawem międzypaliczkowym dalszym a wałem paznokciowym [1–3]. Po raz pierwszy zmiana została opisana w 1883 roku przez Hyde [4, 5]. W piśmiennictwie do określania torbieli śluzowej używa się wielu synonimów: *synovial cysts*, *periarticular fibromas*, *myxoid cysts*, *ganglions*, *mucinous pseudocysts*, *nail cysts*, *dorsal cysts*, *focal mucinosis*, *cystic nodules*, *epidermal cysts* [3, 6, 7].

Wnętrze torbieli wypełnia galaretowaty materiał, który w około 80% przypadków pozostaje w łączności ze stawem międzypaliczkowym dalszym, co wykazano w badaniach obrazowych [8, 9]. Zewnętrzna powierzchnia torbieli może być gładka lub brodawkowata [10]. Etiologia nie jest do końca poznana, niektórzy uważają, że torbiel powstaje jako produkt rozpadu tkanki łącznej [11]. Ponadto w wielu przypadkach stwierdzono zmiany zapalne w okolicznych stawach bez obecności objawów, takich jak ból czy obrzęk [12]. Z wiekiem powierzchnia stawów ulega destrukcji, tworzą się osteofity, powstaje odczyn zapalny w stawie oraz zwiększa się ilość mazi stawowej. Osteofity niszczą torebkę stawową, co prowadzi do wycieku płynu stawowego w kierunku mniejszego ciśnienia, tj. do okolicznych tkanek poprzez jeden lub kilka kanałów komunikacyjnych. Termin *torbiel* powszechnie używany w piśmiennictwie jest błędny, gdyż w badaniu histopatologicznym zwraca uwagę brak komórek nabłonkowych [11]. Patomechanizm powstania torbieli śluzowej może tłumaczyć przyczynę jej częstych nawrotów u pacjentów z przewlekłymi zmianami zwyrodnieniowymi w stawach oraz znaczne trudności terapeutyczne w przypadku zmian zlokalizowanych w obrębie palców stopy (wyższe ciśnienie w obrębie stawów stopy podczas chodzenia) [6, 11]. Istnieje grupa pacjentów, którzy



Rycina 1. Torbiel śluzowa w okolicy okolopaznokciowej palca środkowego ręki lewej

Figure 1. Periungual, mucous cyst in the left third finger

nie mają zmian zwyrodnieniowych w stawach, ale w wywiadzie podają uraz czy też wykonywanie prac wymagających częstego zginania i prostowania palców [12, 13].

Torbiel śluzowa okolopaznokciowa najczęściej lokalizuje się w obrębie wału paznokciowego, poniżej wału paznokciowego i powyżej płytki paznokciowej oraz poniżej macierzy paznokcia. Zmiany mogą być powierzchowne lub głębokie, z większą lub mniejszą tendencją do niszczenia płytki paznokciowej [9]. U około 1/3 pacjentów stwierdza się podłużną bruzdę w obrębie płytki paznokciowej, która jest następstwem ucisku wywieranego przez torbiel na macierz paznokcia [13]. Torbiel śluzowa może powodować różne dolegliwości subiektywne, takie jak ból, świąd czy pieczenie [9, 12].

## CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie przypadku chorej z torbielą śluzową palca ręki o nawrotowym przebiegu i trudności terapeutycznych związanych z tym schorzeniem.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjentka, lat 60, zgłosiła się do Poradni Przyklinicznej z powodu miękkiego guzka o gładkiej powierzchni, średnicy około 5 mm, zlokalizowanego w okolicy okolopaznokciowej palca środkowego ręki lewej obecnego od 6 miesięcy (ryc. 1). W obrębie paznokcia stwierdzono podłużną pionową bruzdę. Zmianie towarzyszyły dolegliwości bólowe. Guzek nakłuto i uzyskano przejrzystą, jasnożółtą, śluzową treść. Zdjęcie radiologiczne kości rąk nie wykazało żadnych zmian patologicznych. Wykonano zabieg elektrokoagulacji z dobrym efektem klinicznym. Po 2 miesiącach doszło do nawrotu zmiany. Przeprowadzono wówczas zabieg krioterapii podtlenkiem azotu. Po 2 tygodniach u chorej stwierdzono ponowny nawrót torbieli i znaczną deformację płytki paznokciowej. W związku z niepowodzeniem stosowanego leczenia pacjentkę zakwalifikowano do chirurgicznego usunięcia torbieli oraz części zdeformowanej płytki. W znieczuleniu miejscowym 1% lignokainą wykonano cięcie podłużne wzdłuż wału paznokciowego oraz płytki paznokciowej, uwidaczniając torbiel (ryc. 2). Usunięto torbiel oraz część uszkodzonej płytki paznokciowej i założono szwy proste (ryc. 3), a materiał wysłano do badania histopatologicznego, które potwierdziło rozpoznanie. W obrazie mikroskopowym obserwowano szczelinowate porozszuwanie włókien łącznotkankowych oraz śladowe ilości śluzu w obrębie torbielowatej przestrzeni (ryc. 4). Trzy miesiące po zabiegu nie ob-

serwowano nawrotu torbieli, a płytką paznokciową odrosła prawidłowo.

## OMÓWIENIE

Torbiel śluzowa jest schorzeniem przewlekłym, nawrotowym i najczęściej dotyczy kobiet (70%) w wieku 40–70 lat [14]. Ustalenie prawidłowego rozpoznania jest stosunkowo łatwe, gdy zmiana zlokalizowana jest typowo w części proksymalnej wału paznokciowego. Trudności diagnostyczne pojawiają się, gdy torbiel umiejscowiona jest podpaznokciowo [6]. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić ziarniniaka ropotwórczego, torbiel naskórkową, włókniaka twardego, guzki Heberdena, naczyńniakomięśniaka gładkokomórkowego [1].

Rozpoznanie torbieli śluzowej w większości przypadków jest łatwe i opiera się głównie na obrazie klinicznym, jednak leczenie stanowi wyzwanie zarówno dla dermatologów, jak i chirurgów. W przypadku zmian bez towarzyszących dolegliwości subiektywnych można obserwować pacjenta, gdyż istnieje możliwość samoistnej resorpcji torbieli [13, 15]. W leczeniu stosuje się różne metody: punkcję, aspirację oraz drenaż, elektroresekcję, wstrzyknięcie glikokortykosteroidów, hialuronidazy, fenolu czy kwasu trójchlorooctowego, skleroterapię alkoholem, krioterapię, laseroterapię oraz wycięcie chirurgiczne [3, 14, 16]. Nawrót zmian zależy niekiedy od zastosowanej metody leczenia. Ważnym obszarem w leczeniu jest przewód łączący torbiel ze stawem międzypaliczkowym dalszym [1].

W przedstawionym przypadku w pierwszej kolejności zastosowano metody niechirurgiczne (elektrokoagulację, krioterapię), które okazały się jednak nieskuteczne i doszło do deformacji płytki paznokciowej. W przypadku elektrokoagulacji czy krioterapii istnieje duże ryzyko ponownego wypełnienia potencjalnej przestrzeni przez substancję śluzową pochodzącą ze stawu. Ryzyko nawrotu w razie zastosowania metod niechirurgicznych wynosi około 40%, natomiast w przypadku punkcji i drenażu około 50% [3]. Najwyższą skuteczność osiąga się, stosując leczenie chirurgiczne – 88–100% [10]. Najlepsze wyniki uzyskuje się w efekcie leczenia chirurgicznego z wycięciem tkanek, osteofitów oraz pokryciem ubytku płatem skóry [3, 17, 18]. U opisywanej chorej dopiero radykalne usunięcie zmiany pozwoliło na wytworzenie blizny, która uszczelniła punkt wycieku.

W patogenezie torbieli śluzowej duże znaczenie mają osteofity, które niszczą torebkę stawową, stąd całkowite ich wycięcie odgrywa ważną rolę w zapobieganiu nawrotom [6]. Dodge i wsp. zaobserwowali, że średni czas pomiędzy leczeniem a nawrotem po leczeniu chirurgicznym wynosi 3 lata, natomiast w przypadku aspiracji 1,2 roku [14]. Do możliwych



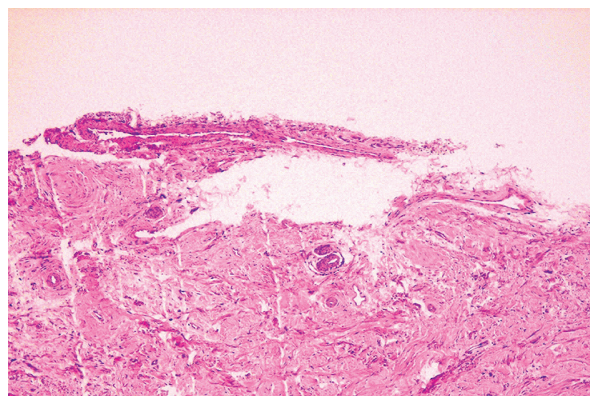
Rycina 2. Cięcie podłużne wzdłuż płytki paznokciowej i wału paznokciowego. Uwidocznienie torbieli śluzowej

Figure 2. Longitudinal incision along nail plate and nail fold, showing the mucous cyst



Rycina 3. Stan bezpośrednio po zabiegu

Figure 3. Postoperative view



Rycina 4. Obraz histopatologiczny. Widoczne szczelinowate porozszerzanie włókien łącznotkankowych oraz śladowa ilość śluzu w obrębie torbielowatej przestrzeni

Figure 4. Histopathological picture. Cystic spaces between connective tissue fibers and small amount of mucin

powikłań leczenia chirurgicznego należą: przetrwały obrzęk, ból, deformacja płytki paznokciowej, infekcje oraz zmniejszenie ruchomości w okolicznym stawie [2]. Opisywano również pacjentów skutecznie leczo-



nych za pomocą lasera CO<sub>2</sub> oraz 1,444-nm Nd:Yag [3, 16].

## PODSUMOWANIE

W długoterminowych badaniach wykazano, że żadna z metod leczenia torbieli śluzowej palca nie daje stuprocentowej pewności, że zmiana nie nawróci, z wyjątkiem artodezy (chirurgiczne zespolenie stawu prowadzące do jego trwałego usztywnienia) [14]. Wybór metody terapii powinien zależeć od lokalizacji zmiany, stopnia destrukcji płytki paznokciowej, obecności dolegliwości subiektywnych oraz preferencji lekarza prowadzącego. W przypadku nawrotowych torbieli, gdy metody niechirurgiczne zawodzą, leczeniem z wyboru powinno być radykalne wycięcie zmiany.

## Piśmiennictwo

1. **Hernandez-Lugo A., Dominguez-Cherit J., Vega-Memije M.:** Digital mucoid cyst: the ganglion type. *Int J Dermatol* 1999, 38, 533-535.
2. **Karrer S., Hohenleutner U., Szeimies R., Landhaler M.:** Treatment of digital mucous cyst with a carbon dioxide laser. *Acta Derm Venerol* 1999, 79, 224-225.
3. **Blume P., Moore J., Novicki D.:** Digital mucoid cyst excision by using the bilobed flap technique and arthroplastic resection. *J Foot Ankle Surg* 2005, 44, 44-48.
4. **Sonnex T.S.:** Digital myxoid cyst: a review. *Cutis* 1986, 37, 89-94.
5. **Truhan A., Roenigk H.:** The cutaneous mucinoses. *J Am Acad Dermatol* 1986, 14, 1-18.
6. **Lin Y.C., Wu Y.H., Scher R.K.:** Nail changes and association of osteoarthritis in digital myxoid cyst. *Dermatol Surg* 2008, 34, 364-369.
7. **Tosti A., Richert B., Pazzaglia M.:** Tumors of the nail apparatus. [w:] *Nails: diagnosis, therapy, surgery*. R.K. Scher, C.R. Daniel (red.). Elsevier/Saunders, Philadelphia, 2005, 198.
8. **Drape J.L., Peretti I., Goettmann S., Salon A., Abimelec P., Guerin-Surville H. i inni:** MR imaging of digital mucoid cysts. *Radiology* 1996, 200, 531-536.
9. **De Berker D., Lawrence C.:** Treatment of myxoid cysts. *Dermatol Surg* 2001, 27, 296-299.
10. **Kivans-Altunay J., Kumbasar E., Gokdemir G.:** Unusual localization of multiple myxoid (mucous) cysts of toe. *Dermatol Online J* 2004, 10, 23.
11. **De Berker D., Lawrence C.:** Ganglion of distal interphalangeal joint (myxoid cyst) therapy by identification and repair of the leak of joint fluid. *Arch Dermatol* 2001, 137, 607-610.
12. **Hwang C.Y., Huang Y.L., Liu H.N.:** Digital mucous cysts presenting as numerous translucent nodules in the right fifth finger. *J Chin Med Assoc* 2011, 74, 102-103.
13. **Zuber T.:** Office management of digital mucous cysts. *Am Family Phys* 2001, 15, 1987-1990.
14. **Dodge L.D., Brown R.L., Niebauer J.J., McCarroll H.R.:** The treatment of mucous cysts: long-term follow-up in sixty-two cases. *J Hand Surg* 1984, 9, 901-904.
15. **Lawrence C.:** Skin excision and osteophyte removal is not required in the surgical treatment of digital myxoid cysts. *Arch Dermatol* 2005, 141, 1560-1564.
16. **Kim J.H., Park J.H., Jee H., Oh S.H.:** Successful treatment of recurrent digital mucoic cysts using a 1,444-nm neodymium-doped yttrium aluminium garnet laser. *Dermatol Surg* 2011, 37, 1528-1530.
17. **Rizzo M., Beckenbaugh R.:** Treatment of mucous cysts of the fingers: review of 134 cases with minimum 2-year follow-up evaluation. *J Hand Surg* 2003, 28, 519-524.
18. **Dockery G.L.:** Diagnosis and treatment of digital mucoid cysts. *J Foot Ankle Surg* 1994, 33, 326-333.

Otrzymano: 20 XII 2013 r.

Zaakceptowano: 26 IX 2014 r.