

11211
Zej.
19



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Post-grado
Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva
Hospital General de México, S. S.

CONTRACTURA DE DUPUYTREN EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO (ANALISIS EPIDEMIOLOGICO)

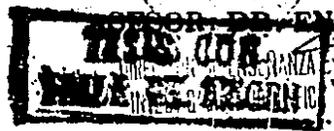
TESIS DE POST-GRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA

SECRETARIA DE SALUD Y RECONSTRUCTIVA
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
P R E S E N T A:

Dr. José Antonio Pérez Hernández

SECRETARÍA DE ENRIQUE MARGARIT GARCIA





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

C O N T E N I D O

| | | |
|---------------------|--|-----------|
| INTRODUCCION | | 6 |
| 1.- | Definición | 7 |
| 2.- | Historia | 10 |
| 3.- | Epidemiología | 12 |
| 4.- | Etiología | 16 |
| 5.- | Enfermedades asociadas | 18 |
| | 5.1 Epilepsia | |
| | 5.2 Alcoholismo | |
| | 5.3 Enfermedad pulmonar crónica | |
| | 5.4 Diabetes mellitus | |
| | 5.5 Otras | |
| 6.- | Relación con el trauma | 20 |
| | 6.1 Específico | |
| | 6.2 Trabajo manual | |
| 7.- | Estudios celulares y del colágeno | 22 |
| | 7.1 Células de Dupuytren | |
| | 7.2 Química del colágeno | |
| 8.- | Correlación clínico-patológica | 24 |
| 9.- | Relación con la aponurosis palmar | 25 |
| | 9.1 Teoría intrínseca | |
| | 9.2 Teoría extrínseca | |
| 10.- | Diféresis de Dupuytren | 27 |

| | |
|--|----|
| 11.- Selección de la cirugía | 30 |
| 12.- Consideraciones anatómicas previas a la cirugía | 33 |
| 13.- Anestesia | 37 |
| 14.- Técnicas quirúrgicas | 38 |
| 14.1 Fasciotomía | |
| 14.2 Fasciectomy regional | |
| 14.3 Fasciectomy extensa | |
| 14.4 Dermofasciectomy e injerto cutáneo | |
| 15.- Complicaciones | 46 |
| 15.1 Tempranas | |
| 15.2 Tardías | |
| 16.- Justificación | 48 |
| 17.- Objetivos | |
| 18.- Material y métodos | 51 |
| 19.- Resultados | 53 |
| 20.- Discusión | 65 |
| 21.- Conclusiones | 70 |
| 22.- Bibliografía | 72 |

I N T R O D U C C I O N

La *literatura mundial sobre la enfermedad de Dupuytren abunda en detalladas, pero a menudo contradictorias publicaciones.*

En 1832, el mismo barón de Dupuytren hizo incapié en como los desconectados e incoherentes conceptos de la enfermedad habían conducido a peligrosos tratamientos generalmente desorientados (3).

La actividad de la enfermedad de Dupuytren y por ende, la celeridad con que se instala la deformidad, son variables. De vez en cuando un dedo presenta pronunciada flexión en cuestión de pocas semanas o meses, pero la deformidad grave suele tardar varios años en instalarse. En algunos pacientes, la lesión progresa de manera inexorable, mientras que en otros, evoluciona con exacerbaciones y remisiones, pero es raro que el proceso entre en regresión.

En pacientes con retracción de Dupuytren, pueden ocurrir lesiones similares en la aponeurosis plantar medial (5%) de uno o de ambos pies e induración plástica del pene (3%) (2).

D E F I N I C I O N

La contractura de Dupuytren es un engrosamiento del tejido conectivo de la fascia palmar y sus extensiones, seguida de una contracción y dificultad en la extensión de los dedos. Esta condición puede ser de severidad variable, desde un simple nódulo en la palma hasta bandas tensas, amplias y fuertes que flexionan los dedos hasta tocar la palma. En la mayoría de los casos, la enfermedad afecta el lado cubital de la mano, por ejemplo, los dedos anular y meñique, aunque puede involucrar a todos los dedos y no es poco común en el primer espacio [2].

Otras alteraciones secundarias son, afinamiento de la grasa subcutánea suprayacente, adherencia de la piel a la lesión y posteriormente depresiones o fositas en la piel. En el dorso de las articulaciones interfalángicas proximales son comunes nudillos fibrosos [2].

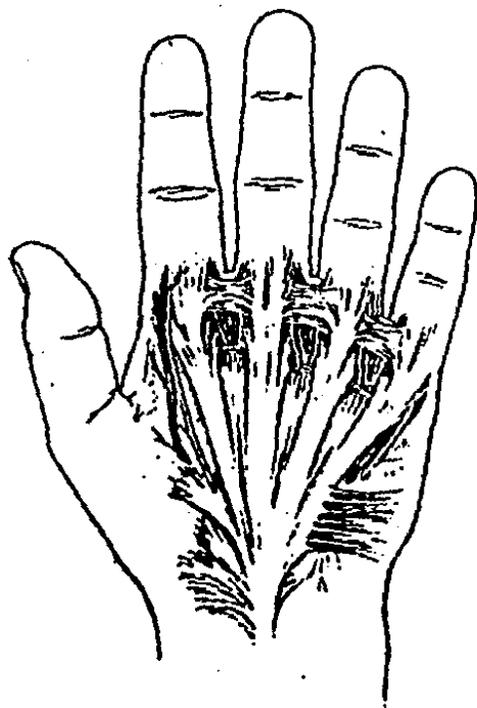


FIGURA No. 1
ANATOMIA DE LA APONEUROSIS PALMAR NORMAL



FIGURA No. 2

**LOCALIZACIÓN DE NODULÓS Y BANDAS EN
LA APONEUROSIS PALMAR CON ENFERMEDAD DE DUPUYTREN**

H I S T O R I A

Antiguamente se conocía a la enfermedad de Dupuytren con el término de "crispatura tendinum", basados en el concepto de contractura del tendón flexor, dicha denominación continuó usándose algún tiempo, como lo demuestran los escritos de Boyer, hasta que Dupuytren en 1832 señaló el error que implica dicha terminología y usó el de "retraction permanente des doigts", al cual adicionó "par suite d'une affection de l'aponurose palmaire" (3).

Probablemente algunos otros cirujanos, además de Dupuytren estaban conscientes del papel de la aponurosis palmar en la producción de esta deformidad de la mano, sin embargo, la profunda demostración por este último, hicieron que se ligara el nombre de Dupuytren a esta deformidad (3).

En ese entonces Dupuytren señaló tres puntos principales:

- a) que la aponurosis palmar era el asiento de esta condición;
- b) que el trauma ocupacional era la causa y, c) que la incisión transversa para liberar la deformidad era el mejor tratamiento. A menos de 3 años de su publicación Goyrand (1834) cambió los principios, este autor proponía que los tejidos anteriores a

La aponeurosis palmar eran el sitio del principal cambio patológico, que el trauma ocupacional no jugaba ningún papel en su causa y que la incisión longitudinal ofrecía una mejor exposición para la corrección quirúrgica. En los últimos 150 años, estos mismos tópicos han continuado siendo sometidos a discusión, ya que la etiología y patogenesis son aún inciertas. Con el correr del tiempo (3), numerosos tratamientos conservadores se han intentado pero ninguno ha sido suficientemente efectivo. Actualmente se acepta que la cirugía es el único tratamiento racional. En cuanto a la cirugía, hay autores como Langston y Cowan (1955) que recomiendan la fasciectomía radical, así como Mc Indoe (1958). La fasciectomía parcial por Hamlin (1952) y Shaw (1952), la fasciotomía por Howard (1959) y Luck y la nodulectomía por Luck también en 1959. En el capítulo de tratamiento, se discutirán cada uno de los procedimientos con sus ventajas, indicaciones y contraindicaciones.

E P I D E M I O L O G I A

La enfermedad de Dupuytren es una afección que era virtualmente confinada a la raza blanca. En Europa existe una diferencia racial en la incidencia de la afección. Es más común en escandinavos y en la región celta y más raro en poblaciones italianas y griegas y muy rara vez entre los judíos. Egawa (1974-79) ha publicado la incidencia del Dupuytren en Japón, comparable a la raza blanca. También se han realizado publicaciones aisladas en pacientes que no son de raza blanca (Vost, 1955 y Bunnell, 1956). Inclusive en pacientes de raza negra se ha diagnosticado y tratado enfermedad de Dupuytren como lo reporta Plasse (19) en los Estados Unidos, entre otros o Furnas con otro paciente de Tanzania (20).

En Europa, destacan tres áreas con incidencia elevada que excede del 25% en varones de más de 60 años, esas áreas son: Edinburgo, Leeds y Melbourne. En Suecia se ha señalado una incidencia de aproximadamente 21%, sin referencia a grupos de edades y más recientemente Mickelson, señala una incidencia similar en Noruega (4).

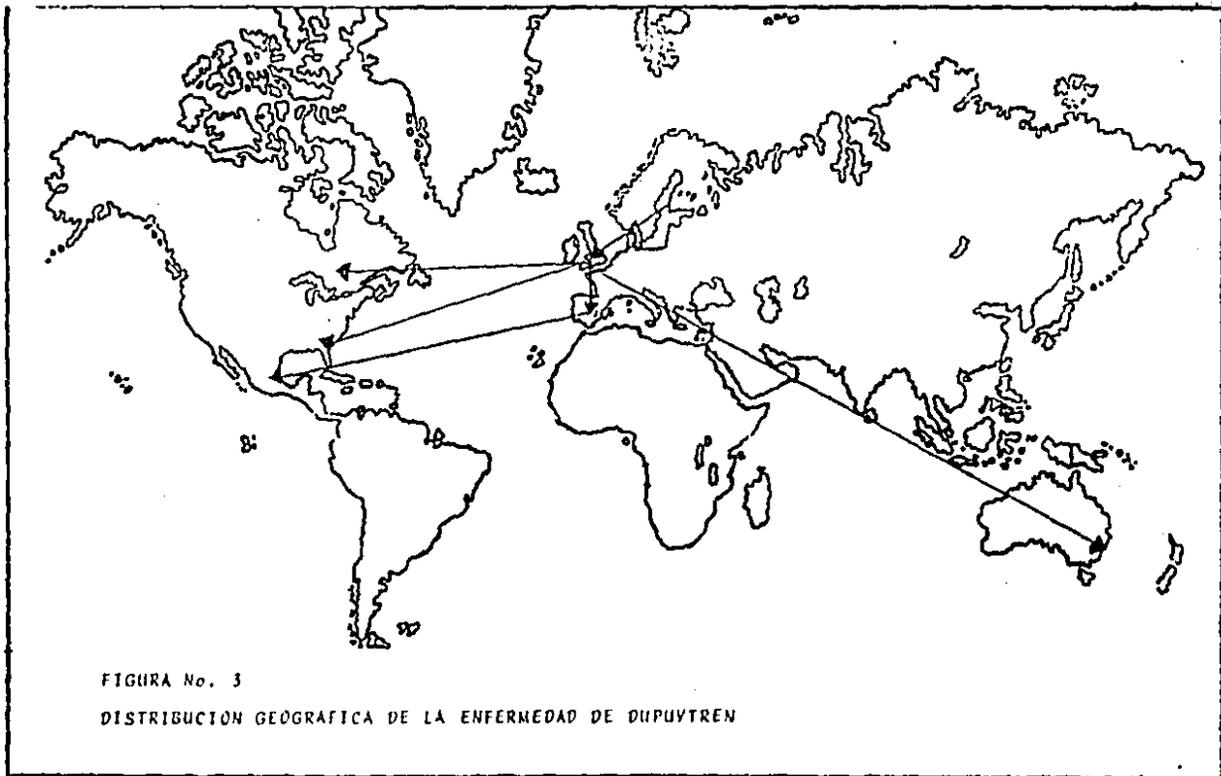
Se ha propuesto que las invasiones vikingas de las islas bri-

tánicas, introdujeron y reforzaron la base genética para la enfermedad de Dupuytren en la población céltica de estas islas (figura 3).

En Norteamérica, las más importantes contribuciones de la enfermedad de Dupuytren, proceden de aquellas áreas pobladas tempranamente por elementos célticos de Gran Bretaña, en particular Boston y Canadá. En 1776, Norteamérica dejó de admitir la entrada de criminales y otros componentes pobres de célticos y escoceses, seleccionándose a Australia para el traslado de otros grupos raciales.

En cuanto a la relación por sexos, se ha observado que las mujeres presentan la enfermedad de Dupuytren con una frecuencia de por lo menos la mitad que los hombres, aunque en publicaciones más antiguas se reporta una proporción según sexos de 1 a 7 ó 1 a 9, relación mujer-hombre (18). Esta diferencia en proporción, obedece a que las primeras cifras se obtuvieron de estadísticas operatorias. Las mujeres parecen presentar la enfermedad de Dupuytren en edad más avanzada y habitualmente en ellas progresa en forma más lenta hacia la deformidad de flexión. Asimismo la personalidad femenina es capaz de adaptarse mejor a una pequeña molestia por la deformidad, que en los hombres amenaza su independencia, quienes solicitan con más frecuencia la cirugía (4).

La edad típica de presentación de la enfermedad de Dupuytren es después de los 40 años, pero poco frecuente antes de los 25 (2). Hasta el momento no existen investigaciones sobre la epidemiología en México ni en Latinoamérica, según datos obtenidos del Centro Nacional de Información y Documentación en Salud de la Secretaría de Salud, ni en español ni en otros idiomas.



E T I O L O G I A

Aunque se desconoce la causa exacta de la retracción de Dupuytren, se sabe que tiene un componente hereditario, autosómico dominante, ya que la lesión ocurre con mayor frecuencia en algunas familias. Como posibles causas, Skoog señalaba traumatismos, neuropatías, enfermedades reumáticas, endocrinopatías, epilepsia, anomalías del desarrollo, contractura del músculo palmar mayor, infección local, tuberculosis, intoxicación crónica y otras, ninguna de las cuales ha sido aceptada [5]. El mismo Barón Dupuytren hizo referencia a múltiples causas como la gota, fractura, metástasis de otra enfermedad, inflamación de las venas tendinosas o alguna clase de anquilosis, todas sin fundamento.

El traumatismo como Luck [1959] lo señaló, se ha propuesto como un factor contribuyente importante y como la única causa de la contractura de Dupuytren [12]. Sin embargo, también el papel del traumatismo se ha considerado como de mínima importancia. También Skoog, en 1948 sugirió que el sobreestiramiento de las fibras longitudinales de la aponeurosis palmar, mediante la hiperextensión de los dedos podía producir ruptu-

ras parciales de diverso grado y de distribución irregular, con
cluyendo que "el traumatismo es un factor causal en casos con
predisposición a la enfermedad (5). Sin embargo, hasta la ac-
tualidad se acepta que la etiología de la enfermedad de Dupuy-
trey es desconocida.

ENFERMEDADES ASOCIADAS

EPILEPSIA.- Se sabe desde Lund (4), Skoog y Hueston, que existe una incidencia del 40% en enfermedad de Dupuytren en epilépticos varones de más de 40 años de edad. No se ha podido demostrar, sin embargo, algún nexo genético entre las dos afecciones. Thieme ha descartado la hipótesis de que la administración prolongada de barbitúricos se asocie con mayor incidencia de contractura de Dupuytren.

ALCOHOLISMO. Un estudio de Hueston (4), reveló que entre 33 y 40% de alcohólicos crónicos en diferentes grupos de edades, presentaban enfermedad de Dupuytren clínica. No obstante, continúa sin explicación de base esta asociación aunque existe un cuadro de especulaciones que van desde la ineficacia en el metabolismo de la vitamina E, la enfermedad hepática, hasta los evidentes trastornos vasomotores en las "palmas hepáticas" de estos pacientes. Según un estudio de Wolfe, la enfermedad de Dupuytren ocurrió más tempranamente en pacientes alcohólicos con cirrosis que en pacientes alcohólicos sin enfermedad hepática y pacientes no alcohólicos (5).

ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA. Gordon y Hueston (4) han confir-

mado que después de los 40 años de edad, los pacientes con enfermedad pulmonar crónica mostraban una incidencia entre 30 y 40% de enfermedad de Dupuytren. En estos pacientes, también se ha considerado una base vasomotora.

DIABETES MELLITUS. Dushoff, señala que la enfermedad de Dupuytren aparece en dos tercios de los pacientes afectados de diabetes mellitus, en el curso de tres años. Sin embargo, ambos procesos están relacionados con la edad y actualmente no se toma en serio dicha asociación.

INFARTO AL MIOCARDIO, GOTA Y ARTRITIS REUMATOIDE. Se han considerado causales (7), pero no se han establecido asociaciones definidas. Al parecer la relación es puramente coincidental.

RELACION CON EL TRAUMA

ESPECIFICO. Según Hueston, existe evidencia circunstancial considerable, de que una lesión local específica puede iniciar o agravar la condición local de la contractura de Dupuytren.

Por ejemplo, un cuerpo extraño en un nódulo de la contractura de Dupuytren es una prueba irrefutable de traumatismo local. La progresión de una herida penetrante local a la formación de un nódulo de Dupuytren está bien reconocida (7) y los traumatismos en hiperextensión de los dedos y la palma de la mano se ha visto que pueden progresar a cambios patológicos palmares.

De interés en cuanto a la patogenia, es la agravación de condiciones productoras de edema en la mano, sin traumatismo local como la fractura de Colles, después de mastectomía radical, - después de atrofia de Suddeck y en condiciones que provocan de suso de la mano (7). Lo anterior nos sugiere una vía común final en la patogenia de Dupuytren. Por ejemplo, que el patrón de flujo vascular o de metaplasia en fibroblastos a través de los diferentes planos tisulares de la mano pudiesen al terarse de la misma forma por los diferentes agentes y nos per mitirla acercarnos al conocimiento del mecanismo preciso de -

producción de la enfermedad de Dupuytren.

TRABAJO MANUAL. Muchos pacientes explican su enfermedad de Dupuytren, relacionándola con la forma de sujetar distintas herramientas, e incluso palos de golf. No es difícil suponer, que estas situaciones fueron la primera o más frecuente ocasión en que el paciente llegó a conocer las alteraciones palmares o por lo menos, tener recuerdo de ellas. Actualmente después de estudios por autores como Goyrand, Gabbiani, Dupuytren, Skoog y Milkelsen, se ha concluido que la enfermedad de Dupuytren es controlada más que agravada por la función manual completa (4).

Gordon (6), en su trabajo sobre enfermedad de Dupuytren, después de trauma, concluye que las evidencias de su investigación, sugiere que la ruptura traumática de la aponeurosis palmar pueden seguirse por el desarrollo de una lesión similar sino idéntica a la contractura de Dupuytren.

Y Lis Zachariae, después de analizar estadísticas danesas relacionando población afecta de Dupuytren con la población general y con la población con trabajo manual específico, encontró que la proporción es la misma por lo que descarta toda relación con traumatismos (11) (21).

ESTUDIOS CELULARES Y DEL COLAGENO

CELULA DE DUPUYTREN. Mc Callum y Hueston (4), demostraron el origen perivascular de las células en proliferación en la enfermedad de Dupuytren. La función patogénica de estos nuevos fibroplastos habia permanecido como un enigma por muchos años, hasta que en 1971, surgió la proposición de que los fibroblastos pueden ser capaces de presentar una propiedad contractil como las células del músculo liso. Específicamente la contribución del fibroblasto en la enfermedad de Dupuytren se afirmó relacionado con células denominadas miofibroblastos por Gabbiani y Majno (8), que demostraban las siguientes características ultraestructurales:

- 1.- Sistema fibrilar similar a las de las células del músculo liso.
- 2.- Deformidades nucleares como las encontradas en células contractiles y,
- 3.- Uniones célula-célula y célula-estroma. Se ha postulado que estos miofibroblastos a través de sus puntos de contacto y en virtud de su capacidad contractil, pueden "unir sus brazos" y traccionar conjuntamente para producir la retracción en la unidad nódulo-banda de Dupuytren. Sin embargo, todavia es bastante incierta la función de estas células del músculo liso (4).

QUÍMICA DEL COLÁGENO. Parece ser que la producción de colágeno en las células encontradas en los nódulos de Dupuytren es diferente del colágeno de los pacientes no afectados del mismo. La estructura del colágeno difiere en el sentido de que los pacientes con Dupuytren presentan un aumento hasta de 20 veces mayor, en el número de uniones cruzadas intramoleculares y extramoleculares dentro de la estructura de triple hélice de las moléculas del colágeno normal.

Los cultivos orgánicos de estos fibroblastos específicos de la enfermedad de Dupuytren, muestran la continuidad de la producción de una proporción elevada del colágeno tipo III que se observa en la enfermedad de Dupuytren y similar a los tejidos embrionarios, en particular la piel, al parecer aquí es donde radica la anomalía hereditaria en pacientes con diátesis de Dupuytren (4).

Hueston, menciona que el colágeno puede, en los individuos predispuestos, depositarse entre las células del tejido conjuntivo, durante alguna fase contractil de su actividad, para mantener la postura de relajación local de los elementos de una matriz intersticial. La "fijación" es por consiguiente una posibilidad más que una "retracción".

CORRELACION CLINICO PATOLOGICA

La correlación entre las alteraciones celulares y el estado clínico es difícil ya que, dentro de las unidades de tejido retráctil de la enfermedad de Dupuytren existen, en yuxtaposición, áreas hiperplásicas y áreas relativamente inactivas, por lo que la proporción de los elementos celulares con los fibrosos será diferente. Los elementos nodulares de la unidad retráctil son notoriamente celulares sin elementos de colágeno, defectuosamente alineados con áreas minúsculas de microhemorragias que indican friabilidad de este nuevo tejido poco diferenciado. Las bandas fibrosas, en los cordones son secundarias a la tensión producida en los elementos fibrosos normales de la palma y de los dedos, producto de la hipertrofia de trabajo -- inespecífico por parte de los fibroplastos locales (13).

RELACION CON LA APONEUROSIS PALMAR

En manos no afectas de enfermedad de Dupuytren, la aponeurosis palmar es tan parca que desafía a toda demostración por disección, salvo cuando se realiza por raspadura. De ahí que pueda destacarse que el engrosamiento difuso de áreas incluso aparentemente no afectas en la enfermedad de Dupuytren, refleja una variación general en la actividad celular en este plano. La deformidad en flexión de los dedos se mantiene por bandas longitudinales que corresponden originalmente a la línea y plano de la aponeurosis palmar. En este aspecto, existe una teoría intrínseca y otra teoría extrínseca como se verá a continuación (4).

TEORIA INTRINSECA. Se basa en la demostración por parte de Skoog (3), de microrupturas en los nódulos y junto a ellos. Localiza la lesión primaria en la aponeurosis palmar con contracción subsecuente debida a ruptura repetida y contractura del tejido cicatrizal de nueva formación. Los ligamentos articulares se alargan y se vuelven menos estables con las rupturas repetidas. En resumen, la teoría intrínseca implica un acortamiento de los tejidos faciales mediante los cuales literalmente se forman nódulos.

TEORÍA EXTRINSECA. Postula un cambio en los tejidos superficiales a la aponeurosis palmar con inducción de contracción secundaria de cualquier otra estructura anatómica fibrosa normal a la cual, esta región se relacione.

Habitualmente en estos pacientes, se aprecian los signos de la enfermedad desde el inicio de ésta, así como su progresión. La dermis cutánea es la única estructura fibrosa local que se deja en su lugar después de una fasciectomy y es probablemente quien ejerce algún control sobre el futuro de los tejidos subcutáneos relacionados, capaces de reproducir el mismo tejido hiperplásico (miofibroblástico). La prevención de la recurrencia mediante el remplazo de la piel suprayacente confirma el control extrínseco del espacio subcutáneo local. En resumen implica la aplicación de un proceso adyacente de fibroplasia que puede incorporar la estructura anatómica fibrosa local en el proceso de acortamiento, permitiendo la continuación de este proceso hacia la recurrencia temprana después de fasciectomy (14).

DIATESIS DE DUPUYTREN

La intensidad de la tendencia hereditaria para la producción de este tejido de Dupuytren, incluso en sitios ectópicos, además de palmas de manos, se conoce como diátesis de Dupuytren, esta determina el grado de agresión con el cual actuará el proceso fibroplásico en un individuo determinado. En muchos individuos, transcurren 50 años o más, antes de que requieran la intervención quirúrgica, en estos individuos, no es muy evidente la diátesis. Los pacientes más jóvenes, presentan serios signos de alarma de que la simple extirpación de sus elementos en vías de retracción no conseguirá eliminar la tendencia progresiva a la producción continuada de este tejido fibroplásico, con su subsiguiente retracción, deformidad recidivante e incapacidad. Para valorar esta diátesis y de ahí la posibilidad de un plan quirúrgico capaz de controlarla, se requiere la consideración de varios factores como se verá mas adelante (4).

Una diátesis intensa puede reconocerse si existe una importante historia familiar, si el paciente es joven en el momento del comienzo, si la afección es difusa, con participación dérmica temprana y si existen depósitos ectópicos en las plantas de los pies o sobre el dorso de las articulaciones de los dedos

de las manos.

Lo que es más importante, si ya se ha producido tempranamente la recidiva después de una fasciectomia, es evidentemente, muy intensa la tendencia de la diátesis a la ulterior producción de este tejido. Ya se ha mencionado la consecuencia agravante de la epilepsia y el alcoholismo.

Cuando existe tal combinación de factores, debe ponerse sumo cuidado en la selección del procedimiento quirúrgico capaz de detener esta diátesis, lo que en la actualidad implica la sustitución profiláctica de piel.

En su forma más leve, la diátesis se manifiesta por sí misma como un nódulo discreto o una banda fina en la mano de un paciente anciano.

En el pie, la banda medial de la aponeurosis plantar mostrará un nódulo visible y palpable en el 10% de los pacientes que requieren fasciectomia en la mano, y a menos que se reconozca, puede malinterpretarse histológicamente como fibrosarcoma.

Otros sitios menos frecuentes son la fascia del antebrazo, el tendón de aquiles, la enfermedad de Peyronie se presenta en el 3% de los pacientes que necesitan cirugía por la enfermedad de Dupuytren, mientras que la contractura de Dupuytren se ha encontrado en el 10% de los pacientes con enfermedad de Peyronie (7). [Figura 4]

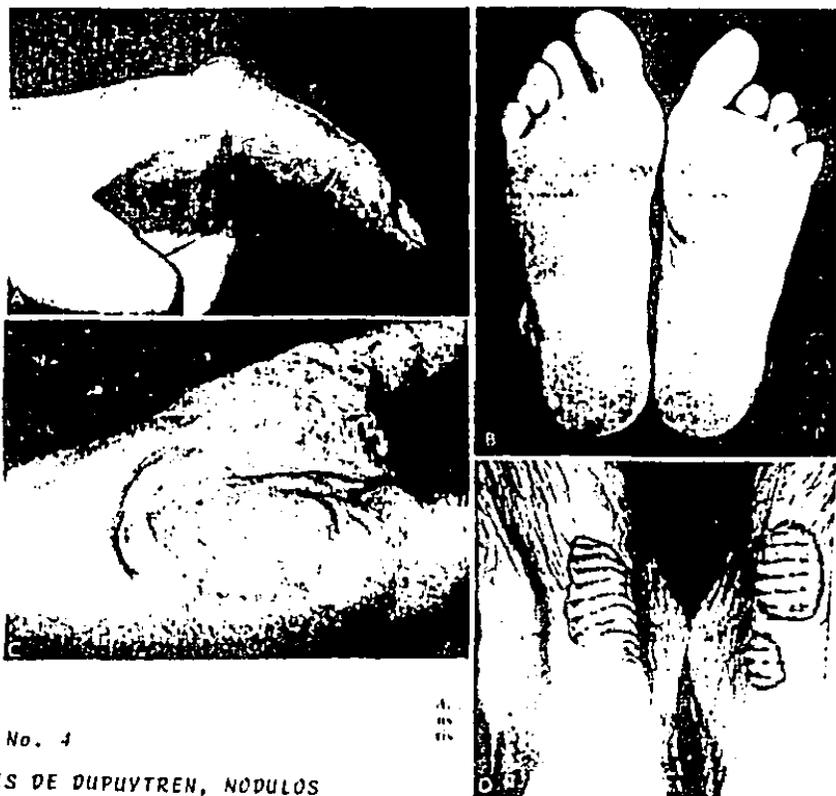


FIGURA No. 4
 DIATESIS DE DUPUYTREN, NODULOS
 EN ARTICULACIONES INTERFALANGICAS
 PROXIMALES, PLANTAS DE LOS PIES Y TENDON DE
 AQUILES.

SELECCIÓN DE LA CIRUGIA

En base al impredecible progreso natural de la enfermedad y después de la valoración cuidadosa de la diatesis de Dupuytren, la cirugía no se recomienda en un nódulo palmar sin deformidad, a menos que los síntomas locales de dolor e hipersensibilidad sean tan severos que impidan al paciente realizar su trabajo normal, lo cual es raro. Habitualmente estos síntomas desaparecen en el curso de un año (7).

Deberá aconsejarse al paciente sobre la progresión futura de la deformidad y sobre la posibilidad de corregirse, si consulta antes de que esté muy avanzada. La deformidad en flexión metacarpofalángica se demuestra por la incapacidad de colocar la mano extendida sobre la superficie de una mesa, señalándose al paciente la necesidad de reportar este signo a la brevedad posible.

Este signo provee el mejor momento para la intervención quirúrgica, cuando sólo se involucra la articulación metacarpofalángica, lo cual podrá corregirse mediante la resección del mecanismo nódulo-banda, mientras que la flexión de la articulación interfalángica proximal no puede ser siempre corregida (7).

Cuando se ha establecido la deformidad, puede seleccionarse cualquiera de las siguientes intervenciones dependiendo de la edad del paciente y la severidad de la diatesis en cada paciente.

FASCIOTOMIA PALMAR. Disminuirá la deformidad metacarpo-falángica en un paciente anciano con una banda madura discreta [7].

FASCIECTOMIA REGIONAL. Es la cirugía más común para las bandas anormales y nódulos que comprenden el mecanismo deformante, con buena evolución en pacientes con diatesis moderada y con menos riesgo de recurrencia. La morbilidad en la mayoría de manos es menor que en la fasciectomía radical.

FASCIECTOMIA EXTENSA. Incluye la resección de la aponeurosis palmar mas allá de lo afectado macroscópicamente, solo con disección de los dedos afectados en pacientes jóvenes con una diatesis importante, lesiones múltiples y deformidades progresivas. Hakstian confirmó los hallazgos de Hillesi, de que la fasciectomía deja una menor tasa de actividad palmar de la enfermedad, que no excede el 50% y la cual es comparable con la actividad esperada en la historia natural de la contractura de Dupuytren no tratada. Desde luego en ausencia de una diatesis severa y particularmente en el paciente anciano, este procedimiento

extenso profiláctico puede parecer exagerado (7).

INJERTO CUTANEO. La escisión de piel con fasciectomía y remplazo con injerto cutáneo particularmente en los dedos, es a veces necesario cuando se ha probado una fuerte diátesis con recurrencia local progresiva, aconsejándose este procedimiento profiláctico según Hueston (14).

AMPUTACION. A nivel de la articulación metacarpo-falángica, se usa rara vez, excepto en el dedo meñique, en pacientes ancianos, con flexión interfalángica severa, tiene la ventaja de convalecencia corta o bien en un anciano con enfermedad grave, evolución prolongada y deformidad en flexión superior a 90° de la articulación interfalángica proximal (7).

CONSIDERACIONES ANATOMICAS PREVIAS A LA CIRUGIA

La deformidad de la articulación IFP puede no ser corregible, si es superior a 90° antes de la cirugía a diferencia de la deformidad articular metacarpofalángica.

Esto se debe a que los orígenes de los músculos interóseos se extienden hasta el cuello de cada metacarpiano y no existe riesgo de fijación ósea permanente de la placa volar, aún en caso de deformidades en flexión de larga evolución de la articulación metacarpofalángica. Sin embargo, las caras denudadas volar y lateral del cuello de la falange proximal que se admite, están recubiertos normalmente por la reflexión sinovial por debajo del borde proximal de la placa volar, son muy propensos a la formación de adherencias y a las retracciones ligamentarias cuando la deformidad en flexión de la IFP ha estado presente por más de uno o dos años. Se oblitera la reflexión sinovial y los rebordes proximales de la placa volar se retraen permanentemente y los ligamentos colaterales llegan a adherirse a los lados denudados del cuello y cabeza de los cóndilos de la falange proximal. Hay pérdida de cartilago articular sobre la cara dorsal de los cóndilos.

Según Mc Farlane (9), puede asegurarse que una banda digital -

que no esté estrictamente en la línea media del dedo correspondiente puede asociarse con un desplazamiento acentuado del asa neurovascular digital. Por lo cual es valioso el abordaje longitudinal para evitar lesión del asa neurovascular. Las bandas centrales pretendinosas rara vez desplazan esta asa.

El curso del asa neurovascular móvil blanda, deja de ser rectilíneo y puede ser tan tortuoso que entre en contacto con la piel en el dedo o en la parte distal de la palma o con su homónima - en el lado opuesto o intrincarse a través de un nódulo digital denso y proliferativo. En tales casos operatorios es útil la lupa de aumento. Por todo lo anterior se ha señalado como única regla que el nervio digital, virtualmente puede hallarse en cualquier lugar. (Figura 5).

Es muy rara la deformidad en flexión de la IFD por continuidad de la banda contractil hasta la falange distal. Más difícil de tratar a nivel de IFD es la deformidad en hiperextensión, cuando la deformidad en flexión de la IFP excede el ángulo recto. Esto se debe a una respuesta pasiva, al desequilibrio muscular entre músculos intrínsecos y extrínsecos a nivel de articulación IF distal. La extirpación de la totalidad de la fascia no consigue restablecer la flexión en la hiperextensión IFD grave y sólo la tenotomía del extensor, permite la liberación (4).

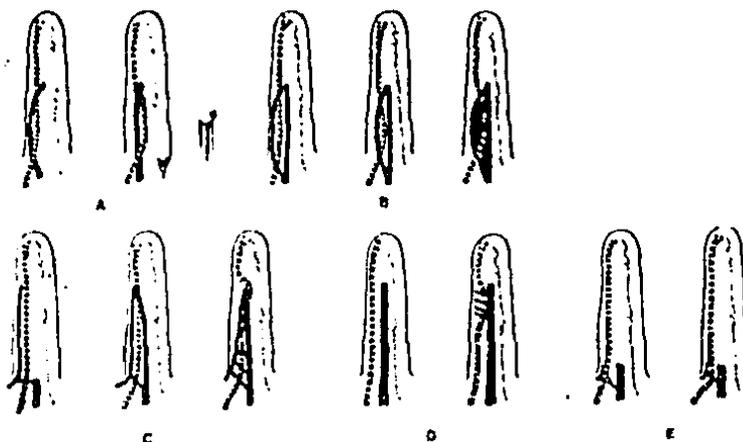


FIGURA No. 5

PATRONES DEL DESPLAZAMIENTO DEL ASA NEUROVASCULAR EN LA CONTRACTURA DE DUPUYTREN a) POR BANDA ESPIRAL; b) COMBINACION DE BANDA PRETENDINOSA, BANDA NATATORIA Y BANDA LATERAL; c) POR UNA EXTENSION DEL LIGAMENTO DE GRAYSON DESDE LA BANDA CENTRAL y d) POR LA BANDA ESPIRAL Y BANDA NATATORIA.

El pulgar está afecto en más del 10% de los pacientes que llegan a la cirugía por prueba positiva de la superficie de la mesa. El paso inicial en toda fasciectomía es la palpación del primer espacio comisural, según Flinn. Puede no estar presente todavía la deformidad en aducción, pero es mejor la escisión y la plastia en Z del elemento tenso en el primer espacio con sutura antes de comenzar con el resto de la mano, ya que más tarde puede olvidarse fácilmente. Hay que recordar, que normalmente, el nervio digital pulgar interno es subdérmico volarmente y por ende más propenso a la lesión en la cirugía, el externo es más profundo a nivel de la vaina flexora fibrosa (4).

ANESTESIA

Se recomienda el bloqueo del plexo braquial, que además del beneficio temporal con la simpatectomía, el bloqueo actúa en el postoperatorio inmediato. Se mantendrá asimismo en el PO la mano elevada y el paciente podrá referir cualquier molestia como la tensión en la región operatoria. Pueden darse además analgésicos como aspirina o paracetamol.

TECNICAS QUIRURGICAS

FASCIOTOMIA. La simple fasciotomía palmar basta para corregir la mayoría de las deformidades metacarpo-falángicas y algunas de las interfalángicas proximales. Se recomienda este tratamiento en algunos enfermos con diabetes baja y esperanza de vida limitada. En estos enfermos son escasas las posibilidades de que los extremos de la banda seccionada vaya a reunirse, produciendo la recurrencia de la enfermedad. Se utiliza una incisión de 1 cm., en el borde lateral de la palma de la mano (la incisión no se hace nunca en el dedo por el riesgo de seccionar el nervio digital (10).

FASCIECTOMIA REGIONAL. La operación más frecuente es la extirpación regional de todos los tejidos afectados macroscópicamente del mecanismo deformante banda-nódulo.

Se practica habitualmente a través de una incisión longitudinal con arreglos de plástica en Z, con el fin de proporcionar un alargamiento de la piel de revestimiento e impedir la contractura longitudinal de la cicatriz (Figura 5). Esta cirugía es aconsejable cuando están deformadas las articulaciones in-

terfalángicas y cuando la simple fasciotomía palmar puede permitir la recidiva precoz de una deformidad articular metacarpo-falángica. El aspecto limitado de la cirugía es la extensión de la resección palmar. Sólo se reseca el tejido alterado, sin proseguir a la resección hasta la porción proximal de la palma, porque apenas tiene peligro dejar segmentos de bandas proximales en la palma de la mano. Este tejido residual con frecuencia se atrofia porque ya no se estira a través de ninguna línea articular, al hallarse próximo a las articulaciones metacarpo-falángicas. Además, el peligro de hematoma queda sensiblemente reducido si la piel no se levanta en el hueco de la porción proximal de la palma de la mano. En la misma operación se requiere generalmente una fasciectomía limitada de más de un dedo (17). Se recomiendan las escisiones longitudinales para cualquier disección digital, ya que la intervención de fasciectomía es esencial ante una disección de los nervios digitales. Una vez localizados en la palma estos nervios digitales se siguen cuidadosamente a través del curso más tortuoso hasta el dedo. Cuando se ha localizado la vaina del tendón flexor en la palma puede levantarse la aponeurosis desde el lado interno hacia el externo; es más seguro localizar el nervio digital común abriendo el tabique paratendinoso externo. De este modo se descubren el nervio digital común y su bifurcación, justamente anterior y paralela al vientre del

músculo lumbrical. Las ventajas de una exposición longitudinal se obtienen también mediante incisiones en ángulo, la única ventaja de las plastias en Z es que proporcionan cierto alargamiento de la piel. La rigidez de las articulaciones interfalángicas es la mayor incapacidad postoperatoria y no parece guardar relación con la amplitud de la disección (Figura 6).

FASCIECTOMIA EXTENSA. Esta cirugía obliga a la extirpación de la aponeurosis palmar en toda la anchura de la palma. En los dedos es necesario, el mismo grado de disección para corregir la deformidad interfalángica, independientemente de la amplitud de la disección palmar. Esta técnica está justificada en los jóvenes con lesiones palmares multifocales y una fuerte diátesis. En este grupo concreto de enfermos la posibilidad de depósitos palmares ulteriores es alta, pero la extirpación de las bandas aponeuróticas longitudinales anatómicas evitará nuevos nódulos que puedan crear nuevas bandas deformantes. Esta cirugía más radical conlleva mayores riesgos de hematoma palmar y necrosis de los bordes de la herida (17). Por tanto la extirpación palmar amplia, no está justificada en los jóvenes con enfermedad localizada y diátesis escasa, en los enfermos de edad media o avanzada ni en las mujeres (22). La sutura de una incisión palmar transversal larga tras la fasciectomía radical puede realizarse de una de estas tres for

mas:

- 1.- Sutura directa con flexión de las articulaciones MF's y estiramiento congruente de la contracción dérmica tras la cicatrización. (Figuras 7 y 8).
- 2.- El método palmar abierto descrito por Mc Cash que conlleva a la contracción de la herida, el cierre del defecto palmar y elimine rápidamente las contracciones dérmicas. La fase de cicatrización no origina molestias, ni aparece en ella hematoma, aunque puede prolongarse varias semanas (16).
- 3.- Un injerto cutáneo libre en el defecto que permita la reanudación precoz de todo tipo de movimiento. La cicatrización tras el injerto cutáneo no es más larga que tras el cierre de la herida por sutura.

DERMOFASCIECTOMIA E INJERTO CUTANEO. Los injertos cutáneos impiden la recidiva de la contractura de Dupuytren en la zona afectada, aún cuando puede aparecer en otro lugar cualquiera de la mano e incluso debajo de los colgajos cutáneos palmares repositos adyacentes (14). Esta inmunidad a la recidiva de que gozan las zonas con injertos cutáneos en la mano sugiere que la dermis local desempeña un papel importante en la recidiva. Este concepto ha llevado al uso de injertos cutáneos libres de espesor total, en los dedos cuando ya se ha produci

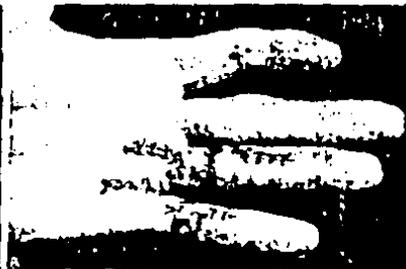


FIGURA No. 6
FASCIECTOMIA REGIONAL Y ZETOPLASTIA
CONTRACTURA DE DUPUYTREN
a) u b) ESCISION DEL MECANISMO DEFOR-
MANTE Y c) ADECUADO MOVIMIENTO A
LAS DOS SEMANAS



FIGURA No. 7
FASCIECTOMIA EXTENSA EN LA CONTRAC-
TURA DE DUPUYTREN
a) EXPOSICION DE LAS LESIONES SO-
BRE BANDA LONGITUDINAL
b) y c) CIERRE HERTA CON FLEXION
MF

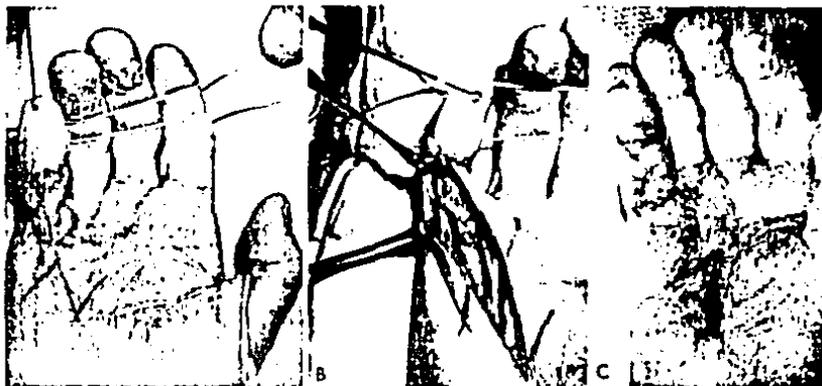


FIGURA No. 8

- a) EXPOSICION LONGITUDINAL SEGURA PARA ALARGAMIENTO CUTANEO
 b) RESPETANDO PAQUETE NEURO VASCULAR DEL QUINTO DEDO
 c) Z-PLASTIAS

do la recidiva y la edad y la diatesis del enfermo sugieren la probabilidad de una nueva recidiva.

Para descubrir con seguridad los nervios digitales en el dedo, se emplea una incisión longitudinal en la línea media; de este modo se garantiza la conservación de una vaina fibrosa intacta. Los dos colgajos cutáneos laterales longitudinales se conservan hasta cerciorarse de que la vaina del flexor se ha dejado absolutamente intacta como lecho seguro para la piel libre que se va a aplicar. Si se descubre una parte del tendón flexor, la piel a ambos lados de la línea media puede transformarse en pequeños colgajos locales para cubrir el tendón en las zonas donde no exista vaina. Hay que tener cuidado en asegurarse que las tracciones de la línea externa de sutura cumplen los principios de corrección de las contracturas de las cicatrices por quemadura. Después de toda cirugía se coloca un vendaje compresivo suave por 5 días (10) (Figura 9).



FIGURA No. 9

FASCIECTOMIA E INJERTO CUTANEO
EN CONTRACTURA DE DUPUYTREN

a) PLANEACION

b) y c) EXPOSICION LONGITUDINAL SEGURA

d) PRESERVACION DE LA VAINA FLEXORA

e) COLGAJOS TRIANGULARES

f) INJERTO DE ESPESOR TOTAL g) 5 DIAS DESPUES, RECOMENDANDOSE
MOVILIDAD

COMPLICACIONES

Pueden ser tempranas o tardías. Las primeras dependen principalmente de la destreza del cirujano, mientras que las segundas dependen de la diátesis del paciente (4).

TEMPRANAS. Hematomas, necrosis de la herida, sección de nervios digitales y catástrofes vasculares.

La técnica de la palma abierta elimina el hematoma y disminuye la posibilidad de necrosis cutánea, pero se retarda la curación de la herida, y si es así, ¿Por qué no aplicar un injerto después de unos días?. La incisión longitudinal disminuye la posibilidad de sección del nervio digital a menos del 1%.

Puede haber también tumefacción y rigidez articular por lo que deberá advertirse a todo paciente la posibilidad de edema de la mano y retardo en el retorno de la función. Con el uso del bloqueo del plexo braquial se ha disminuido esta complicación probablemente en virtud del efecto de simpatectomía.

Después de la cirugía, cabe esperar que los dedos puedan flexionarse hasta alcanzar la palma en el espacio de un mes.

TARDIAS. Si la rigidez articular persiste desde el PO temprano, el resultado tardío es incierto. Puede haber vestigios del edema y presentar un síndrome del túnel del carpo que aparece un mes o más después de la operación, hasta que se soluciona el edema. Además puede haber retracción cicatrizal por exposiciones mal orientadas.

La recidiva osea, reaparición del mismo tipo de tejido en el interior del área de la que se ha extirpado dicho tejido, es más probable en un paciente joven con historia familiar evidente y en el que se presenta de forma rápida y con participación dérmica temprana lo cual lleva a un mal resultado con recidiva en el curso de uno a dos años.

La propagación es la aparición del mismo tipo de tejido en otra área distinta en la mano operada. No puede prevenirse, ya que es la persistencia del potencial biológico de los tejidos en el compartimiento subcutáneo de la palma la que produce este fenómeno en un paciente determinado. La fasciectomía extensa o radical no impide esta propagación, ya que el potencial para reproducir la enfermedad de Dupuytren permanece en el interior de los componentes celulares de los compartimientos subcutáneos de la palma y ciertamente, la aparición de tejido nuevo adyacente a la fasciectomía limitada es un fenómeno observado con frecuencia.

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

Como se mencionó al principio de este trabajo, los celtas eran un conjunto de pueblos indogermanos que a partir del siglo X desarrollaron una serie de movimientos migratorios hacia el Oeste, (Galias, Britania, Irlanda), al Suroeste (España) y al Sur (Roma), el Este (Bohemia y Asia Menor).

En el centro de España, se asocian los celtas con los iberos, en lo que comprendían las actuales provincias de Zaragoza, Teruel, Guadalajara y Soria. En el siglo XVI, los españoles llegan a México y se inicia el mestizaje con los indios continentales por lo cual debió heredarse el gene a los mestizos, razón que nos explica la presencia de dicha enfermedad en nuestro país, aunque probablemente dicha presentación es modificada por factores externos.

La enfermedad de Dupuytren se ha estudiado en innumerables trabajos, sin embargo, la mayoría de los estudios son europeos y norteamericanos y no existe un estudio sobre la presentación de dicha afección en nuestro medio, constituido básicamente por población mestiza, por lo cual mediante la presente investigación se pretende conocer la epidemiología de la enfermedad de

Dupuytren y la forma de tratamiento de la misma en el Hospital General de México, S. S.

Después de esta revisión de casos se espera aportar dichas respuestas y avanzar en el conocimiento general de esta entidad nosológica para lo cual nos fijamos los siguientes objetivos:

- 1.- Conocer la frecuencia de la enfermedad de Dupuytren en el Hospital General de México, S. S.*
- 2.- Saber cual es el grupo de edad más afectado por dicha entidad en la misma población.*
- 3.- Conocer la relación por sexos.*
- 4.- Conocer las áreas geográficas más afectadas por la enfermedad de Dupuytren.*
- 5.- Correlacionar la ocupación y otros posibles factores concomitantes con la enfermedad de Dupuytren en nuestros pacientes.*
- 6.- Conocer el grado de diáltesis de Dupuytren en estos pacientes.*
- 7.- Valorar el grado de invalidez que provoca la enfermedad de Dupuytren.*
- 8.- Conocer el manejo que está recibiendo la enfermedad de Dupuytren en este Hospital y la evolución de los mismos.*
- 9.- Obtener datos estadísticos firmes de los parámetros antes mencionados a fin de sentar principios que normen el cri-*

terio médico de nuestra Unidad de Cirugía Plástica y
Reconstructiva, para futuros tratamientos.

MATERIAL Y METODOS

Se estudió la población que acudió a la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México, por primera vez en un lapso de 10 años, de enero de 1978 a diciembre de 1987 y se obtuvo el expediente clínico del archivo de la Unidad de aquellos pacientes a los que se diagnosticó Enfermedad de Dupuytren.

Los criterios de inclusión fueron todo aquel paciente con diagnóstico de Enfermedad de Dupuytren, después de la segunda década de la vida, de ambos sexos, sintomáticos o asintomáticos, de raza mestiza y de cualquier estado socio-económico. En una hoja de recopilación de datos se anotó además de la ficha de identificación, el tiempo de evolución, desde el inicio de la enfermedad, diagnóstico, hasta la cirugía, las características de la contractura, áreas afectas y los síntomas, el procedimiento quirúrgico utilizado y la evolución postoperatoria, así como enfermedades asociadas. De tal forma se obtuvieron un total de 10 casos diagnosticados como contractura de Dupuytren en ese lapso de 10 años y se investigaron los parámetros

antes mencionados, estudios de laboratorio y gabinete que nos pudieran servir para cumplir los objetivos propuestos.

Se hizo además una amplia revisión de la bibliografía mas representativa de la Enfermedad de Dupuytren.

RESULTADOS

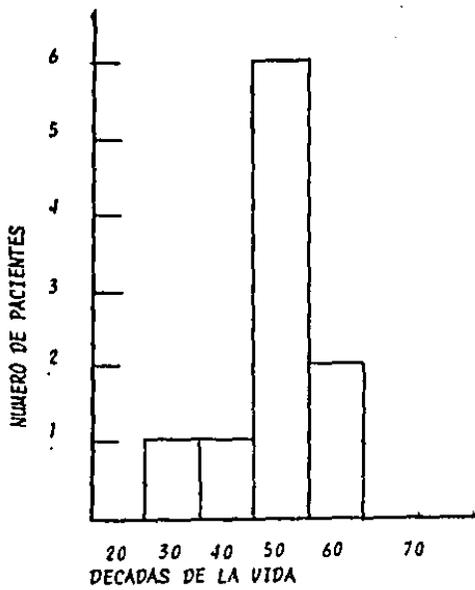
De enero de 1978 a diciembre de 1987, se registraron en la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México, S. S., 16,800 consultas de primera vez, de los cuales, diez se presentaron por contractura de Dupuytren.

Según los parámetros estudiados, los resultados fueron los siguientes:

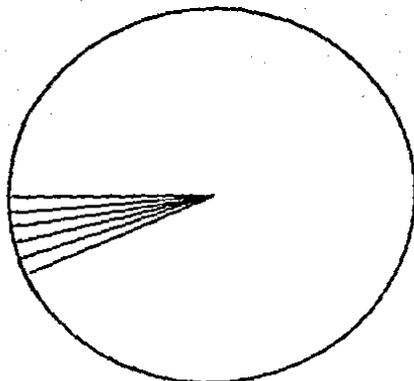
EDAD. De los diez pacientes estudiados, seis (60%), pertenecían a la quinta década de la vida y dos (20%) a la sexta. Un caso (10%) se presentó en la tercera década y otro caso (10%), en la cuarta. (Gráfica 1).

SEXO. Se diagnosticó el padecimiento en 8 pacientes varones y 2 mujeres, es decir, en el 80 y 20%, respectivamente. (Gráfica 2).

LUGAR DE ORIGEN. En cuatro casos (40%) el lugar de origen fue el Distrito Federal, tres casos (30%) del estado de México,



GRAFICA No. 1
DISTRIBUCION POR EDADES CON
CONTRACTURA DE DUPUYTREN
EN HGM SS



SEXO MASCULINO
80%



SEXO FEMENINO
20%

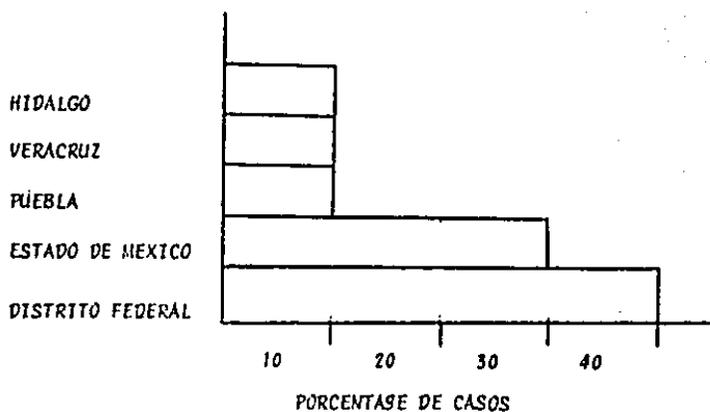
GRAFICA No. 2
RELACION POR SEXOS CON
CONTRACTURA DE DUPUYTREN
EN HGM SS

un caso (10%) en el Estado de Puebla, otro caso del Estado de Hidalgo y otro del Estado de Veracruz (10 y 10%), respectivamente. [Gráfica 3]

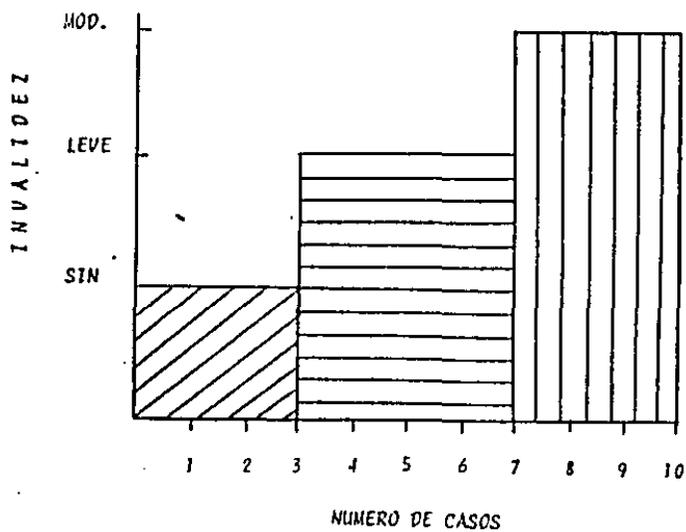
OCUPACION. Un 30% de la población estudiada eran comerciantes un 20% desempleados, un estudiante (10%), dos casos (20%) campesinos, un dentista y una mujer dedicada al hogar, (10 y 10%), respectivamente.

ANTECEDENTES FAMILIARES. En cuatro casos (40%) no hubo ningún antecedente de importancia para el padecimiento. En dos (20%) habla el antecedente de la misma enfermedad de Dupuytren en un caso, un hermano y en otro caso, el padre. En los otros cuatro casos restantes, sólo se encontró el antecedente de diabetes mellitus, en línea directa.

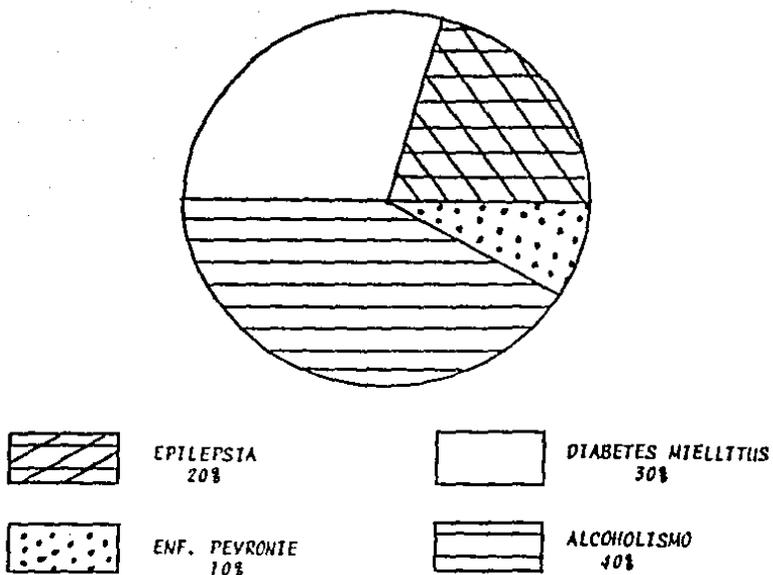
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. En un caso (10%) habla la enfermedad de Peyronie, gonorrea y estrabismo postraumático. En dos casos (20%), se reportaban crisis convulsivas diagnosticadas como epilepsia tipo gran mal, bajo tratamiento médico con difenilhidantoína. En tres casos (30%), diabetes mellitus, con tratamiento médico y en dos de estos últimos casos, existía también antecedentes de alcoholismo moderado y en el otro, crisis convulsivas. El alcoholismo se presentó en un



GRAFICA No. 3
 PORCENTASE DE CASOS CON
 CONTRACTURA DE DUPUYTREN
 SEGUN LUGAR DE ORIGEN



GRAFICA No. 4
 GRADO DE INVALIDEZ Y
 CONTRACTURA DE DUPUYTREN EN
 HGM SS



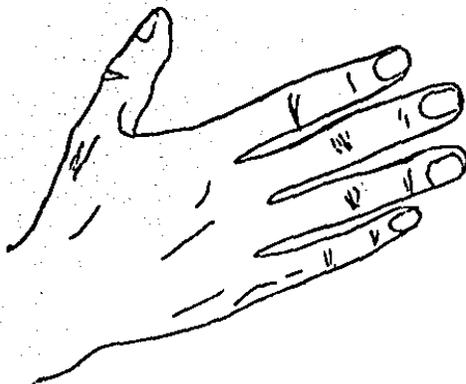
GRAFICA No. 5

ENFERMEDADES CONCOMITANTES A LA
CONTRACTURA DE DUPUYTREN
EN HGN SS

total de cuatro pacientes (40%). Otros antecedentes pero sin importancia se presentaron en los casos de pacientes femeninos en uno, colecistectomía y en otro miomatosis uterina, tratada con histerectomía. (Gráfica 5).

DIATESIS. En lo correspondiente a diatesis, sólo un caso presentó fibroplasia ectópica en pene (enfermedad de Peyronie), de hecho esta patología fue el motivo de consulta. Otro caso, fue el de el paciente más joven observado y que se habla iniciado su patología a los 27 años de edad, y que presentó mala evolución cursando la incapacidad para la extensión digital y de MF y que se achacó a retracción cicatrizal pero que pudo responder a recidiva. En cinco casos sólo hubo factores agravantes como ya se mencionó. En dos casos se apreció historia de Dupuytren en el padre de uno de los pacientes y en el hermano de otro.

GRADO DE AFECCION. De los 10 casos estudiados (50%), eran unilaterales. Los cinco casos restantes eran bilaterales, es decir, con afección en ambas manos. En todos los casos la afección asentó a nivel de articulación metacarpo-falángica, en un caso se encontraron nódulos a nivel de eminencia tenar. Los dedos afectados fueron el cuarto exclusivamente en tres casos -- (30%), el cuarto y el quinto en tres casos (30%), en el se-



| | |
|-----------------|--------|
| AMBAS MANOS | (50%) |
| UNA MANO | (50%) |
| ART. MF. | (100%) |
| E. TENAR | (10%) |
| CUARTO DEDO | (30%) |
| 4o. y 5o. DEDOS | (30%) |
| 2o., 3o., 4o. y | |
| 5o. DEDOS | (10%) |
| 5o. DEDO | (10%) |

FIGURA No. /0

DISTRIBUCIÓN DE LA AFECCIÓN
 POR CONTRACTURA DE DUPUYTREN EN
 HGM SS

gundo, tercero, cuarto y quinto en 10% y únicamente el quinto en un caso (10%). No se encontró afección digital al momento de diagnóstico en dos casos (20%). [Figura 10].

GRADO DE INVALIDEZ. En tres casos (30%) no hubo ningún grado de invalidez reportado por el paciente, en cuatro casos (40%), referían limitación leve para la extensión y en uno de éstos, también para la flexión del cuarto y quinto dedos. En tres casos (30%), referían limitación moderada a la extensión completa de los dedos. Uno de los casos asintomáticos en cuanto a la enfermedad en la mano, presentaba enfermedad de Peyronie y refería únicamente limitación para el coito (Gráfica 4).

TIEMPO DE EVOLUCION. El diagnóstico se llevó a cabo en seis pacientes (60%), a los 5 años del inicio de los síntomas; en tres casos (30%) antes de un año y un caso (10%), se realizó el diagnóstico a los 6 años del inicio del cuadro. En el total de pacientes operados, la cirugía se efectuó en dos pacientes (20%) antes de un año de inicio de los síntomas. Tres casos, (30%) no se sometieron a cirugía y tres pacientes o sea (30%) se operaron antes de los 5 años del inicio del cuadro y un caso se intervino una mano a los 7 años y la otra mano a los 8 años de iniciada la sintomatología, es decir el 10%, des

pués de 5 años de inicio de los síntomas.

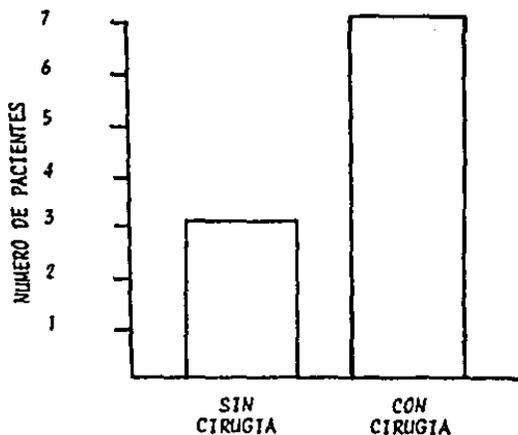
CIRUGIA. Hasta el momento de este estudio, tres pacientes (30%) no hablan recibido ningún tipo de tratamiento, uno de los cuales sólo se intervino por la fibroplasia peneana. En los siete pacientes restantes (70%), se realizó fasciectomía palmar parcial con resección de nódulos, en dos de los cuales hubo extensión de la fasciectomía al cuarto dedo exclusivamente y en dos, extensión al cuarto y quinto dedos. En dos de estos últimos se realizaron también zetoplastias en piel. Dos de los casos intervenidos volvieron a someterse a cirugía en otro tiempo, para la resolución del problema de la mano con tralateral. También con fasciectomía parcial y zetoplastias. (Gráfica 6).

EVOLUCION. Tres de los 10 pacientes estudiados no fueron sometidos a cirugía por enfermedad de Dupuytren, excepto uno en el cual se intervino por enfermedad de Peyronie, y de la cual evolucionó satisfactoriamente. Prácticamente estos pacientes se han mantenido asintomáticos. (Gráfica 7).

En dos de los casos intervenidos (25%), se desconoce la evolución ya que no se pudo citar a los pacientes a revisión y no existe ninguna nota aclaratoria en los expedientes clínicos. En tres casos (45%) hubo buena evolución con adecuada extensión digital posterior a la cirugía. Es importante mencionar que

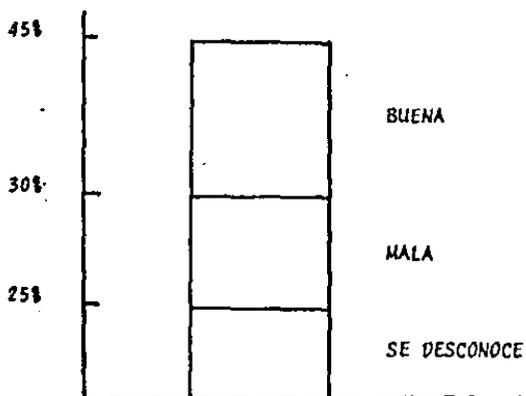
uno de estos últimos pacientes, presentaba Dupuytren en ambas manos y en una de las mismas, presentó en el postoperatorio contractura en flexión de 30° a nivel de la articulación MF. En un caso (15%) hubo incapacidad para la extensión digital en el Po que se achacó a retracción cicatrizal. Otro de los casos (15%) se complicó con infección y dehiscencia de la herida palmar y desconocemos si presentó recurrencia o mejora en la extensión MF.

COMPLICACIONES. De los siete pacientes intervenidos quirúrgicamente, hubo (42%) complicados. En un caso, la complicación fue retracción cicatrizal, en otro infección y dehiscencia de la herida palmar y en el otro lesión del nervio colateral - radial transoperatorio, lo cual se reparó en el mismo acto quírúrgico.



GRAFICA No. 6

PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA POR
CONTRACTURA DE DUPUYTREN EN
HGM SS



GRAFICA No. 7

RESULTADO DE LA CIRUGIA EN 7 PACIENTES
CON CONTRACTURA DE DUPUYTREN EN
HGM SS

DISCUSION

Aunque nuestra casuística es pequeña, encontramos que el mayor porcentaje de casos (60%) correspondió a la quinta década de la vida, un 20% a la sexta y un 10% a la cuarta década, por lo que coinciden con la edad típica reportada en la literatura mundial, es decir, después de los 40 años. No encontramos ningún caso antes de los 25 años (Cuadro 1).

En lo referente al sexo, encontramos una relación de 4 a 1 entre hombres y mujeres, lo cual también coincide con la proporción reportada en publicaciones extranjeras (18), aunque como ya se mencionó en un principio, probablemente la incidencia en el sexo femenino sea mayor, aunque estos pacientes no solicitan tratamiento tan pronto como los pacientes del sexo masculino.

En lo que respecta al lugar de origen, a pesar de ser éste un hospital de concentración, la mayoría de los pacientes que atiende son del Distrito Federal y del Estado de México, en nuestra serie el 40% correspondieron a la primera entidad federativa y el 30% a la segunda. El resto, a estados veci-

nos como: Puebla, Hidalgo y Veracruz, sin embargo, no podríamos asegurar que la incidencia de esta enfermedad predomine en estas entidades por el pequeño número de pacientes estudiados.

En lo tocante a ocupación, prácticamente no hubo relación con alguna en particular, ni con traumatismo específico repetido. El 30% eran comerciantes seguido por un 20% de desempleados y otro 20% de campesinos lo cual no nos orienta en el sentido de algún nexo entre trabajo manual y enfermedad de Dupuytren, como se ha señalado por algunos autores.

Sólo en el 20% de los casos encontramos enfermedad de Dupuytren en algún otro miembro de la familia de los pacientes estudiados, en el padre en uno de los casos y en un hermano en otro, lo que apoya de cierta manera la transmisión genética, sin embargo el hecho de que el resto de pacientes no se encuentre este antecedente, no significa que hay que descartarlo, sino que probablemente no se investigó o el paciente lo desconocía. [Cuadro 1].

La relación de epilepsia y enfermedad de Dupuytren fue del 20%, es decir un 20% menos de lo reportado por autores como Skoog y Hueston, aunque estas series se realizaron en varones con enfermedad de Dupuytren y uno de nuestros casos era mujer, por lo que se reduciría aún mas nuestra relación a sólo un 10%. En lo referente a alcoholismo, encontramos un 40% de alcoholismo crónico, lo cual coincide con series de Hueston que habla de

un 33 a un 40% de diferentes grupos de edades, como ya se mencionó, no se sabe aún la causa de esta asociación. Aunque prácticamente esta descartada la asociación con diabetes miellitus en nuestra serie encontramos un 30% de diabetes en enfermos de Dupuytren. Las series revisadas reportan enfermedad de Dupuytren en el 30% de pacientes diabéticos.

En ningún otro paciente se encontró otra enfermedad como el infarto o artritis reumatoide.

Al analizar los resultados en cuanto al tipo de cirugía utilizada en el tratamiento de nuestros pacientes y la evolución postoperatoria, encontramos también coincidencias con autores extranjeros (15) en cuanto a que la fasciectomía regional es la cirugía más común para bandas anormales y nódulos, en nuestro Hospital y con menos riesgo de recurrencia. En ningún paciente se utilizaron injertos cutáneos ni fasciectomía total y mucho menos la amputación de algún dedo. (Cuadro 2).

| No. | EDAD | SEXO | L. ORIGEN | Ocupacion | ANT. H.-FAM. | ANT. P. P. | DIATESIS | GRADO DE INVALIDEZ |
|-----|------|------|--------------|-------------|-------------------------|------------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| 1 | 57 a | H | D. F. | s/o | --- | Gonorrrea, estrabismo | ++ Peyronie | --- |
| 2 | 33 a | H | D. F. | Estudiante | --- | --- | Inicio | Leve p/ extensión |
| 3 | 42 a | H | Puebla | Campeño | Un hermano Dupuytren | Epilepsia | ++herencia y epilepsia | Leve p/ extensión |
| 4 | 50 a | H | Edo. de Méx. | Comerciante | --- | Alcohol ++ DH | Alcohol ++ | Leve p/ extensión |
| 5 | 52 a | H | Hidalgo | s/o | --- | Epilepsia DH | Epilepsia | Moderada p/ extensión |
| 6 | 65 a | F | Edo. de Méx. | Hogar | Padre Dupuytren | Colecic- teclomía | ++ herencia | Moderada p/ extensión |
| 7 | 50 a | F | D. F. | Comerciante | --- | Adenomatosis histerecto- mía | --- | Leve p/ extensión |
| 8 | 58 a | H | Veracruz | Comerciante | --- | Alcohol +++ | Alcohol ++ | --- |
| 9 | 61 a | H | Edo. de Méx | Dentista | --- | Alcohol ++ DH | Alcohol ++ | --- |
| 10 | 55 a | H | D. F. | Campeño | --- | Alcohol ++ | Alcohol ++ | Moderada p/ extensión |

CUADRO No. 1 ENFERMEDAD DE DUPUYTREN EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. DE 1978 a 1987
UNIDAD DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA.

| No. | MANO DER. | MANO IZQ. | DEDO | TIEMPO DE EVOLUCION AL DIAGNÓSTICO | CIRUGIA | TIEMPO DE EVOLUCION A LA CIRUGIA | EVOLUCION (POSTOPERATORIA) | COMPLICACIONES |
|-----|-----------|-----------|---------------|------------------------------------|---------|----------------------------------|----------------------------|------------------------|
| 1 | --- | + | --- | 4 meses | NO | --- | --- | --- |
| 2 | + | + | 4/os | 4 años | SI | 4 años | Incapacidad p/ extensión | Retracción cicatrizal |
| 3 | + | + | 4/o | 8 meses | SI | 11 meses | Se desconoce | ?? |
| 4 | + | + | 4 y 5o. | 2 años | SI | 2 años | Buena | Ninguna |
| 5 | + | + | 2, 3 4 y 5/os | 3 años | SI | 3 años | Malá | Infección, dehiscencia |
| 6 | + | + | 4/os | 6 años | SI | 7 y 8 años | Malá y buena (dos manos) | Lesión n. colateral r. |
| 7 | --- | + | 5o. | 5 años | SI | 5 años | Se desconoce | ?? |
| 8 | --- | + | --- | 2 años | NO | --- | --- | --- |
| 9 | + | --- | 4 y 5/os | 3 años | NO | --- | --- | --- |
| 10 | --- | + | 4 y 5/os | 10 meses | SI | 10 meses | Buena | Ninguna |

CUADRO No. 2 ENFERMEDAD DE DUPUYTREN EN EL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO SS. de 1978 a 1987.
UNIDAD DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA.

CONCLUSIONES

Según el análisis realizado en 10 años sobre la Enfermedad de Dupuytren, en la Unidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México, S. S., los resultados fueron los siguientes:

- 1.- La frecuencia de Enfermedad de Dupuytren en HGH es de .05%.
- 2.- El 80% de los casos que acudieron por enfermedad de Dupuytren, se encontraban en la quinta y sexta década de la vida.
- 3.- Es más frecuente en el sexo masculino, en una relación de 4:1.
- 4.- El 70% de los pacientes provino del Distrito Federal y áreas conurbadas del Estado de México.
- 5.- No encontramos relación directa con alguna ocupación en particular y dentro de los factores concomitantes solo el alcoholismo estuvo presente en un 40% de los pacientes estudiados.
- 6.- Del total de nuestros pacientes, encontramos sólo un 40% con diátesis moderada; uno con enfermedad de -

Pejronie, otros dos con antecedente familiar de enfermedad de Dupuytren y otro paciente, relativamente joven con enfermedad de Dupuytren (33a).

- 7.- En el 70% de los casos, el grado de invalidez fue de leve a moderada con limitación para la extensión de los dedos sin llegar a ser incapacitante.
- 8.- La totalidad de los pacientes operados (7 casos), se trataron con fasciectomía regional palmar y zetoplastias cutáneas, con buena evolución en el 50% de los casos y mala en el 25% de los casos con complicación de los mismos. Se desconoce la evolución del otro 25% de casos.

DR. JOSE ANTONIO PEREZ HERNANDEZ

febrero 28 de 1989.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- TUBIANA, RAOUL. *The Hand* W. B. Saunders Company, Vol. II 1935, pág. 87.
- 2.- MILFORD, LEE. *Enfermedad de Dupuytren. La Mano;* págs. 358 a 364.
- 3.- SKOOG, TORO. *Enfermedad de Dupuytren. Cirugía Plástica.* Salvat Editores, 1974, págs. 428 a 454.
- 4.- FLYNN, EDWARD. *Contractura de Dupuytren. Cirugía de la Mano, Ed. Toray, Segunda Edición, págs. 823 a 847.*
- 5.- WOLFE, J. STANDEV. *Thickening and contraction of the palmar fascia (Dupuytren contracture) associated with alcoholism and cirrhosis. The New England Journal of Medicine.* Vol. 255, No. 12, sept. 1956, págs. 559-563.
- 6.- GORDON, STUART. *Dupuytren's contracture following injury British Journal of Plastic Surgery* 4:129-131, 1961.
- 7.- HUESTON, T. JOHN. *Dupuytren's contracture. Reconstructive Plastic Surgery by Converse.* W. B. Saunders Company Second Edition 1974, págs. 3403-3425.
- 8.- GABBIANI, GIULIO Y MAJNO, GUIDO. *Dupuytren's contracture Fibroblast contraction. American Journal of Pathology,* Vol. 66 No. 1, Jan, 1972. Pág. 131-138.
- 9.- Mc FARLANE M. ROBERT. *Patterns of the Diseased Fascia in the fingers in Dupuytren's contracture Plastic Reconstructive Surgery, Vol. 54, No. 1, julio 1974,* págs. 31-44.

- 10.- HUESTON T. JOHN. *Contractura de Dupuytren. Cirugía Plástica. William C. Grabb. Salvat Editores. Tercera Edición, 1984; págs. 641-643.*
- 11.- ZACHARIAE, LIS. *Dupuytren's contracture. Scand. J. Plast Reconstructive Surg. 3:145-149, 1969.*
- 12.- LUCK, J. VERNON. *Dupuytren's contracture. New concept of the pathogenesis correlated with surgical management. The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. 41, No. 4, junio 1959. págs. 635-664.*
- 13.- LARSEN, D. Robert y col. *The pathogenesis of Dupuytren's contracture. The Journal of Bone and Joint Surgery, Vol. 42-A, No. 6, sept. 1960, págs. 993-1007.*
- 14.- HUESTON, J. T. *The Control of Recurrent Dupuytren's contracture by skin replacement. British Journal of Plastic Surgery. Vol. 22, págs. 152-156.*
- 15.- ORLANDO, C. JOSEPH y col. *Dupuytren's contracture; a Review of 100 patients. British Journal of Plastic Surgery, Vol. 27, págs. 211-217, 1974.*
- 16.- BRIEDIS, JOHN. *Dupuytren's contracture; Lack of complications with the open palm technique. British Journal of Plastic Surgery, Vol. 27, págs. 218-219, 1974.*
- 17.- SHAW, H. MORTIMER. *Dupuytren's contracture. British Journal of Plastic Surgery, Vol. 18, págs. 164-170, 1964.*
- 18.- WALLACE, F. ANTONY. *Dupuytren's contracture in women British Journal of Plastic Surgery. Vol. 18, págs 385-386, 1965.*
- 19.- PLASSE, J. S. *Dupuytren's contracture in a Black patient, Plast Reconstructive Surgery, Vol. 64, págs. 250-251; 1979.*

- 20.- FURNAS, W. DAVID. Dupuytren's contracture in a Black patient in east Africa. *Plastic Reconstructive Surgery*, Vol. 64, pág. 250, 1979.
- 21.- ZACHARIAE, LIS. Dupuytren's contracture. The Aetiological Role of Trauma. *Scand J. Plast Reconstr. Surg.* 5:116-119, 1971.
- 22.- ZACHARIAE, LIS. Extensive versus limited fasciectomy, for Dupuytren's contracture. *Scand J. Plast Reconstr. Surg.* 1:150-153; 1967