

(Trabajo del Hospital Británico)

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN TRATAMIENTO QUIRURGICO (*)

Dres. Atanasio Jorge Sierra y Rafael García Capurro

Es bien conocida ya la importancia de esta afección, retracción de la aponeurosis palmar. La relativa abundancia de casos, la invalidez a que lleva de modo inexorablemente progresivo, aunque sea impredecible su ritmo evolutivo, hacen de ella un problema, no diagnóstico, pero sí terapéutico siempre vigente.

Su tratamiento no quirúrgico ha fracasado. Citaremos solamente tres métodos, por haber estado en cierto momento respaldados por trabajos serios:

A) *La administración de Vit. E*, preconizada por Steimberg ^{43 44} en sus publicaciones de 1946 y 47. Basado en una amplia teoría patogénica, que no entramos a detallar, daba grandes dosis (no siempre bien toleradas), con resultados alentadores y aún sorprendentes en algunos casos. Luego de él, nadie logró reproducir dichos resultados beneficiosos, y trabajos posteriores ^{28 29 30 40 45} etc.) desacreditaron el método, abandonándose su uso.

B) *La radio y roentgenterapia*, en manos de Finney ^{17 18} en 1953, dio muy buenos resultados en 70 % de sus 25 casos. Estas cifras tampoco fueron confirmadas por otros autores, y Skoog ⁴² siguió 149 pacientes irradiados, con resultados nulos.

C) *La terapéutica con esteroides* hizo concebir esperanzas Baxter y col. ⁷ en 1952 pusieron a punto su uso. Categóricamente afirma que no tienen acción (ni dados por boca, ni inyectados, ni localmente), como tratamiento de base. Sugieren su uso en el post-operatorio, por boca, a partir del tercer día, pues parecen facilitar la recuperación funcional. Posteriormente, Zachariae ⁵² y Howard y Bunnell ²⁴ (estos últimos ponen hidrocortisona en

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 25 de octubre de 1961.

la herida), también recomiendan su uso como coadyuvante de la operación. No tenemos experiencia al respecto.

Como vemos, salvo esfuerzos esporádicos, se ha aceptado que toca al cirujano la terapéutica de esta afección.

Y evidentemente, es quirúrgicamente tratable, con un porcentaje alto de buenos resultados, por un cirujano de buena técnica, con instrumental adecuado, cuidadoso, y sobre todo, con la paciencia necesaria.

El propósito de esta comunicación —y de otra que la seguirá con respecto a complicaciones, resultados alejados, y tipo de intervención adecuada—, es doble:

1) Dar a conocer, e insistir, sobre conceptos y detalles de técnica quirúrgica, que creemos muy útiles, y aún fundamentales y que han hecho, que desde el punto de vista técnico, no tengamos problemas en el manejo de esta afección.

2) Llamar la atención en nuestro medio (ya se ha hecho en otros países), con nuestra casuística, y habiendo podido seguir varios años a muchos de nuestros pacientes, sobre la discordancia existente entre lo satisfecho que queda el cirujano en los primeros momentos, con lo que ha hecho, y lo que sucede en el post-operatorio mediano y alejado. Y vemos así, cómo una resección aponeurótica técnicamente correcta, anatómicamente perfecta y funcionalmente alentadora —pues los dedos van fácilmente a una extensión total—, es seguida luego, sin mediar complicaciones serias, por una gran demora en reintegrarse al trabajo y por secuelas discretas, pero molestas, durante muchos años.

Numerosos trabajos extranjeros y nacionales, concluyen afirmando que con la aponeurectomía correctamente realizada y bien seguida en el post-operatorio, “se logran recuperaciones funcionales rápidas y seguras”.

No estamos de acuerdo con ninguna de las dos cosas. La recuperación funcional no es nunca rápida, y si bien es finalmente buena, rara vez es perfecta.

Esta falta de perfección en la recuperación, y esta lentitud en producirse —en ausencia, por supuesto, de complicaciones—, se debe a varios factores, ajenos a la técnica quirúrgica, y ajenos a la conducción post-operatoria del enfermo.

No está todo dicho en materia de cuál es la intervención apropiada, y nos preguntamos, si la aponeurectomía total ensanchada que ha venido preconizándose en los últimos 10 ó 15 años, no debe en muchos casos ser sustituida por operaciones más restringidas, y sobre todo, adaptadas a la modalidad evolutiva de

la enfermedad en cada paciente, y adaptadas a cada tipo de mano.

Tampoco es cierto que la aponeurectomía total ponga a cubierto de las recidivas. Por tres veces hemos comprobado la aparición de "*recidiva real*", o sea nódulos nuevos en la misma zona donde ya no existe aponeurosis, donde ésta fue extirpada. Este hecho, que en la bibliografía consultada sobre el tema, aparece citado, sin documentarlo, solamente por Luck,³⁰ y que es negado por todos los demás autores, *es una realidad*, y hemos tenido ocasión de verificarlo, clínica y operatoriamente.

La discusión de estos problemas que hemos esbozado, será motivo de nuestra segunda comunicación.

BREVE RESEÑA ANATOMICA

La exposición ordenada de las intervenciones posibles, debe ir precedida de una breve reseña anatómica.

En 1929, con el trabajo señero de Kanavel, Koch y Mason,²⁶ se sientan las bases anatómicas y anátomo-patológicas de esta enfermedad, ampliándose el horizonte de las estructuras afectadas. Con la publicación de Kaplan²⁷ y la de Skoog⁴² en 1938 y 1948, respectivamente, se llega al estado actual de nuestro conocimiento al respecto.

A partir de ellos, queda como síntesis lo siguiente (ver cuadro A):

Las lesiones asientan en la aponeurosis palmar superficial. Predominan en la aponeurosis palmar media, y dentro de ella, en la mitad cubital. Rara vez el sector tenar está tomado.

Pero además el proceso invade las formaciones dependientes de esa aponeurosis:

—bandas pretendinosas que al prolongarse en las vainas digitales aponeuróticas, explican la flexión de la articulación interfalángica proximal

—ligamentos interdigitales o comisurales

—septas intertendinosas que vinculan la aponeurosis superficial con la profunda

—y fibras oblicuas que de la cara anterior de la aponeurosis van al dermis de la piel palmar.

ESTRUCTURAS APONEUROTICAS AFECTADAS

(Cuadro A)-

<i>Aponeurosis palmar superficial</i>	/	<i>Media</i> .(s/todo 1/2 cubital) (afec constante)
		<i>Logia tenar</i> (afec. rara)

Formaciones dependientes de la ap. palmar media (afec. constante)  *Bandeletas pretendinosas*
Tabiques intertendinosos
Fibras oblicuas a la piel

Fascia digital (afec. frecuente).

Ligamentos interdigitales comisurales (afec. rara).

Nuestros hallazgos quirúrgicos responden casi completamente a lo descrito.

Lo habitual, lo constante, son las lesiones de la aponeurosis palmar media y sus tabiques intertendinosos.

Las fibras oblicuas, vinculando la cara superficial de la aponeurosis con la profunda de la piel palmar, responsables de las depresiones visibles en la palma, son una realidad.

Muy frecuentemente hemos visto la prolongación de las lesiones a la fascia digital.

Una sola vez comprobamos la participación de la aponeurosis tenar descrita por Skoog,⁴² consistente en una banda fibrosa proveniente de la aponeurosis media.

No hemos encontrado lesiones de los llamados ligamentos interdigitales, comisurales, confirmadas en nuestro medio por A. Ardao.³

Lesiones aisladas de la fascia digital, sin lesión palmar, no hemos hallado.

TIPOS DE OPERACIONES POSIBLES

(Ver cuadro B)

Aponeurotomía  *A cielo abierto*
Subcutánea  *con incisión palmar*
con incisión en
borde cubital

Aponeurectomía mínima o nodulectomía

Aponeurectomía parcial  *con o sin fasciectomía digital*
Aponeurectomía total 

La aponeurotomía a cielo abierto, con incisiones transversales, no se realiza más.

La aponeurotomía subcutánea, con pequeñas incisiones palmares paralelas a la cuerda retraída, y luego sección subcutánea múltiple de ésta, data de 1878 con Adams¹ y luego Mac Ready³¹ su discípulo. Sterling Bunnell¹¹ la usa como tiempo previo a la aponeurectomía para lograr la extensión de dedos muy retraídos, que dificultan el acto quirúrgico. A. Ardao²⁻³ la ha usado en nuestro medio.

La aponeurotomía subcutánea, múltiple, hecha introduciendo un pequeño bisturí, similar a un cuchillo de cataratas, por una incisión de un cm. en el borde cubital de la mano, es preconizada actualmente, 1960, por Luck³⁰ en un trabajo serio, basado en una concepción patogénica muy interesante, con enorme casuística, y al parecer excelentes resultados.

La aponeurectomía mínima, consistente en la extirpación, por pequeña incisión, del nódulo aponeurótico, es también sustentada por Luck.

La aponeurectomía parcial, consistente en sacar la porción afectada de la aponeurosis solamente (generalmente sólo la mitad cubital de ella) con los tabiques correspondientes, fue traída al tapete por Hamlin²³ en 1952, como solución para lograr postoperatorios más cortos que los que se tenían con la aponeurectomía total. Ha sido apoyada luego por varios autores.^{13 14 29 51} La hemos realizado 10 veces, sobre todo en nuestros últimos casos, con buenos resultados.

La aponeurectomía total, ensanchada, con resección de la aponeurosis palmar media en su totalidad, de talón de mano a raíz de dedos, con sus tabiques, etc., es la operación considerada de elección, la más realizada. Apoyada por autores de la talla de Kanavel,²⁶ Mason,^{32 33} Skoog,⁴² Piulach,⁴⁰ Gosset,²¹ Shaw,⁴¹ Bunnell,¹¹ y otros,^{5 9 20 29 36 37 38 39 46 49 52} fue puesta a punto en su técnica sobre todo por McIndoe.³⁵ En nuestro medio es defendida calurosamente por Alberto Ardao.²⁻³

La hemos realizado en 25 casos, con buenos resultados, siendo sobre su técnica que hablaremos, dado que la aponeurectomía parcial la hacemos de manera similar, pero restringiendo la resección.

CASUISTICA

Julio 1953 a julio 1961: 8 años. 28 pacientes.

Un total de 35 *manos operadas* con técnicas diversas, por el Dr. García Capurro, ayudadas muchas de ellas, y seguidas casi todas, por el Dr. Sierra.

Edad: 21 a 76 años. Promedio: 50 años.

El proceso afectaba palma, 4º y 5º dedo. Eventualmente 3º. Una vez 1º.

Salvo 3 manos, todas las demás en etapa de retracción.

A) APONEURECTOMIA PARCIAL.

(con resec. de los tab. intertend. corresp.) *10 manos.*

a) sin fasciectomía digital, *6 casos.* Obs. 17, 18, 20, 23, 24, 26.

b) con fasciectomía digital, *4 casos.* Obs. 3, 6, 20, 35.

B) APONEURECTOMIA TOTAL.

(de tipo ensanchado, con resec. de toda la ap. superf. de talón de mano a dedos), *25 manos.*

a) sin fasciectomía digital, *16 casos.* Obs. 1, 1, 2, 4, 5, 5, 7, 8, 8, 9, 9, 10, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 21, 22, 24, 25, 27.

b) con fasciectomía digital, *9 casos.* Obs. 4, 5, 5, 8, 9, 15, 21, 25, 27.

Con resección de ap. de región tenar, *1 caso.* Obs. 25.

Con resección de cápsula articular de primer interfalángica del 5º dedo, *2 casos.* Obs. 5, 9.

Con injerto libre de muslo por resección de piel, *1 caso.* Obs. 19.

Indicación operatoria. — Preoperatorio

McIndoe insiste, en que el hacer diagnóstico debe llevar a la intervención sin dilaciones. Gosset²¹ no opera hasta que no haya compromiso de la extensión. Otros autores, como Luck,³⁰ esperan que pase la etapa inicial del proceso, esa etapa de aparición de nódulos en la cual hay cierto dolorimiento sordo, ligera infiltración tisular de la palma, etc., para intervenir una vez iniciada la retracción.

El hecho de que nuestros pacientes hayan consultado, o nos hayan sido enviados, casi siempre, en etapas avanzadas del proceso, ha hecho que la indicación quirúrgica, en casi todos ellos, se estableciera sin dilaciones. Solamente en dos ocasiones se esperaron unos 6 meses antes de operar, aplicando un criterio similar al de Luck. No hemos hecho ningún tratamiento médico previo.

En los casos en que la afección es bilateral, preferimos operar primero un lado y luego el otro, empezando por el más

afectado. Alguna vez, a instancias del paciente, hemos tratado ambas manos en el mismo acto quirúrgico. No lo aconsejamos: por el paciente, pues, por supuesto, es una gran invalidez, y prolongada, en el postoperatorio; y por el cirujano, porque siendo una operación que requiere gran concentración y delicadeza, no está, al terminar una mano, física y anímicamente en condiciones óptimas para empezar con la otra, pudiendo ello traer apresuramientos y descuidos, que repercutirán en el postoperatorio.

Como preparación preoperatoria: ingresa el día antes; lavado cuidadoso con jabón; pintado con mercurocromo; y envoltura en campo estéril. En la mesa, nuevamente mercurocromo.

A n e s t e s i a

Trabajos actuales, ⁵⁻¹¹ aún preconizan la anestesia local o la regional troncular. Las hemos hecho en nuestros primeros casos.

Posteriormente, usamos *siempre anestesia general*, y creemos no puede prescindirse de ella. Es una intervención larga, y que debe ser tranquila y cuidadosa. Además, sólo la anestesia general evita al paciente la molestia del *brazalete isquemante*, que al cabo de cierto tiempo, es tan intolerable, como imprescindible, dado que el campo quirúrgico debe estar exangüe.

Mano colocada sobre una tabla, emergente de la mesa de operaciones. Apoyada sobre una bolsa de arena. Cada dedo enlazado por una cinta, que simultáneamente lo tracciona, lo fija, y lo lleva a la máxima extensión compatible con su proceso.

Cirujano y un ayudante, cómodamente sentados.

Instrumental quirúrgico delicado, del tipo usado en cirugía plástica.

Técnica. — Incisiones

En el transcurso del tiempo hemos hecho experiencia con varias.

Para la mano:

—Incisión longitudinal, vertical, siguiendo la línea del 4º dedo: 3 casos.

—Incisión horizontal en el pliegue palmar, distal, algo prolongada hacia el borde radial de la mano, acompañada de otra pequeña incisión, oblicua, cercana al talón de la mano, siguiendo el pliegue tenar: 19 casos.

—Incisión en pliegue palmar distal solamente, a veces prolongándola algo hacia el borde radial de la mano: 13 casos.

Esta última incisión, preconizada por McIndoe³⁵ es la que hemos adoptado últimamente. Muy estética, pues la cicatriz queda oculta en el pliegue, no retrae, y da una buena luz, a condición de que se levanten bien los colgajos. En realidad, hemos obtenido resultados uniformemente buenos con cualquiera de las incisiones, incluso con la longitudinal.

Para la fasciectomía digital:

—Incisión en bayoneta: 2 casos.

—Incisión en paramediana: 2 casos.

—Incisión oblicua: 9 casos.

No hemos utilizado la incisión en Z, a lo McIndoe, con trasposición luego de los colgajos. Numerosos autores la realizan. Hacemos notar que aún en manos de su creador, tiene tendencia a la necrosis de los vértices de los colgajitos.

Conducción de la operación

Una vez hecha la incisión, nos aplicamos al levantamiento de los colgajos cutáneos, el proximal hasta talón de la mano, el distal hasta raíz de dedos, clivándolos de la aponeurosis patológica subyacente. Tiempo quirúrgico de gran importancia, pues a él van ligadas la mayoría de las complicaciones.

Esta disección de los colgajos es generalmente difícil, dado que la piel está, en la zona afectada, fuertemente adherida a la profundidad, prácticamente sin celular, debido a la retracción de las fibras aponeuróticas oblicuas que van al dermis. Debe realizarse por disección a punta de bisturí, y se debe extremar el cuidado para no abrir "ojales" a la piel. No se debe traumatizarla con pinzas, sino levantarla con erinas o con pequeños separadores.

En este momento queremos hacer resaltar un concepto, para nosotros fundamental:

Absolutamente todos los autores que se han ocupado del tema insisten en que, al realizar este levantamiento, a nivel de las áreas enfermas, se debe dejar, junto con la piel, todo el tejido celular posible. Incluso se llega más allá: Conway^{13 14} y Kanavel²⁶ insisten en que, cuando la piel está muy afectada y queda demasiado fina al levantarla, desvitalizada, debe ser resecada y sustituida por injertos libres.

No compartimos ese criterio, *sino el opuesto*. Estamos de acuerdo en dejar celular en las zonas más sanas, cercanas al talón de la mano, porque esa piel a ese nivel, posteriormente "pegará" como colgajo. Pero afirmamos *que en la zona enferma, y en el decolamiento distal, se debe tratar de levantar la piel lo más fina posible, lo más carente de celular posible, para que en*

esas zonas, donde no "pegará" como colgajo, "pegue" como injerto.

Este proceder va unido a otros, que luego veremos, como el vendaje compresivo, el "relleno" de la palma y la inmovilización en flexión, que facilitan la revitalización de este injerto. Y realmente, procediendo de esta manera, lo opuesto a lo clásico, la piel se conserva prácticamente en un 100 % de los casos. Volvemos luego sobre ello.

Queremos ahora referirnos a otro punto importante: *la hemostasis*. Debe ser extremadamente cuidadosa, en este momento y posteriormente, cuando ya finalizada la intervención se suelta el brazalete. De ella depende el buen éxito de la operación, dado que la formación de hematoma es el punto de partida de una cadena desastrosa: necrosis cutánea, infección, edema, fibrosis, rigideces permanentes. La hemostasis, a nuestro entender, *no debe ser hecha con catgut, por más fino que éste sea*, salvo por excepción. Nosotros empleamos *electrocoagulación puntiforme, exclusiva del vaso a hemostasiar, con el bisturí eléctrico munido de una aguja muy fina*, para así reducir al mínimo los cuerpos extraños y las partículas de tejido necrótico a eliminar.

Pasamos luego al tiempo de resección aponeurótica. Ya sea total o parcial, *debe hacerse de proximal a distal*, iniciándola en el talón de la mano y llevándola hacia los dedos, disminuyendo así el riesgo de lesión nerviosa o vascular. Luego se puede proseguir de radial a cubital, seccionando a tijera los tabiques intertendinosos lo más dorsalmente, lo más cercanos posible a la aponeurosis profunda y llevándolos en block con la aponeurosis superficial, previo reconocimiento y separación de paquetes neurovasculares y tendones. Para más seguridad, pueden seccionarse los túneles entre los tabiques, sobre sonda acanalada deslizada por ellos, como McIndoe aconseja.

Este tiempo quirúrgico no es particularmente difícil, pero debe ser cuidadoso y paciente. Procediendo así, no hemos tenido nunca que lamentar lesiones nerviosas o vasculares.

En dedos, hecha la incisión, disecamos los colgajos y resecamos la fascia digital, responsable, con su retracción, de la flexión de la articulación interfalángica proximal.

Comprobamos que resultado funcional pasivo hemos logrado y pasamos al cierre de la intervención.

Cierre e inmovilización

Se retira el brazalete isquemiante. Se realiza *control perfecto de la hemostasis*, siempre con electrocoagulación, como ya hemos dicho. Hacemos notar al pasar, que ni en esta ni en ninguna in-

tervención de tipo aséptico hacemos hemostasis o lavado de la zona operatoria o de la herida, con compresas húmedas, ni con suero tibio, por considerarlo innecesario y aún pernicioso, sosteniendo que tejidos no macerados por el líquido se defienden y cicatrizan mejor.

Habitualmente se dejan pequeños drenajes, de lámina de guante o un manojito de hilos de nylon, que se sacan por la comisura cubital de la herida.

La sutura de piel la hacemos con puntos simples de nylon, el material que se tolera mejor, hechos cada 3 ó 4 mm., que no quedarán a tensión por la forma en que inmovilizamos. Pequeña lámina de Gelonet o tulgras y encima alguna gasa plana.

Con respecto a la inmovilización, hay algún detalle en que queremos insistir y que va ligado a nuestro concepto ya expresado de que gran parte de la piel de la palma no vivirá como colgajo, sino como injerto.

Inmovilizamos con atela de yeso o metálica palmar, colocando la *mano con los dedos en franca flexión, más allá de la posición de función* y rellenando con algodón el hueco de la mano. Por encima de la atela y solidarizando todo, venda elástica.

Revisando la literatura sobre el tema, recién en 1953, Wild³¹ preconiza la inmovilización en posición de función, con relleno de la palma, concepto que Mason³³ en 1955 retoma y defiende.

Antes de esa época, la inmovilización se hacía siempre en extensión, con la idea de "vencer la retracción". Todavía muchos autores mantienen este criterio.

Es un concepto ya arraigado actualmente, que no debe ser así. *Paradojalmente, si algo fracasa luego de la intervención, si algo queda en déficit, no es la extensión* (posición para lograr la cual se hizo la intervención), *sino la flexión*. Frente a cualquiera de las complicaciones: necrosis de piel, infección, edema, hematoma, fenómenos simpáticos, rigideces, etc., lo que va a observarse y lo que va muchas veces a persistir, es un déficit en la flexión.

Podemos afirmar que lo que se logre de extensión en el acto operatorio, con la aponectomía, no se verá retaceado luego con la evolución y en cambio será la flexión, previamente intacta, la que se verá afectada frente a cualquier error de conducción, o complicación.

No hay que temer por lo tanto la inmovilización en flexión, y sí aprovechar sus ventajas, a saber:

—La sutura de piel no queda a tensión.

—Hace innecesarias las “relaxing incisions” en la palma, que preconizan ciertos autores.

—La piel no queda tirante, como un puente, con una cavidad *real* por debajo, entre ella y las estructuras subyacentes, lo cual, disminuye enormemente la posibilidad de necrosis de esa piel y por ende la posibilidad de hematoma bajo ella, con sus riesgos de infección y edema.

En esa posición de flexión, con relleno del hueco palmar, con atela de yeso o metálica, también y solamente palmar, y vendaje compresivo de venda elástica solidarizando todo ello, la piel se adapta perfectamente a las estructuras subyacentes, lo cual, unido a lo ya dicho en técnica de levantar los colgajos, hace que esa piel “pegue” perfectamente, se “revitalice” como injerto. Haciendo innecesarios una serie de recursos, como el injerto libre de piel tomado de otras zonas, la rotación de colgajos pediculados de dorso de mano (Bruner¹⁰), la rotación de colgajos pediculados digitales,²⁻³⁻⁴ o de la eminencia hipotenar (Piulach⁴⁰), suturas transfixiantes sobre botones a lo Tanzer,⁴⁸ yeso modelado en dos valvas de Shaw,⁴¹ etc., que nunca hemos tenido que utilizar, y que evidentemente complican la intervención y hacen aleatorio el resultado anatómico, estético y funcional.

Por otra parte, creemos que se ha exagerado con respecto a la necesidad de injertos. Hacemos notar al respecto, que ni McIndoe en sus 200 casos, ni Ross⁴⁶ en 50 casos, tuvieron que utilizarlos, pese a hacer aponeurectomía total e inmovilizar en extensión. No es de extrañar entonces, que nosotros, que además inmovilizamos en flexión franca, tampoco hayamos tenido que utilizarlos nunca, con lo cual los riesgos de complicaciones han disminuído considerablemente.

Queremos tocar otro punto, que es la capsulotomía de la primera articulación interfalángica, casi siempre la del 5º dedo, recurso que se cita para lograr una mayor extensión en las retracciones inveteradas. La hemos hecho dos veces. Estamos de acuerdo con Alberto Ardao²⁻³ en señalar su poco valor práctico, pues como él ya lo dice, no es útil cortar la cápsula y los ligamentos, pues ya hay modificaciones óseas, cartilaginosas y de todo el tejido celular periarticular, incoercibles, y que hacen que esta tentativa logre muy poca extensión adicional.

Postoperatorio

Mano en alto. Los analgésicos habituales. Penicilina y estreptomicina durante 3 ó 4 días.

De no surgir problemas, la primera cura se hace al tercero o cuarto día, y consiste en el “escamoteo” del pequeño drenaje dejado, sin levantar para nada la compresión palmar.

Sigue inmovilizado, y se va de alta del sanatorio, siendo seguido en policlínica.

A los 10 ó 12 días, aproximadamente, se retiran los puntos.

Entre los 18 y 20 días retiramos la atela de yeso, dejamos la venda elástica y se comienza a movilizar suavemente los dedos, pasando luego a fisio-terapeuta para ir intensificando progresivamente esa movilización, hasta la recuperación total.

Insistimos en no movilizar hasta que la herida no haya cicatrizado por completo, cosa que sucede alrededor de los 18 - 20 días. Creemos que procediendo así nos ponemos a cubierto de pequeñas necrosis o dehiscencias parciales, que éstas sí, retrasan a veces en meses, la recuperación.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADAMS, W. — Dupuytren's contraction, and its succesful treatment by subcutaneous divisions of the palmar fascia, and immediate extension. *British Medical Journal* I - 928. 1878. (Citado por Luck).
- 2) ARDAO, A. R. — El tratamiento de la enfermedad de Dupuytren. *Anales Fac. Medicina, Montevideo*. T. 39, N° 1, págs. 133 a 147, 1954.
- 3) ARDAO, A. R. — Retracción de la aponeurosis palmar, o Enfermedad de Dupuytren. *Adscripción de cirugía*. 3er. año, 1955.
- 4) ARDAO, H.; KNAIBL, P. — Tratamiento de la retracción palmar de Dupuytren. *Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay*. Vol. 18, N° 2, pág. 224. 1947.
- 5) ASTIZ, J. M.; ALVAREZ VIÑAN, O. A. — Técnica de la aponeurectomía en la enf. de Dupuytren. *Prensa Médica Argentina*, 46:518, 1959.
- 6) BARCLAY, T. L. — Edema following operation for Dupuytren's contracture. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 23:348, 1959.
- 7) BAXTER, H.; SCHILLER, C.; JOHNSON, L. H.; WHITESIDE, J. H.; RANDALL, R. E. — Cortisone therapy in Dupuytren's contracture. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 9:261, 1952.
- 8) BOYES, S. H. — Dupuytren's contracture. Notes on the age and onset and the relationship to handedness. *American Journ. Surg.* 88, 147 a 154, 1954.
- 9) BRACCO, L. L. — Su una incisione e su alcuni particolarida de técnica nel trattamento del morbo di Dupuytren. *Boll. Soc. Piemontesa Chir.* 8, 580, 1953.
- 10) BRUNER, S. M. — The use of dorsal skin flaps for the coverage of palmar defects after aponeurectomy for Dupuytren's contracture. *Plastic and Reconst. Surg.* 4, 559 - 565, 1949.
- 11) BUNNELL, S. — *Surgery of the hand*. Ed 3 Philadelphia - J. B. Lippincott, 1956.
- 12) CLAY, R. — Dupuytren's contracture; fibroma of palmar fascia. *Ann. Surg.* Vol. 120, págs. 224 - 231, 1944.
- 13) CONWAY, H. — Dupuytren's contracture. *Am. Jour. Surg.* 87 - 101, 1954.
- 14) CONWAY, H.; FLEURY, A. — Indication for skin grafting in the primary treatment of Dupuytren's contracture. *Plastic and Reconstructive Surg.* 16, 264, 1955.

- 15) DAVIS, A. A. — The treatment of Dupuytren's contracture. *British Jour. Surg.* 19, 539-547, 1932.
- 16) FERGUSSON, W. — *A system of practical surgery*. London. Blanchar & Lea., pág. 229, 1853. (Citado por Kanavel).
- 17) FINNEY, R. — Dupuytren's contracture. *Lancet*, 2, 1.064-1.066, 1953.
- 18) FINNEY, R. — Dupuytren's contracture. *British Jour. Radiol.*, 28, 610-614, 1953.
- 19) GILL, B. A. — Dupuytren's contracture. *Ann. Surg.* Vol. I, págs. 122 a 127, 1938.
- 20) GOETZEE, A. E.; WILLIAMS, H. O. — A case of Dupuytren's contracture involving the hand and foot in a child. *British Jour. Surg.* 42:417, 1955.
- 21) GOSSET, S.; LEROUX, M. — Sur le traitement de la maladie de Dupuytren. *Ann. Chir. Paris*, 13, 989, 1959.
- 22) GRAUBARD, D. J. — Dupuytren's contracture. An etiologic study. *Jour. Int. College of Surgeons*, 21, 15-23, 1954.
- 23) HAMLIN, E. — Limited excision of Dupuytren's contracture. *Ann. Surg.* 135, 94-97, 1952.
- 24) HOWARD, L. D.; PRATT, D. R.; BUNNELL, S. — The use of Compound F (Hydrocortone) in operative and non operative conditions of the hand. *Jour. Bone & Joints Surg.* 35 A, 994-1.002, 1953.
- 25) JAMES, J. I. P.; TUBIANA, R. — La maladie de Dupuytren. *Revue Chir. Orthop.* 38, 352-406, 1952.
- 26) KANAVAL, A. B.; KOCH, S. L.; MASON, M. — Dupuytren's contracture with a description of the palmar fascia, a review of the literature, and a report of 29 surgically treated cases. *Sur. Gynec. & Obst.* 48, 145-190, 1929.
- 27) KAPLAN, E. B. — The palmar fascia in connection with Dupuytren's contracture. *Surgery*, 4, 415-422, 1938.
- 28) KING, R. — Vitamin E therapy in Dupuytren's contracture. *Jour. Bone & Joints Surg.* 31 B, 443, 1949.
- 29) LARSEN, R. D.; POSCH, J. L. — Surgical treatment of Dupuytren's contracture. *Journ. Bone & Joints Surg.* 40 A, 773, 1958.
- 30) LUCK, S. V. — Dupuytren's contracture. A new concept of the pathogenesis, correlated with surgical management. *Journ. Bone & Joints Surg.* 635-664, 1959.
- 31) MACREADY, J. — On the treatment of Dupuytren's contracture of the palmar fascia. *British Med. Journ.* I, 411-414, 1890. (Citado por Luck).
- 32) MASON, M. L. — Dupuytren's contracture. *Surg. Clin. North America*, 32, 233-245, 1952.
- 33) MASON, M. L. — Fifty year's progress in surgery of the hand. *Sur. Gin. & Obst.* 501-541, 1955.
- 34) MAY, J. — Paradenolinfitis. *Rev. Urug. de Dermat. y Sifil.* N° 5, 1940.
- 35) McINDOE, A.; BEARE, R. L. B. — The surgical management of Dupuytren's contracture. *Ann. Journ. Surg.* 95:197, 1958.
- 36) MEYERDING, H. W.; BLACK, S. R.; BRODERS, A. C. — Etiology and pathology of Dupuytren's contracture. *Surg. Gin. & Obst.* 72, 582, 1941.
- 37) MOORHEAD, J. J. — Trauma and Dupuytren's contracture. *Ann. Jour. Surg.* 85, 352, 1953.
- 38) OPERTI, F. — La malattia di Dupuytren. *Ortop. Traumat. App. Motore*, 24, 15, 1956.

- 39) PIETROGRANDE, V.; MAIOTTI, A. — Conziderazioni sulla retrazione della aponeurosi palmare. *Ortop. Traumat. App. Motore*, 23, 323, 1955.
- 40) PIULACHS, P.; MIR Y MIR, L. — Consideraciones sobre la enfermedad de Dupuytren. *Fol. Clin. Internac.* 2; 335, 1952.
- 41) SHAW, M. — The treatment of Dupuytren's contracture. *Brit. Jour. of Plastic Surg.* Vol. 4, Nº 3, 218 a 223, 1951.
- 42) SKOOG, T. — Dupuytren's contracture. Whit especial reference to etiology and improved treatment. Note on knuckle pads. *Acta Chir. Scandinava* 96. *Supplementum* 139. 1948.
- 43) STEIMBERG, C. LE ROY. — Anew method of treatment of Dupuytren's contracture, a form of fibrositis. *Med. Clin. North America*. 30, 221 - 231. 1946.
- 44) STEIMBERG, C. LE ROY. — Fibrositis. (Muscular rheumatism). Including Dupuytren's contracture. A new method of treatment. *New York State Jour. Med.* 47; 1.679 - 1.682, 1947.
- 45) RICHARD, H. J. — Dupuytren's contracture treated with vitamin E. *Brit. Med. Jour.* I; 1.328, 1952.
- 46) ROSS, J. A.; ANNAN, J. — Dupuytren's contracture. Clinical review. *Ann. Surg.* Vol. 133, págs. 186 a 194, 1951.
- 47) RUSSELL, G. — Treatment of Dupuytren's contracture with vit. E. *Brit. Med. Jour.* Vol. 4, págs. 1.382 a 1.393, 1949.
- 48) TANZER, R. — Dupuytren's contracture; use of "compressive suture". *New England Jour. Med.* 246 - 307, 1952.
- 49) TUBIANA, R. — Prognosis and treatment of Dupuytren's Contraction. *Jour. Bone & Joints Surg.* 37 A; 1.155, 1955.
- 50) WARREN, R. F. — The patology of Dupuytren's contracture. *Brit. Jour. of Plastic Surg.* Vol. 6, 224 - 230, 1953 - 54.
- 51) WILD, H. — Ueber Dupuytensche Kontrakturen. *Wien. Med. Wschr.* 103 - 876, 1953.
- 52) ZACHARIAE, L.; ZACHARIAE, F. — Acetato de hidrocortisona en el tratamiento de la enf. de Dupuytren. *Acta Chir. Scandin.* 109, 1955.

Dr. Sierra. — Primeramente quiero agradecer los conceptos vertidos y la atención de los colegas.

Con respecto a lo manifestado por el Dr. Ardao: Cuando hablamos de recidiva, nos referimos a recidiva real, o sea reaparición de la enfermedad en zonas donde se ha hecho la aponeurectomía, y no aparición de nódulos nuevos en zonas donde quedó aponeurosis (en aponeurectomías parciales), cosa que también nos ha sucedido. Hemos encontrado en estos casos de recidiva, una verdadera neo-aponeurosis, indistinguible en su aspecto de lámina fibrosa, de la que había sido extirpada.

Cuando hablamos de incisión en bayoneta en la fasciectomía digital, nos referimos a una incisión parecida a la Z de McIndoe, pero como no hacemos trasposición de los colgajitos, no la asimilamos a ella.

Coincidimos con el Dr. Fossatti, en el sentido de preconizar las aponeurectomías parciales, cuando lo afectado es sólo la mitad cubital. Y estamos de acuerdo también, en que no hemos tenido ningún motivo de queja contra las incisiones longitudinales, si bien actualmente realizamos la transversa.

En cuanto a lo dicho por el Dr. De Vecchi, sólo podemos contestar que queda demostrado una vez más, que por caminos opuestos se puede llegar al parecer, a los mismos buenos resultados.

Muchas gracias.