

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN (*)

Dres. Jorge De Vecchi y Julio Mañana

Se entiende por enfermedad de Dupuytren una afección que ataca el tejido conjuntivo de la palma de la mano, de la planta del pie y eventualmente el pene y otras formaciones. La localización más frecuente es la mano, especialmente a nivel de la aponeurosis media, pudiendo tomar las otras logias aponeuróticas. Su etiología es desconocida, su evolución caprichosa y suele evolucionar por empujes. Es excepcional en la mujer y se observa sobre todo en el hombre maduro. Nace como un nódulo palmar, lo más a menudo frente al dedo anular, dedo medio o meñique, excepcional frente al índice o el pulgar.

Histopatológicamente está constituido por un tejido conjuntivo adulto, invasor, surgiendo de la aponeurosis. Ahoga y sustituye el tejido celular subcutáneo formando nódulos firmes, adherentes a la piel y a las estructuras vecinas. Se propaga siguiendo las prolongaciones normales de la aponeurosis y en ese sentido acompaña en el dedo al prolongamiento que envuelve a los nervios colaterales, adquiriendo por esta razón una fisonomía particular en lo que se refiere a la terapéutica quirúrgica. Se propaga siguiendo el tejido conjuntivo pero no invadiendo el tejido nervioso.

Fisiopatológicamente su mayor trastorno reside en la grave deformación que ocasiona al provocar la flexión palmar de grado variable en la primera articulación interfalángica. Como la expansión fibrosa que la aponeurosis media envía a los dedos termina en la cara anterior de la 2ª falange (fig. 1) no hay modificaciones en flexión de la 3ª interfalángica. Ocasionalmente ésta

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 13 de agosto de 1958.

puede estar en hiperextensión cuando se infiltra al prolongamiento que la aponeurosis envía al aparato extensor, apareciendo la articulación distal en hiperextensión dorsal.

La enfermedad de Dupuytren en sí provoca su más grave alteración al modificar la articulación interfalángica. No hay tal vez en la economía un mecanismo fisiológico más sutil y frágil a las modificaciones posicionales no funcionales. La articulación metacarpofalángica no tolera más de 20 días la inmovilización



FIG. 5 (1)

en extensión sin sufrir retracciones definitivas de sus ligamentos laterales y con ella la imposibilidad de la flexión. La capsulotomía lateral y la fisioterapia intensa puede permitir corregir este defecto. Las articulaciones interfalángicas no toleran más de 20 días la flexión sucediendo al cabo de ese tiempo, retracciones capsulares, estiramiento y atrofia del aparato extensor, con acortamiento del flexor común superficial, modificación esta última que estamos estudiando y que a nuestro juicio no ha sido hasta el

(1) Figura copiada de Rob y Smith, Operative Surgery (1958).

momento valorada en toda su importancia. Este capítulo atañe fundamentalmente al apasionante problema de la mano reumática que estamos estudiando con el Prof. Fernando Herrera Ramos. La verdad es que en la actualidad todas las operaciones descritas para corregir la rigidez en flexión de las interfalángicas están condenadas al fracaso.

En la afección que estamos estudiando no provoca anqui-



FIG. 4 (1)

losis articular, hay imposibilidad de extender pero siempre se puede flexionar un poco más. Se ha descrito una verdadera plicatura de la cápsula articular susceptible de extenderse mediante la tracción lenta y progresiva. Naturalmente que a la larga aparecen fenómenos de retracción capsular. No se han observado en cambio modificaciones graves en las superficies articulares.

Hay que tener bien claro el concepto que en cirugía de mano la tracción elástica lenta y progresiva consigue a veces lo imposible.

(1) Figura copiada de Rob. y Smith, ●perative Surgery (1958).

El único tratamiento de la enfermedad de Dupuytren es la aponeurotomía total y eventualmente la amputación (Richards).

Hay que recordar que la aponeurosis media es continuación del palmar menor. Clásicamente se describen sus expansiones pretendinosas, sus tabiques que de la superficie se dirigen a la aponeurosis palmar profunda formando logias y que a nivel de los dedos se continúa por dos lengüetas laterales que se van a fijar a la cara anterior de la 2ª falange. Estas lengüetas acompañan a los nervios colaterales (Figs. 2 y 3). Pueden desarrollarse por dentro o por fuera de los nervios o por ambos lados. Generalmente el nervio colateral está desplazado hacia la línea media. Operar un Dupuytren es disecar los nervios de la mano y los nervios siempre se deben disecar de tejido sano a tejido enfermo. Por esta razón en los casos graves hay que disecar los nervios a la entrada de la mano y luego buscarlos al final del dedo.



FIG. 2 (1)

Si el cirujano tiene la desgracia de reseca los dos colaterales junto con el nódulo, debe amputar el dedo.

La enfermedad de Dupuytren por su evolución espontánea lesiona gravemente la piel y destruye funcionalmente las articulaciones interfalángicas; son dos peligros inherentes a la evolución de la enfermedad.

El tercer gran peligro de esta enfermedad está en el mismo cirujano que arrasa con los nervios de la mano.

CLASIFICACION

Se han inventado varias. Nosotros presentaremos una que es simple y práctica y que interesa fundamentalmente del punto de vista terapéutico.

(1) Figura copiada de Iselin.

Antes de entrar en ella queremos dejar sentado un concepto fundamental, mientras la enfermedad de Dupuytren se localiza en la palma de la mano es una enfermedad en la que se pueden ensayar todas las terapéuticas. Pero cuando se percibe el menor grado de infiltración de un dedo, la enfermedad cambia por completo y en nuestro concepto y de acuerdo con los conocimientos actuales no cabe otra conducta que la quirúrgica y cuanto más precoz sea la intervención mejor para el enfermo.

En la práctica nos manejamos con un signo que a nuestro



FIG. 3 (1)

juicio es trascendente; consiste en provocar *la hiperextensión dorsal de los dedos*. La menor modificación en la extensión pasiva supone infiltración del dedo. Es el signo más precoz de que la enfermedad ha entrado en su 2ª etapa. El enfermo que sea operado en este momento tiene todas las chances de curarse definitivamente. En nuestra clasificación hacemos 4 grados:

Primer grado: nódulo palmar solitario. En este caso tratamiento médico y expectativa armada. Puede ensayarse la Corti-

(1) Figura copiada de Iselin.

sona local, por boca, la Vitamina E, la fisioterapia, ionización iódica, etc.

No se debe hacer radioterapia. Decía Bunnel que no hay ninguna indicación que justifique la Radioterapia en la mano. Confesamos honestamente que de acuerdo con lo que se sabe de la Cortisona, ésta no actúa sobre la fibra conjuntiva madura (Malbec); de ahí su fracaso en el queloide viejo. La cortisona puede actuar en la etapa fibroblástica y es soberana para el edema; de ahí que la aconsejamos con el mayor entusiasmo en el post-operatorio pero que no creemos en ella en la enfermedad constituida.

Segundo grado: Nódulo palmar y limitación mínima de la

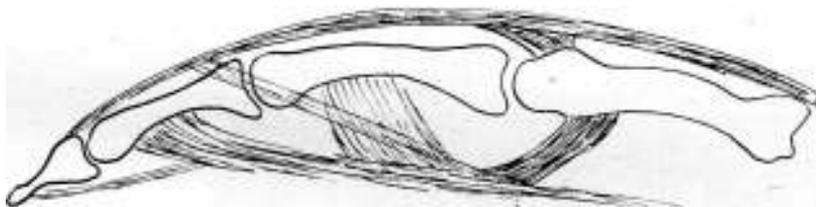


FIG. 1 (1)

extensión. Ya analizamos este hecho y dijimos que en este caso somos intervencionistas 100 x 100.

Tercer grado: Se agrega a lo arriba mencionado, flexión reductible de la interfalángica. Eventualmente puede haber algún problema de piel. En general no lo hay. El buen resultado depende de la habilidad del cirujano en lo que se refiere al tratamiento de la piel y de los nervios colaterales. No requiere fisioterapia especial y los resultados son 100 por ciento.

Cuarto grado: Flexión permanente e irreductible de la interfalángica. Grave problema cutáneo, articular y tendinoso. Se debe decir que de esta situación siempre hay algún responsable. Si el afectado es el quinto dedo es mejor amputar. Se debe luchar por los otros dedos. Es el caso más grave y donde más se pone a prueba el cirujano. En los dedos, muy a menudo se requieren injertos de piel y en el post-operatorio son imprescindibles las férulas de extensión continua para corregir el defecto articular.

(1) Figura copiada de Iselin.

Nada se consigue con la movilización pasiva brutal que crea nuevas lesiones capsulares. Son enfermos que deben estar lejos del masajista y el cirujano debe ser el responsable de la fisioterapia post-operatoria. No se debe buscar resultados espectaculares y a veces un resultado solamente bueno, requiere un año de paciencia.

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Procedemos esquemáticamente de la siguiente manera:

- a) Pre-operatorio.
 - 1º) Lavado prolijo de la mano.



FIG. 7 (1)

- 2º) Uñas bien cortas.
 - 3º) Prednisona en los 3 días anteriores, 20 mm. diarios.
Un comprimido cada 6 horas.

b) Operación.

1º) **Anestesia.** En el 2º grado puede usarse regional o local. Preferimos la anestesia general que permite el uso del garrot sin molestias para el enfermo.

(1) Esta manera de proceder la hemos aprendido de nuestro maestro, el Dr. Pedemonte.

2º) **Garrot.** Puede usarse venda de Esmarch o brazalete neumático. Nosotros siempre colocamos 2 garrots; uno desde la mano al brazo para provocar el desagüe venoso y otro por encima que provoca isquemia. Pulbertaff aconseja la venda de goma que la hace esterilizar para que la coloque el mismo cirujano.

No hay inconveniente en dejarlo hasta hora y media.



FIG. 6

En este momento puede quitarse y luego de 10' dejarlo otra hora y media más.

3º) Es fundamental operar sentado y con buena luz. Especialmente operar sin apuro.

4º) **La incisión.** (Fig. 4) En la palma puede usarse la incisión de Gil vulgarizada por Mc Indoe. En los casos graves preferimos la incisión de Webster, que es semejante a la anterior pero con otra incisión en el pliegue de oposición del pulgar. Se une a la transversa por una incisión en S itálica. También hemos hecho la incisión de Bunnel, que es la incisión de Gil más una incisión longitudinal en el borde externo de la eminencia hipotenar. No tenemos experiencia con la incisión de Iselin. En los dedos preferimos

por una incisión en el borde lateral que puede ser bilateral. No satisface la incisión de McIndoe; esta es una Z sobre una incisión mediana longitudinal. Es imprescindible en los casos muy graves pero también es muy frecuente la necrosis de los colgajos debiendo terminar luego por un injerto de piel libre.

En nuestro medio Héctor Ardao ha preconizado en los casos graves y que se debe reseca piel de la palma, un colgajo efectuado con la piel del borde lateral de un dedo cubriendo el defecto con piel libre. En un caso nuestro de Dupuytren recidivado por extirpación incompleta de la aponeurosis palmar usamos para cubrir toda la palma la piel del dedo medio al que se le había seccionado los tendones flexores. En caso necesario puede usarse en la palma un injerto de piel total. No obstante en general esto no es necesario pues la piel de la palma si es decolada con suavidad sobrevive como sobreviven los injertos de piel libre. Pequeñas pérdidas de sustancias se cubren solas por epitelización de los bordes.

5) Se decola la piel de la palma haciendo dos colgajos (figuras 5 y 6). Bajo el colgajo superior se descubre la aponeurosis palmar. En general es suficiente seccionarla a nivel de la línea que prolonga la cara palmar del pulgar en abducción.

En los casos graves o ya operados, hay que ir más arriba para descubrir el nervio mediano y el cubital y comenzar disección de los nervios en tejido sano. Seccionada la aponeurosis arriba se le separa de las aponeurosis tenar e hipotenar lateralmente. Llegado al tercio anterior de la palma se comienza la disección de la aponeurosis bajo el colgajo distal. En este sitio se deben reseca cuidadosamente uno por uno todos los tabiques intertendinosos. La razón es la siguiente: estos tabiques están conectados a las expansiones digitales. Si persiste uno solo puede ser causa de recidiva y ésta invadir inmediatamente el dedo. Terminada la disección a nivel de la palma se procede a la resección de la aponeurosis enferma, a nivel de los dedos.

Ya dijimos que en éstos se debe descubrir (Fig. 7): 1º) el nervio colateral y luego disecarlo sin pensar en el problema de la aponeurosis. Recién cuando el nervio esté completamente disecado se reseca el nódulo patológico,

6º) Terminada la aponeurectomía se quita el brazalete y

se efectúa hemostasis prolija y cuidadosa. Habitualmente usamos bisturí eléctrico. En seguida de quitar el garrot envolvemos la mano con una compresa caliente y la dejamos 10' elevada. La mayoría de los vasos se hemostasian solos.

7º) **Sutura.** La hacemos siempre siguiendo a Bunnell con puntos simples y separados con alambre de acero inoxidable N° 40 que lo dejamos 15 o 20 días.

8º) **Apósitos.** *Algodonado* en la palma para eliminar espacios muertos.

9º) El gran peligro de esta cirugía es el *hematoma* que necrosa los colgajos y puede infectarse. Para evitarlo, colocamos pequeño drenaje de polietileno que no hay ningún inconveniente en dejarlo 8 o 10 días.

10º) **Yeso.** Puño en semiflexión y dedos libres comenzando la mabilización de estos desde que el sujeto despierta.

11º) Mano en alto durante 72 horas insistiendo en la movilización.

12º) Hacemos 5 mmgrs. de Prednisona cada 6 horas, asociado con un comprimido de un antibiótico que contenga olandromicina.

13º) Hacemos la primera curación entre 10 y 12 días. En este momento retiramos el drenaje y algunos puntos.

Reponemos el vendaje compresivo pero sin yeso.

14º) No es raro pequeñas demoras en la cicatrización de la herida palmar, lo cual seguramente es debido a la movilización precoz, a la cortisona y a la irrigación deficiente de los colgajos.

En general curan solas.

15º) Para colocar férulas de extensión continua esperamos la cicatrización completa de las heridas palmares y digitales.

BIBLIOGRAFIA

- MORTIMER SHAW. — British Journal of Plastic Surgery, 1951. Vol. 4, N° 3.
- HAMILTON BATER, C.SCHILLER, L. JOHNSON, J. WHITESIDE, R. RANDALL. — Plastic and Reconstructive Surgery, 1952. Vol. 9, N° 3.
- RUPERT WARREN. — British Journal of Plastic Surgery, 1951. Vol. 6, N° 1.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- FRANKLIN L. ASHLEY. — Plastic and Reconstructive Surgery, 1953.
Vol. 6, Nº 1.
- J. RICHARDS. — The Journal of Bone and Joint Surgery, 1954. Vol. 36 B,
Nº 1.
- H. CONWAY and A. FEURY. — Plastic and Reconstructive Surgery.
Vol. 16, Nº 4.
- RAOUL TUBIANA. — The Journal of Bone and Joint Surgery, 1955.
Vol. 37 B, Nº 6. X
- GEORGE V. WEBSTER. — Plastic and Reconstructive Surgery, 1957.
Vol. 9, Nº 6.
- S. BUNELL. — Cirugía de la Mano.
- B. K. RANK y A. R. WAKERFIELD. Cirugía de la Mano.
- MARC ISELIN. — Chirurgie de la Main.
- ROB y SMITH. — Operative Surgery. Vol. 6.
- PEDRO PEDEMONTE. — Cirugía de la Mano.
- DEFILIPPI NOVOA. — Lesiones Traumáticas de la Mano.

Dr. Giuria. — Quiero unirme a las felicitaciones de los que han hablado del trabajo del Dr. De Vecchi.

Mi experiencia personal es limitada, pero he tenido la suerte de trabajar durante cuatro años como asistente del Dr. García Capurro en el Hospital Británico, donde he visto operar una cantidad muy grande de Dupuytren y coincidido absolutamente en todo con lo que dice el Dr. De Vecchi y lamento que el Dr. García Capurro no haya venido hoy, porque podía haber dado su experiencia en este sentido, que creo es extraordinaria. Evidentemente hay una cosa que ha cambiado totalmente a la cirugía de Dupuytren y ha sido el advenimiento de la cortisona. Creo haber asistido a la utilización de la cortisona por primera vez en un Dupuytren en un caso que me es muy particularmente próximo porque es el de mi propio padre. En ese caso se utilizó cortisona por primera vez en Montevideo, porque era un Dupuytren de cuarto grado y además tenía una artritis reumatoidea de las pequeñas articulaciones de la mano y el resultado fue extraordinario desde ese momento.

El Dr. García Capurro utiliza sistemáticamente la cortisona en todos los casos y puedo asegurar que los resultados son superponibles a los brillantes que nos acaba de mostrar el Dr. De Vecchi.

Dr. Stajano. — He oído con gran atención al Dr. De Vecchi. Esta afección ha sido para la Cirugía una verdadera pesadilla. Enfermedad particularísima, con todas las características de las afecciones neurológicas. por su localización en el sector cúbico palmar de la mano, por su marcha evolutiva espontánea, por sus recidivas postoperatorias, por los variables y a veces espectaculares resultados, por medios propios diferentes (contactoterapia, medicación protamínica, etc.). He operado varios Dupuytren, con resultados pasables, otros con recidivas. Consideraré en un tiempo que

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

el Dupuytren no debía ser quirúrgico, pues quiso suponer que mi ineficacia podía ser imputada. Sin embargo, visité clínicas y vi operar a distintos cirujanos que hablaron de sus éxitos, y declaro que sentí decepción, pues vi evoluciones tardías desastrosas. Yo deseo vivamente que el doctor De Vecchi modifique con su habilidad y con su técnica no sólo operatoria, sino con las pequeñas pero grandes minucias postoperatorias, que juzgo importantísimas; el resultado de esta operación que digo sigue siendo aún hoy un misterio patogénico, dado que se desenvuelve en el aún nebuloso tejido conjuntivo de aponeurosis y tabiques, donde el capricho evolutivo está aún hoy, en 1958, tan absolutamente envuelto en la oscuridad. Ojalá el largo plazo de coagulación confirme los resultados inmediatos y cercanos tan extraordinarios que nos muestra el Dr. De Vecchi.
