

Trabajo del Hospital Británico

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN — TRATAMIENTO QUIRURGICO (*) — (2ª Parte)

Complicaciones — Resultados alejados Recidivas Táctica quirúrgica

Dres. Atanasio Jorge Sierra y Rafael García Capurro

Hace aproximadamente un año, tuvimos el honor de presentar, a la consideración de los colegas de la Sociedad de Cirugía, otro trabajo sobre este mismo tema. En esa primera comunicación, expresábamos nuestro deseo de disociar en dos nuestro estudio.

Por un lado, y fue lo que hicimos en ese primer trabajo, luego de consideraciones anatómicas y generales imprescindibles, abordamos lo que pudo llamarse "*nuestra opinión sobre la técnica quirúrgica de la aponeurectomía palmar*", exponiendo paso a paso, e insistiendo, sobre todo aquello, conceptos y detalles, vinculados al acto quirúrgico, que nosotros entendíamos útiles, y aún fundamentales, para su buena conducción y su buen éxito.

En este segundo trabajo, que pensábamos que en cuanto a su concreción siguiera más de cerca en el tiempo al anterior, pero que infortunadamente no ha podido ser así, el enfoque cambia por completo.

Tal vez, su título más ajustado, sería "*problemas del aponeurectomizado palmar*".

Se ha hecho en base a una casuística de 38 *manos operadas*, en 30 pacientes, en los últimos 9 años. Esta cifra es pequeña en cuanto a las que se manejan en una buena parte de la bibliografía extranjera que hemos consultado, pero como no escapará a la comprensión de los colegas, es relativamente importante para nuestro medio, donde aún no se han publicado mayores.

Además, y es tal vez lo básico en ello, estos pacientes han sido

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 7 de noviembre de 1962.

seguidos, en su gran mayoría, con un mismo criterio, con una misma orientación y con especial preocupación, desde su post-operatorio inmediato, pasando por su etapa de recuperación, su reintegro al trabajo sus problemas de adaptación laboral, hasta su alta definitiva. Y luego fueron citados periódicamente, o vistos por otras causas y examinadas sus manos, varias veces en el curso de todos estos años, y controlados finalmente, al recopilar material para este trabajo, por citaciones personales expresas. De modo tal que podemos afirmar que hemos controlado de cerca, desde la fecha de su operación hasta el momento actual, en un lapso que oscila entre 9 años para los primeros casos y algunos meses para los últimos, al 75% de nuestros operados.

Con ese bagaje de datos, recopilados, meditados y confrontados con lo que hemos podido recoger de la bibliografía nacional y extranjera, hemos realizado este trabajo, en el cual nuestro propósito es hacer resaltar los siguientes puntos.

A) *Las complicaciones post-operatorias.* Su incidencia; su diversa importancia; su tratamiento; y sobre todo su prevención.

B) *Tiempo de incapacidad post-operatoria, y resultados alejados.* Tal vez sea este subtema, donde más tenemos para decir.

C) *El problema de las recidivas,* donde creemos poder aportar y documentar algo original, con respecto a esta enfermedad y su tratamiento.

D) Y finalmente, lo que nosotros creemos que debe ser la posición actual en materia de táctica quirúrgica y elección de tipo de intervención adecuada.

Resumen de casuística

Julio 1953 a julio 1962 — 9 años

30 pacientes — 38 manos operadas

26 aponeurectomías totales — De tipo ensanchado, con resección de toda la aponeurosis palmar superficial y sus formaciones dependientes, desde talón de mano a raíz de dedos. De ellas, 16 sin fasciectomía digital, y 10 con ella.

12 aponeurectomías parciales — Resecando la porción afectada de aponeurosis (con sus tabiques intertendinosos correspondientes, etc.) y un margen adecuado de aponeurosis sana alrededor. En general, se resecó $\frac{1}{2}$ cubital. De ellas, 6 sin fasciectomía digital, y 6 con ella.

La evolución post-operatoria hasta su alta definitiva fue seguida en consultorio en la totalidad de esas manos, por nosotros mismos. Lo que podemos llamar el resultado final, o sea el haberlos seguido luego en su adaptación, problemas laborales, y el haberlos citado

actualmente, años después, para comprobar su estado, se logró en 28 de esas manos, o sea 75% de ellas, a saber:

5	.....	9 años después	3	.....	3 años
2	.....	8 " "	3	.....	2 "
4	.....	7 " "	3	.....	1 "
2	.....	6 " "	4	.....	menos de un año
2	.....	4 " "			

Complicaciones post-operatorias

Su estudio puede encararse de varias maneras. Nosotros, en el deseo de ser prácticos, hemos preferido dejar de lado otras consideraciones para agruparlas de acuerdo a su significación pronóstica, y a su trascendencia.

Un *1er grupo*, de aquellas complicaciones que, salvo su propia importancia no significan un riesgo evolutivo hacia la invalidez, y en el cual incluimos:

- la sección de nervios colaterales palmares o digitales.
- la cicatriz cutánea retráctil, queloide o no.
- la mano dolorosa banal.

Un *2do. grupo*, en el que la complicación vale de por sí, y vale porque es el camino por el cual, debido al proceso inflamatorio, a la ausencia de una cicatrización por primera, a la necesidad de una re-intervención o "retoque" quirúrgico, llevan a una reparación tisular retardada y a una inmovilización más prolongada, con el consiguiente riesgo final de infiltración, edema y rigidez. Acá entrarían:

- la dehiscencia simple de sutura.
- el hematoma.
- la necrosis cutánea.
- la infección.

Un *3er. grupo*, el más temido, donde aparece el edema y la rigidez, con dificultad de grado variable, sobre todo para la flexión. Esta situación puede presentarse por sí misma, en ausencia de toda otra complicación, o como corolario de las situaciones del 2do. grupo. Tanto en uno como en otro caso puede, en la práctica, evidenciarse de maneras distintas:

- como edema y rigidez solamente.
- o peor aún, como lo que varios autores llaman "*distrofia refleja simpática*", situación en la cual, a la mano infiltrada y más o menos rígida, se asocian otros elementos: trastornos vasomotores con palidez, o más a menudo rubicundez, mano hiper sensible al frío o al calor, brillante lustrosa, con hiperhidrosis, eventualmente hipertrichosis, y dolor de tipo especial, urente causálgico.

Tanto uno como otro cuadro, por la acción del tiempo y del tratamiento pueden y suelen ceder, completa o incompletamente. Pero en ciertos casos, afortunadamente muy pocos, no sucede así, quedando como desgraciado final, una mano casi congelada, inapta, irrecuperable.

Veremos por separado las complicaciones.

Sección de nervios colaterales palmares o digitales.

No es, en rigor de verdad, una complicación post-operatoria, sino un accidente operatorio. Pero, como suele despistarse luego del acto quirúrgico, la incluimos acá.

Gosset (²¹) la tuvo 5 veces en 150 manos. Preconiza la *reintervención y reparación por sutura*, que manifiesta fue exitosa en sus cinco casos. No nos ha sucedido, pero creemos que de acontecer, esa sería la conducta lógica.

La prevención de este accidente, va ligada a una buena técnica quirúrgica. Recordar, con A. Ardao, (²) que los colaterales, sobre todo en los dedos, al hacer la fasciectomía digital están a veces desplazados fuera de su sitio habitual por la retracción. Recordar también a este respecto, que al proceder a la aponeurectomía es más seguro hacerlo de talón de mano a raíz de dedos, pues así los colaterales quedan con el plano profundo. Nunca se insistirá bastante en la necesidad del campo exangüe, buen instrumental, disección cuidadosa, y paciencia suma.

La cicatriz cutánea retráctil

No nos ha sucedido. No creemos sea problema mayor. Tampoco creemos esté en relación con el hecho de ser longitudinal. Sobre todo en nuestros primeros casos, usamos incisión longitudinal, que luego hemos suplantado por la transversal en pliegue de flexión distal, por ser más estética, pero no porque la otra nos hubiera creado algún problema.

Es opinión de varios autores, que *la frecuencia de cicatriz retráctil, y de queloides, es mayor al necesitar injertos libres o pediculados*. (También la frecuencia de otras complicaciones, como necrosis, falla de suturas, etc.; es mayor). Por lo cual, al proceder técnicamente de modo tal que haga innecesarios los injertos, estaríamos haciendo la profilaxis de esta complicación.

La mano dolorosa banal

Es relativamente común que, en ausencia de otras manifestaciones, aparezca un dolorimiento en la palma de la mano, discreto pero

persistente, más a la presión que al movimiento. Nos sucedió en tres ocasiones: dos en aponeurectomías totales y una en parcial.

En nuestros casos, se prolongó bastante, *remitiendo con el pasaje del tiempo, ejercicio y series de ionización iódica*. Otros autores, como Howard y Bunnell, ⁽²⁵⁾ y Zachariae, ⁽⁵⁷⁾ preconizan *hidrocortisona local*, como profilaxis o tratamiento, con buenos resultados.

En nuestra opinión, su importancia radica en *que alarga el tiempo de retorno al trabajo*, cuando el paciente es un obrero manual, sin entorpecer el curso de la recuperación en sí, y *sin influir en el resultado alejado*, dado que como no tiene la entidad suficiente, no cohibe al paciente para la tan necesaria movilización de su mano.

Entramos ahora dentro de *las complicaciones del segundo grupo*. Las encararemos brevemente por separado, para esquematizar luego su profilaxis conjunta, dado que las medidas que prevén la aparición de ellas, son similares para todo el grupo.

La dehiscencia simple de sutura

Nos referimos a la que sobreviene cuando se retiran los puntos y se inicia la movilización, en ausencia, por supuesto de hematoma, o de necrosis. Aparentemente banal, por ser generalmente pequeña, tiene sin embargo, importancia real.

Para algunos autores, esta importancia radicaría en el hecho de que puede ser puerta de entrada para la infección. No creemos que sea así: en ausencia de necrosis y de hematoma, la simple dehiscencia acaecida a los varios días de post-operatorio, *ya no puede ser puerta para la infección*, pues a esta altura la herida ya no se infecta. Claro está, y tal vez ahí está el error de concepto, que no debemos llamar dehiscencia de la herida, a la que se produce secundariamente a una infección que ya viene evolucionando.

Nosotros creemos que el valor de esta complicación, radica en el hecho de que *es dolorosa, que demora en cicatrizar por segunda, y que por estos factores, y además por sí misma, requiere para su curación que la inmovilización se prolongue más allá de lo debido*, por lo cual puede ser causa indirecta de rigidez y edema. Nos sucedió una vez en 38 manos, por movilizar demasiado precozmente, cursando luego sin ulterioridades.

Aparte de lo que más adelante diremos sobre la profilaxis conjunta de las complicaciones de este segundo grupo, con respecto a la dehiscencia simple de sutura, creemos que hay factores específicos que cuentan:

- a) *es más frecuente en la incisión transversal que en la longitudinal*, pues ésta no sufre tensión al movilizar, y
- b) *el respeto a los plazos en que se deben quitar los puntos y movilizar*. Creemos que los puntos no deben retirarse antes de los diez

o doce días. Y que la movilización (entendiendo por tal una movilización real, no el agitar suavemente las terceras falanges), no debe realizarse antes del 18º día, cuando ya la herida ha cicatrizado por completo.

El hematoma

Colectado en la palma, en los primeros días de postoperatorio. Complicación frecuente y seria, casi todos los autores la han tenido: Astiz, ⁽³⁾ Hueston, ⁽²⁶⁾ 7 hematomas en 96 manos; Larsen, ⁽³²⁾ Luck, ⁽³³⁾ Mc Indoe, ⁽³⁸⁾ Ross, ⁽⁵⁰⁾ 7 veces en 50 manos; Tubiana, ⁽⁵³⁾ etc. Nosotros tuvimos 2 en 38 manos, los 2 en el mismo paciente, con ulterior recuperación total.

Su importancia radica en el retardo de cicatrización que provoca, en la tendencia a infectarse, en el decolamiento del colgajo cutáneo promoviendo su necrosis, en ser factor de edema y rigidez, etc.

Una vez comprobado, su tratamiento es uno solo: *reintervención, limpieza completa, hemostasis cuidadosa y resutura*. Y cumplimiento de los otros requisitos que veremos en la profilaxis. Productos como Varidasa bucal, Quimoral, Tanderil, etc., tienen indicación precisa frente a esta situación como coadyuvantes.

Creemos con Ross, ⁽⁵⁰⁾ que *el proceder quirúrgicamente de una manera activa y completa frente al hematoma, hace que esta complicación no incida sobre la ulterior evolución*. Nuestra pequeña experiencia al respecto, así parece confirmarlo.

La necrosis cutánea

De extensión variable, puede ir desde la pequeña necrosis casi lineal sobre los bordes de sutura, o la del vértice de los colgajitos cuando en dedos se realiza la plastia en Z a lo Mc Indoe con trasposición, hasta las extensas necrosis de los colgajos levantados, o de los injertos aplicados.

De este segundo grupo es la complicación más temible, por sí y por sus consecuencias. Porque la necrosis sí se acompaña casi fatalmente de infección ostensible o latente; porque en palma de mano demora mucho en evolucionar y repararse; porque en un porcentaje de casos, cuando es mediana o grande, por la vía de la inmovilidad, el edema y la rigidez, termina en una mano inútil. El temor a su aparición, llevó a los cirujanos, siguiendo a Kanavel ⁽²⁶⁾ y Conway, ^(13 14) a resecar, con un criterio para nosotros erróneo, los colgajos cutáneos que quedaban adelgazados, prodigando así los injertos libres o pediculados, fuente a su vez de nuevas complicaciones.

Nosotros en 38 manos tuvimos 4 pequeñas necrosis en las zonas de sutura, que por su tamaño no requirieron otro tratamiento que

esperar, reseca lo necrosado, y dejar cicatrizar. Pero cuando esa necrosis es grande, a esa espera y limpieza quirúrgica debe seguir el injerto oportuno. Por supuesto, a todo esto la evolución se alarga y el pronóstico se oscurece.

Su incidencia es mayor, cuanto mayor es la entidad de la afección de fondo; y es mayor también, y en eso concuerdan todos los autores, en la aponeurectomía total que en la parcial, porque el levantamiento de los colgajos debe ser notoriamente más extenso.

La infección

En una operación aséptica de este tipo, en ausencia de hematoma y de necrosis, no debería producirse.

Cabe acotar acá un dato interesante: Ross, (50) la tuvo 8 veces en 50 manos, y fue en trabajadores manuales en los cuales no se tuvo la precaución de una preparación adecuada. Propone entonces lavar y desinfectar varias veces esas manos, en las 24 ó 48 horas previas a la intervención, procediendo cada vez a envolverlas en apósitos estériles.

Nosotros, procediendo siempre de esa manera, no hemos tenido que lamentar ningún caso de infección.

Profilaxis de las complicaciones del segundo grupo

Las medidas a adoptar están incluidas todas en el propio acto quirúrgico. Debido a ello, las expresaremos muy rápidamente, casi telegráficamente, dado que en nuestro trabajo anterior, (45) nos hemos ya explayado sobre ellas.

Consideramos pues que, *la prevención conjunta de la dehiscencia simple de suturas, la infección, el hematoma y la necrosis, está en:*

— Principios adecuados de técnica quirúrgica general, y buen instrumental, delicado.

— Conocimiento exacto de esta técnica en especial, sus detalles y sus riesgos.

— Anestesia general y brazalete isquemante.

— Incisiones bien ubicadas, nítidas y amplias.

— Levantamiento de los colgajos cutáneos sin traumatizarlos con pinzas, ni abrirles "ojales". Y con el mínimo posible de celular, lo más delgados posibles, en contra de lo preconizado universalmente. Es concepto de uno de nosotros, el Dr. García Capurro, *aplicable a todo problema de cirugía reparadora y plástica, que cuando un colgajo, por su déficit real o presunto de irrigación, no tiene, o tiene pocas chances de vivir, debe ser adelgazado lo más posible para que "pegue" como injerto.* Todo lo cual nos permite conservar esa piel, salvo por excep-

cion, y prescindir de los injertos, lo cual hace caer verticalmente el índice de complicaciones.

— Hemostasis muy cuidadosa en todo momento, por electro-coagulación puntiforme, sin ligaduras, sin tejido muerto a reabsorber.

— Pequeños drenajes de goma de guante, o manojito de hilos de nylon, a "escamotear" sin levantar la curación, el tercer día de post-operatorio.

— Sutura de piel con nylon, el material mejor tolerado.

— Inmovilización en franca flexión, con proscripción formal de la extensión preconizada hasta 1955; sin tensión, con relleno palmar y venda elástica, comprimiendo el "injerto" de piel palmar, sin dejar espacios muertos para hematomas.

— Post-operatorio con mano en alto permanente.

— Plazos prudenciales para sacar los puntos y para iniciar la movilización, que se pueden fijar alrededor de los 10 y 18 días, respectivamente.

El tercer grupo de complicaciones

El que incluye *los edemas y rigideces* postoperatorias, acompañados o no de cuadro de "*distrofia refleja simpática*", con los caracteres semiológicos que ya hemos visto.

Clínicamente puede producirse en 3 circunstancias:

A) Como consecuencia de una de las complicaciones del segundo grupo.

B) Sin mediar complicaciones, aparecer como resultado de una mala conducción del postoperatorio: inmovilización excesiva, y sobre todo, retardo y/o déficit en la movilización, atribuible al cirujano o al fisioterapeuta, que no se ocuparon lo bastante; o al propio paciente, por falta de cooperación, pusilanimidad, etc., que es lo más frecuente.

C) Aparecer en ausencia de factores previos, presentándose como complicación aislada y grave, en casos en los cuales no se pensaba que pudiera ocurrir, y sin que sea posible encontrar un solo error al cual atribuir esa aparición. Son los casos más serios y los más frecuentes.

De este problema se han ocupado prácticamente todos los autores consultados, dado que en todas las series ha aparecido, como factor de honda preocupación, y de mal pronóstico en muchos casos. En general, *además de ser la más temible se la considera la más frecuente.* (21 29 32 38 54)

Para nosotros también ha sido la más frecuente complicación: 8 veces en 38 manos: 4 intensas y 4 leves.

Con respecto a los factores que condicionan su aparición, hay

acuerdo casi global, por lo cual, simultáneamente, encararemos las circunstancias de aparición y la profilaxis.

Todas las complicaciones que citamos y estudiamos en el segundo grupo pueden ser origen. En nuestra casuística, dado que prácticamente no tuvimos complicaciones de ese orden, y las que tuvimos, o fueron solucionadas a tiempo, o carecían de entidad, esos factores no han jugado rol: en nuestras 8 manos con edema y rigidez, no hubieron complicaciones previas.

De 10 años acá, con Wild⁽⁵¹⁾ y Mason,⁽⁵³⁾ se insiste en *la necesidad de la inmovilización en flexión*. La condena de la inmovilización en extensión, es casi unánime, aceptándose, que por vía de la retracción ligamentosa que ella provoca, se propende a la rigidez articular. Ya hemos hecho notar antes la *paradoja, de cómo en una operación hecha para combatir un déficit de la extensión, cuando algo fracasa en el postoperatorio, es la flexión*.

Otros dos factores a resaltar: *la posición con la mano en alto durante los días siguientes a la intervención, y la movilización activa y correcta, persistente, luego*. Los citamos juntos, porque tanto en uno como en otro, el deber del cirujano es el mismo: transmitir al paciente, imbuirlo, de la tremenda importancia de observar esas indicaciones. Convencerlo, que una vez operado, la recuperación depende de él solamente, y que será tanto mejor y más rápida, cuanto con más ahínco haga él la parte de colaboración que le corresponde. El fisioterapeuta deberá vigilar, enseñar, inducir. Pero fracasará, y el cirujano con él, si no logra un paciente cooperativo, que pase el día atendiendo su mano, venciendo su pusilanimidad, tratando responsablemente de movilizar cada vez más y mejor. Insistimos: *tiene tanta importancia la vigilancia de la recuperación en estos pacientes, como la propia intervención*.

Otro factor importante: *la extensión de la resección*. Barclay⁽⁶⁾ en un estudio dedicado solamente al edema, en 31 pacientes, afirma, que en ausencia de otras complicaciones (también más frecuentes en las aponeurectomías totales), la única relación que él ha encontrado, luego de analizar todos los factores (anestesia, brazalete, intervención, etc.), es entre el edema por un lado y la extensión de la resección y la edad del paciente por otro. Nuestra estadística coincide llamativamente: 4 edemas y rigideces serios y 2 leves en aponeurectomías totales y 2 leves en aponeurectomías parciales.

Además de las medidas profilácticas que salen de lo que hemos dicho, merece citarse alguna otra cosa: la indicación profiláctica que de acuerdo a trabajos serios, tendrían *los esteroides*, dados por boca en el postoperatorio como hacen Baxter y col.,⁽⁷⁾ o inyectados localmente (hidrocortisona), como propone Zachariae⁽⁵⁷⁾ a razón de 25 mg. semanales durante 5 semanas.

La indicación que "a priori" parecerían tener también, como profilácticos, medicaciones del tipo del Tanderil, Varidasa, Quimoral, etc.

Tratamiento. Frente al edema con dificultad para la movilización, rigidez, etc., *el único tratamiento efectivo*, de acuerdo a lo que manifiestan todos los autores y a nuestra propia experiencia, *es insistir en la movilización*, que deberá ser *suave, indolora, pero persistente y paciente durante muchos meses*. A ello podrán sumarse los medicamentos por vía local o sistémica que vimos en la profilaxis.

Quando se asocia el resto del síndrome vasomotor y doloroso que llamamos "distrofia refleja simpática", cosa que sucede aproximadamente en la tercera parte de estos casos, deberá sumarse a lo antedicho, las infiltraciones del ganglio estelar y simpático cervical, que suelen dar buenos resultados. Y tal vez, medicaciones simpático-líticas, del tipo de la Hydergina.

Como concepto global antes de dejar el capítulo de complicaciones, queremos resaltar lo siguiente: Que en conjunto, las complicaciones suelen ser frecuentes

- cuando la resección aponeurótica es total
- y cuando nos enfrentamos a una "mala mano"
 - ya sea la "mala mano" debida a la extensión e intensidad de las lesiones en palma y dedos
 - o la "mala mano" por factores constitucionales o adquiridos, entendiendo por tal esa mano corta, gruesa, pesada, ligeramente infiltrada, de piel espesa, de dedos cortos, que de por sí tiene mala funcionalidad y que suele encontrarse en obreros manuales que hacen tareas de fuerza.

Tiempo de incapacidad post-operatoria

Con respecto a este problema, revisando la bibliografía, uno tiene la impresión de que durante por lo menos dos décadas, que van de 1930 a 1950, se vivió en una situación de euforia y optimismo injustificados, que hacía que en varios trabajos extranjeros y nacionales se afirmara que "luego de una aponeurectomía correctamente realizada, se logran recuperaciones funcionales rápidas y seguras".

Queremos adelantar desde ya, que esto no es así. Afirmamos, y lo probaremos luego, que *la recuperación, aún en ausencia de complicaciones, rara vez es perfecta, no es segura, y menos aún es rápida. Si bien es cierto que en un alto porcentaje de casos es muy buena, prácticamente siempre es lenta, y para nuestro ritmo actual de vida, demasiado lenta.*

Encarando el tiempo de incapacidad postoperatoria y la fecha de reintegro al trabajo, observamos, en los trabajos publicados, una casi total ausencia de estos datos. Solamente en A. Ardao, (2) encontramos

una referencia a un caso de aponeurectomía total de resultado excelente, con reintegro a los 120 días. Y en Astiz (5) una especificación de que los ejercicios intensos deben ir desde la curación de la herida hasta los 4 meses después.

Es Hamlin, (23) en 1952 quien pone a punto las cosas. Opera 34 casos con aponeurectomía total, y hace notar que de ellos, 4 no pudieron volver a sus tareas. De los 30 casos buenos restantes, el promedio de tiempo en reintegrarse a su trabajo, fue de 120 días, 4 meses. Con el fin de acortar esos plazos, reduciendo la inmovilización, y reduciendo las complicaciones y la impotencia funcional, comienza a hacer aponeurectomías parciales, con resección de la lesión y un margen alrededor, descendiendo el promedio entonces a la cuarta parte. Para él la situación se plantea entonces así: la aponeurectomía total pone a cubierto de eventuales recidivas, pero requiere una incapacidad de 120 días. Puesto a elegir entre una y otra cosa, elige la aponeurectomía parcial para acortar los plazos.

Hueston, (26) para citar un trabajo reciente, de 1961, en 96 manos, también defiende la aponeurectomía parcial, diciendo que el 85 % de sus pacientes volvieron a sus ocupaciones entre 45 y 50 días, e insiste en la importancia de este acortamiento del post-operatorio.

Larsen, (32) y con él otros autores, dice que "la mayoría" de sus pacientes, y hace aponeurectomía total, "al mes está bien". Dato lo suficientemente vago, como para no poder servir de punto de referencia.

En nuestra casuística hemos obtenido comprobaciones bastante similares. Hemos podido seguir, desde este punto de vista, a 20 pacientes, dado que eran aquellos en los cuales nosotros mismos teníamos que decidir la fecha de reintegro. Previamente, deseamos hacer notar, que por el grupo social a que pertenecen, ferroviarios casi todos ellos, tienen un tipo de tareas (peones de vía y obra, herreros, mecánicos, etc.), que requiere esfuerzo a sus manos, por lo cual las cifras son algo altas. Muy posiblemente, de haber podido recabar datos del otro 40 % de pacientes, de clientela privada, mutual y jubilados, los promedios descenderían bastante.

De todos modos, en este grupo de 20 pacientes, 60 % de nuestros operados, el tiempo entre su intervención y el reintegro al trabajo fue:

14 pacientes	Ap. total	Tiempo promedio: 137 días
6 pacientes	Ap. parcial	Tiempo promedio: 71 días

Como vemos, los plazos son muy largos, bastante similares a los de Hamlin, y además *prácticamente dobles para la aponeurectomía total, con respecto a la aponeurectomía parcial.*

Estudiando las causas de la elevación de los promedios, encontramos que fueron, por supuesto, las complicaciones. De ellas, la que más alargó el tiempo de retorno al trabajo, fue *el dolor simple post-*

operatorio, y luego los fenómenos de edema y rigidez. Surge además de nuestras observaciones que las pequeñas necrosis, las pequeñas dehiscencias de herida, y los hematomas, cuando no se acompañaron luego de dolor, o de rigidez y edema, no tuvieron incidencia sobre el tiempo de recuperación.

Parecería entonces, de lo dicho, surgir que en ausencia de complicaciones la aponeurectomía total y la parcial, se recuperan en el mismo tiempo. Dicho de otro modo: la aponeurectomía total daría un mayor promedio de días de incapacidad, por ser en ella mayor la incidencia de complicaciones. Sin embargo, aunque esto es verdad, no es la única verdad, porque si excluimos aquellos pacientes que habiendo recibido una aponeurectomía total, hicieron complicaciones, vemos que ese tiempo de recuperación promedio, para un aponeurectomizado total sin complicaciones, es de 96 días. O sea que si bien las complicaciones elevaron ese promedio de 96 a 137 días, igual hay una diferencia de 25 días menos, en aquellos pacientes a quienes se les hizo aponeurectomía parcial.

Con lo dicho, creemos haber demostrado nuestra afirmación previa: *la aponeurectomía palmar es una operación que requiere un tiempo de recuperación muy prolongado.*

Resultados alejados

Comencemos también acá por una breve ojeada a lo publicado y de ella surge, que si bien la aponeurectomía palmar es una buena solución (y no entramos a discriminar total o parcial), no es el "desideratum" en materia de cirugía reparadora, dado que los porcentajes de la mayoría de los autores, así lo indican.

Citando solamente aquellos que de manera reglada y específica publican su resultado, vemos:

—Astiz (5)	16 manos Ap. total	13 casos buenos 2 casos regulares 1 caso malo
—Gosset (21)	150 manos Ap. total	92½ % de buenos resultados
—Hueston (26)	96 manos Ap. parcial	88 % de buenos resultados
—Larsen (32)	20 manos Ap. parcial	17 excelentes 3 malos con edema y rigidez
	84 manos Ap. total	52 excelentes 22 buenas 5 regulares 5 malas

Larsen sienta criterio para juzgar, considerando como excelentes los casos con extensión y flexión total o casi total y sin dolor; buenos con ligero edema residual y cierta limitación de la flexión, sin dolor

y con buena extensión; y regulares y malos con rigidez, contracturas en flexión y muy largos post-operatorios.

—Operti (⁴¹)	25 manos	Ap. total	17 buenos	
			8 malos	
—Ross (⁵⁰)	50 casos	Ap. total	o parcial 25 muy buenos	
			20 buenos	
			5 pobres	
—Tubiana (⁵³)	100 casos	Seguidos hasta 5 años	77 % buenos	
			20 % regulares	
			3 % malos	
—Wild (⁵⁶)		Ap. parcial	87 % recuperación completa	

Aparte citamos a Luck (³³), campeón actual de la aponeuroctomía subcutánea, y de la aponeurectomía mínima, sacando el nódulo solamente. En 206 manos de 154 pacientes, logra 80% de buenos resultados, 14% regulares y 6% malos con edema y rigidez. Pero, y esto es lo interesante, con reintegro de sus pacientes a sus tareas habituales entre los 7 y 10 días de post-operatorio.

En cuanto a los resultados alejados, nuestra experiencia concuerda con las cifras citados.

Primeramente queremos dejar sentado un concepto, con respecto a *la favorable influencia del tiempo: cuanto más alejados de la operación, mejores son los resultados.* Y esta mejoría paulatina va estableciéndose insensiblemente, *en el transcurso de varios años* de modo tal que pacientes en los cuales, al cabo de 4, 6, 8, 12 meses, uno tenía la impresión de que la recuperación, si bien satisfactoria, no era ideal, visto 5, 7, 9 años después, comprobamos que en ese prolongado lapso las cosas han cambiado, y la perfección anatómica y funcional se ha alcanzado.

Por esa razón consideramos muy difícil expresar en números los resultados pues esos números sufrirán netas variaciones con el paso del tiempo.

Preferimos *hacer una valorización global de los resultados*, haciendo notar que:

La recuperación, valorada en lo anatómico y en lo funcional (flexión y extensión indoloras y completas), se logra en un porcentaje de casos, *cuyo número va aumentando con el correr de los años, y se acerca al 80%.*

Lo que retacea este porcentaje es *un cierto déficit en la flexión*, con o sin edema discreto residual, y *la persistencia de un cierto dolorimiento difuso en la palma, sobre todo para la presión, y frente al trabajo rudo prolongado.*

Esta situación se ve preponderantemente en aquellos pacientes

que desarrollaron rigidez y edema post-operatorios, pero aún en éstos, es sorprendente lo que se recuperan a medida que pasa el tiempo.

Las otras complicaciones, hematoma, necrosis, etc. en lo que a nosotros respecta, podemos afirmar que "*carecen de futuro*", no habiendo incidido en los resultados alejados.

No hay diferencia alguna a este respecto tampoco, en lo que tiene relación con el tipo de incisión: ni la transversal, ni la longitudinal molestan al paciente.

No hemos tenido resultados que, por rigidez, edema o dolor, puedan, a largo plazo, ser catalogados como regulares o malos, salvo el problema de las recidivas que analizaremos luego.

En suma: A nuestro entender, los resultados alejados de la aponeurectomía, si bien son muy buenos en la gran mayoría de los pacientes, e incluso excelentes en algunos, son inferiores de lo que durante cierta época se creyó y se publicó. Y ese déficit de recuperación pequeño, que pasará inadvertido para muchos pacientes y sus cirujanos tratantes, se hace manifiesto en pacientes que deben someter sus manos a tareas de esfuerzo, comprobándose entonces, en la mayoría de ellos, una mano sensible, un cierto dolor no invalidante pero molesto durante y luego de sus horas de labor, y una cierta pérdida de capacidad global, en lo que a fuerza y resistencia se refiere, con respecto a su otra mano normal.

Recidivas

Este problema es para nosotros fundamental, porque entendemos que es un *pivot en torno al cual gira nuestra posición actual frente a una mano afecta de enfermedad de Dupuytren*.

Primeramente, debemos ponernos de acuerdo en los términos y las situaciones.

Hasta 1959, se entiende por recidiva luego de la aponeurectomía palmar, la aparición, luego de las aponeurectomías parciales, de nuevos nódulos, en la zona de aponeurosis palmar, o de fascia digital que se dejó sin resecar.

No aparece citada en la literatura otra situación, y se publica y se insiste, que la principal ventaja de la aponeurectomía total, es que pone a cubierto de las recidivas. Los autores atribuyen distintos porcentajes de recidiva a la aponeurectomía parcial, porcentajes que oscilan entre 62% para Davis (15), en cifra que no comprendemos; al 12% para Hamlin (23).

Recién en 1959, Luck (33), dice que hay casos documentados en que *han aparecido nódulos nuevos, en manos que habían sido sometidas a una meticulosa y completa aponeurectomía total.* Sin embargo no cita ninguno.

Nosotros, en nuestro trabajo anterior (45), anunciábamos que esto era cierto y nos comprometíamos a hablar de ello.

Posteriormente hemos visto también un trabajo de Hueston (26), de 1961, que sostiene la realidad de la recidiva en manos donde se ha hecho aponeurectomía total.

Y bien; *estamos en condiciones de afirmar que es así*. Por lo tanto, es preciso quede claro que distinguimos *dos tipos de recidivas*

A) La "pseudo-recidiva" o "recidiva aparente", que consiste en la aparición en un aponeurectomizado palmar parcial, de nuevos nódulos en la zona de aponeurosis que no fue resecada. (generalmente en la mitad radial de la aponeurosis), y que no debe, a nuestro entender, ser considerada recidiva, sino que debe ser interpretada como un simple progreso post-operatorio de la enfermedad, que ha seguido su curso tomando otras zonas vecinas.

B) Y por otro lado, la que nosotros llamamos "verdadera recidiva", o "recidiva real", que es la aparición de nódulos en zonas de la palma donde fue extirpada meticulosamente la aponeurosis; y *por lo tanto, sera recidiva real aquella que aparezca en la palma de un aponeurectomizado total, o en la zona palmar donde se extirpó notoriamente la aponeurosis, en un aponeurectomizado parcial*.

En nuestra estadística, tenemos 1 caso en 38 manos de pseudo recidiva; y 3 casos en 38 manos de recidiva real. Los veremos brevemente:

Obs. 24 .— A. P. Operado mano D. el 10/3/60. Presentaba nódulos palmares frente a 4º y 5º dedos. Se hizo aponeurectomía parcial de ½ cubital. Evolución perfecta. Citado actualmente, 2 años después, presenta un nuevo nódulo frente al 3er. dedo, que creemos ha aparecido en zona de aponeurosis no resecada. Se interpreta como "pseudo recidiva".

Obs. 19 .— R. M. Operado en Feb/1956 por un conocido cirujano plástico, quien le practicó en su mano iz., y nos consta que es así, pues ha trabajado con nosotros varias veces, una aponeurectomía total. Visto por nosotros un año y medio después, nos dice que a los 6 meses de la intervención, y casi simultáneamente aparecieron nódulos en ambas manos frente a los dedos 3º, 4º y 5º. El día 19/10/57, fue reoperado de su mano iz., comprobándose en el acto quirúrgico una lámina fibrosa, indistinguible, del punto de vista operatorio, de una verdadera aponeurosis palmar. Se hace nuevamente aponeurectomía total", según técnica habitual. Post-operatorio inmediato bueno. Carecemos de datos ulteriores. **Caso de recidiva real.**

Obs. 20 .— C. G. Operado el 26/5/58, por nosotros. Presentaba nódulos frente a 4º y 5º dedo en una mano, y frente a 5º dedo de la otra. Se hizo en ambas manos una aponeurectomía parcial, reseca sector de aponeurosis que sobrepasa la ½ cubital, incluyendo la zona correspondiente al 3er. dedo. Esa aponeurectomía parcial incluyó, por supuesto, resección de bandeletas, tabiques, etc.

Evolución habitual: 7º día, alta del Hospital. A los 18 días se retira atela y movilizar. A los 35 días moviliza bien; sin edema. Discreto dolor en palma de mano iz. A los 75 días, sigue bien. A los 90 días se reintegra al trabajo.

Visto actualmente, 4 años después, con ocasión de una cérvico-braquialgia

por artrosis de columna, se comprueba: Motilidad bilateral 100%. Cicatrices perfectas. No dolor ni molestia alguna. Pero en mano iz., aparición de 4 nódulos en zona francamente reseca: un nódulo frente al 5º dedo, 1 cm. por delante de la cicatriz (que está en surco palmar distal); dos nódulos frente al 4º dedo 1 cm. por delante y 1 cm. por detrás de esa cicatriz respectivamente; y otro nódulo frente al 3er. dedo, 1 cm. por detrás de la cicatriz. No hay retracción aún salvo cierta umbilicación de la piel, pese a que el paciente manifiesta que ya hace unos 2 años que aparecieron.. **Caso de recidiva real**

Obs. 23. — A. C. Operado el 23/11/59 de mano iz. por nódulo con retracción frente al 5º dedo Se hizo aponeurectomía parcial de la ½ cubital. Hizo pequeña necrosis en línea de sutura a los 20 días, por lo cual recién se empezó a movilizar a los 30 días. A los 70 días, alta con reintegro a sus tareas. A los 10 meses es citado, y se comprueba nuevo nódulo frente al 4º dedo, en zona francamente reseca. En set. de 1960 se reopera y nuevamente se comprueba una lámina blanquecina conjuntiva fibrosa, donde asienta el nódulo patológico. Se hace "aponeurectomía total". Alta a los 60 días para sus tareas de oficina. Citado nuevamente 7 meses después, resultado anátomo-funcional 100%. **Caso de recidiva real.**

Frente a todo esto, surgen algunas interrogantes.

La primera es el intento de explicación de como se produce la recidiva.

Basándonos en nuestros hallazgos operatorios, aún cuando en esos dos casos carecemos de anatomía patológica que nos respalde, nos aventuramos a ofrecer una hipótesis de trabajo. *Esa lámina fibrosa, disecable y extirpable, indistinguible operatoriamente de una aponeurosis palmar, debe ser de neo-formación.* Abundan ejemplos en fisiopatología, de como el tejido conjuntivo banal, solicitado por su ambiente, y por las fuerzas que actúan sobre él, es capaz de diferenciarse en sentidos predeterminados por esas mismas fuerzas. Por lo tanto, *el aceptar que debido a la dinámica de la mano, se forma una neo-aponeurosis, no creemos sea ir demasiado lejos.* Nos proponemos, en el futuro, frente a reintervenciones, heridas de mano, necropsias, etc. en aponeurectomizados palmares confirmar de todo punto de vista la verdad de esta afirmación.

Cumplida esa primera etapa de razonamiento, y aceptado el hecho de la aparición, en ese paciente operado, de una neo-aponeurosis, cuesta poco aceptar también que, por causas que desconocemos, dado que ignoramos la verdadera etiología de la Enf. de Dupuytren, *en esa neo-aponeurosis de ese paciente que ya tuvo la afección, y que se encuentra "preparado" si se quiere para hacerla, vuelve a reproducirse la afección.* En plazos que para nosotros han sido variables: 6 meses en un caso, 10 meses en otro, 2 años en el otro.

Otra interrogante que surge, es porqué no se han citado antes casos similares. Tal vez la explicación esté en una conjunción de factores. No siempre los pacientes son seguidos meses y años con detenimiento. Además, es clásico que rara vez las recidivas vuelven al

cirujano que los operó. Y en el caso de esta afección menos, pues quien fue operado por enfermedad de Dupuytren, y pasó invalidado para sus tareas 3 o 4 meses, difícilmente vuelve al cirujano por pequeños nódulos nuevos que pasarán años, antes de que le causen molestias. Es de hacer notar, que de nuestros 3 casos, sólo 1 consultó espontáneamente por la recidiva, y ello a otro cirujano distinto. Los otros 2 casos fueron citados o examinados ex profeso.

De todos modos, *lo importante es que el hecho existe. La recidiva real es posible, tanto en aponeurectomías totales, como en la zona de la palma en la que se ha resecaado aponeurosis, en la intervención parcial. Y para nosotros, esto tiene un gran valor en la discusión de cual es el tipo de operación a realizar, que es el punto sobre el cual hablaremos, para finalizar este trabajo.*

Elección de táctica quirúrgica

Habiendo pasado revista a los diferentes tópicos de este trabajo, consideramos que ahora, y recién ahora, estamos en condiciones de pronunciarnos sobre este punto.

Desde Kanavel, Koch y Mason (²⁸) en 1929, hasta 1952, se aceptó que debía realizarse siempre, prácticamente en forma sistemática, aponeurectomía total, aún cuando las lesiones fueran limitadas. En síntesis, esto se basaba:

- en los buenos resultados alejados
- en que se afirmaba que de esta manera se evitaban las recidivas: (las pseudo recidivas diríamos nosotros, pero no las recidivas verdaderas)

Y en que se despreciaban dos hechos:

- que las complicaciones eran mayores y más frecuentes
- que el post-operatorio era muy largo.

En 1952, Hamlin (²³), plantea, el primero, *la siguiente disyuntiva: la deformidad y la retracción la curan por igual la aponeurectomía total o la parcial. Ahora bien, si se desea evitar recidivas, hay que resignarse a la aponeurectomía total, a sus complicaciones, y a sus cuatro meses de postoperatorio.*

De ahí en adelante, cirujanos como Conway, (^{13 14}) Heyse, (²⁴) Wakefield, (⁵⁴) Wild, (⁵⁶) etc., deciden hacer aponeurectomía parcial, para evitar complicaciones y acortar los plazos, aun a riesgo de que sobrevengan recidivas, riesgo que catalogan en un 12 %. Otros, la mayoría, siguen haciendo ap. totales.

Pero si actualmente parece demostrado, por lo menos para Luck, (³³) para Hueston, (²⁶) y para nosotros; que la recidiva sobreviene igual en plena zona resecaada, la disyuntiva del planteo de Hamlin desaparece, y debe replantearse el problema de otra manera, atendiendo a los otros factores.

Y para nosotros, el modo de proceder nos parece claro: *debe realizarse una operación no sistemática, sino adecuada a la lesión y al tipo de mano. El cirujano con criterio juzgará frente a cada situación.*

En la mano con lesiones extensas, procederá a la aponeurectomía total, tanto más si es un paciente joven, de mano delgada, y que hace tareas livianas.

En la mano con lesiones limitadas, procederá salvo circunstancias muy favorables, a una extirpación amplia de la lesión y nada más. Ir más allá, será exceso sin justificación. Y en esa extirpación, será tanto más parco en la extensión, cuanto más edad tenga el paciente, cuando se enfrente a una "mala mano" constitucional o adquirida, o cuando se trate de un obrero que realiza tareas manuales de esfuerzo. (Estas dos últimas circunstancias van a menudo juntas).

Sabrán así el cirujano que en cualquiera de los casos estará expuesto, aunque raramente, a una recidiva. Tendrá conciencia de que está haciendo lo posible para reintegrar cuanto antes, de la más inocua y más rápida manera posible, a su paciente a la tarea social. Y tendrá la satisfacción de no estar procediendo de manera sistemática, sino que estará haciendo *una intervención lógica, razonada, y adecuada a cada lesión y a cada paciente.*

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADAMS, W. — Dupuytren's contraction, and its succesful treatment by subcutaneous divisions of the palmar fascia, and immediate extension. British Médical Journal, L. 928, 1878. (Citado por Lunck).
- 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 palmas o Enfermedad de Dupuytren. Adscripción de Cirugía. Tercer 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. Ntes on the age and onset and the relationship to handedness. American Journ. Surg. 88:147, 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 flap for the coverage of palmar defects after aponeurectomy of Dupuytren's contracture. Plastic and Reconst. Surg. 4, 559-559, 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 Reconst. 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. Blanchard y 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. 1, págs. 122-127, 1938.
- 20) GOETZEE, A. E.; WILLIAMS, H. O. — A case of Dupuytren's contracture involving the hand and foot in a child. *Brit. 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. Coll. of Surgeons.* 21, 15-23, 1954.
- 23) HAMLIN, E. — Limited excision of Dupuytren's contracture. *Ann. Surg.* 135, 94-97, 1952.
- 24) HEYSE, W. E. — Dupuytren's contracture and its surgical treatment. *J. A. M. A.*, 147: 1945-1960.
- 25) HOWARD, L. D.; PRATT, D. R.; BUNNELL, S. — The use of Compound F (Hydrocortone), in operative and non operative conditions of the hand. *Jour. Bones & Joints Surg.* 35 A. 944-1.002, 1953.
- 26) HUESTON, J. T. — Limited fasciectomy for Dupuytren's contracture. *Plastic & Reconst. Surg.* 27: 569, 1961.
- 27) ISELIN, M.; BENOIST, D.; BROUET, J. P. — L'abord dorsal dans les formes digital de la maladie de Dupuytren. *Ann. Chir.* 15: 83, 1961.
- 28) JAMES, J. I. P.; TUBIANA, R. — La maladie de Dupuytren. *Revue Chir. Orthop.* 38, 352-406, 1952.
- 29) 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. *Surg. Ging. & Obs.* 48, 145-190, 1929.
- 30) KAPLAN, E. B. — The palmar fascia in connection with Dupuytren's contracture. *Surgery.* 4, 415-422, 1938.
- 31) KING, R. A. — Vitamin E therapy in Dupuytren's contracture. *Jour. Bone & Joint Surg.* 31 B, 443, 1949.
- 32) LARSEN, R. D.; POSCH, J. L. — Surgical treatment of Dupuytren's contracture. *Jour. Bone & Joints Surg.* 40 A, 773, 1958.
- 33) LUCK, S. V. — Dupuytren's contracture. A new concept of the pathogenesis, correlated with surgical management. *Jour. Bone & Joints Surg.* 635-664, 1959.
- 34) MACREADY, J. — On the treatment of Dupuytren's contracture of the palmar fascia. *Brit. Med. Jour.* 1: 411-414, 1890. (Citado por Luck).
- 35) MASON, M. L. — Dupuytren's contracture. *Surg. Clin. North Am.* 32, 233-245, 1952.

- 36) MASON, M. L. — Fifty year's progress in surgery of the hand. *Surg. Gin. & Obs.* 501-541, 1955.
- 37) MAY, J. — Parodenolinfitis. *Rev. Urug. Dermat y Sifil.* N° 5, 1940.
- 38) McINDOE, A.; BEARE, R. L. B. — The surgical management of Dupuytren's contracture. *Ann. Jour. Surg.* 95: 197, 1958.
- 39) MEYERDING, H. W.; BLACK, S. R.; BRODERS, A. C. — Etiology and pathology of Dupuytren's contracture. *Surg. Gin. & Obs.* 72; 582-590, 1941.
- 40) MOORHEAD, J. J. — Trauma and Dupuytren's contracture. *Ann. Jour. Surg.* 85, 352, 1953.
- 41) OPERTI, F. — La malattia di Dupuytren. *Ortop. Traum. App. Motore.* 24: 15, 1956.
- 42) PIETROGRANDE, V.; MAIOTTI, A. — Considerazioni sulla retrazione della aponeurosi palmare. *Ortop. Traum. App. Motore.* 23: 323, 1955.
- 43) PIULACHS, P.; MIR y MIR, L. — Consideraciones sobre la Enfermedad de Dupuytren. *Fol. Chir. Internac.* 2: 335, 1952.
- 44) SHAW, M. — The treatment of Dupuytren's contracture. *Brit. Jour. Plastic Surg.* Vol. 4, N° 3, 218 a 223, 1951.
- 45) SIERRA OBIOL, A. J.; GARCIA CAPURRO, R. — Enfermedad de Dupuytren. Tratamiento quirúrgico. *Bol. Soc. Cirugía Uruguay.* Tomo 32. C N° 4, 5, 6; págs. 723 a 735, 1961.
- 46) SKOOG, T. — Dupuytren's contracture. With especial reference to etiology and improved treatment. Note on knuckle pads. *Acta Chir. Scandinava.* 96. Supplementum 139, 1948.
- 47) STEIMBERG, C.; LE ROY. — A new method of treatment of Dupuytren's contracture, a form of fibrositis. *Med. Clin. North America.* 30, 221-231, 1946.
- 48) STEIMBERG, C. LE ROY. — Fibrositis. (Muscular rheumatism). Including Dupuytren's contracture. A new method of treatment. *New York State Jour. Med.* 47: 1.679 a 7.682, 1947.
- 49) RICHARD, H. J. — Dupuytren's contracture treated with vitamin E. *Brit. Med. Jour.* 1. 1.328, 1952.
- 50) ROSS, J. A.; ANNAN, J. — Dupuytren's contracture. Clinical review. *Ann. Surg.* Vol. 133, págs. 186 a 194, 1951.
- 51) RUSSELL THOMSON, G. — Treatment of Dupuytren's contracture with Vit. E. *Brit. Med. Jour.* Vol. 4, págs. 1.382 a 1.393, 1949.
- 52) TANZER, R. — Dupuytren's contracture. Use of "compressive suture". *New England Jour. Med.* 246-307, 1952.
- 53) TUBIANA, R. — Prognosis and treatment of Dupuytren's contraction. *Jour. Bone & Joints Surg.* 37 A, 1.155, 1955.
- 54) WAKEFIELD, A. R. — Dupuytren's contracture. *Surg. Clin. North Amer.* 49: 483, 1960.
- 55) WARREN, R. F. — The pathology of Dupuytren's contracture. *Brit. Jour. Plastic Surg.* Vol. 6, 224 a 230, 1954.
- 56) WILD, H. — Ueber Dupuytren'sche Kontrakturen. *Wien. Med. Wschr.* 103-876, 1953.
- 57) ZACHARIAE, L.; ZACHARIAE, F. — Acetato de hidrocortisona en el tratamiento de la Enf. de Dupuytren. *Acta Chir. Scandinava.* 109, 421, 1955.

Dr. Fossati: Bueno, yo no deseo dejar pasar el trabajo de los doctores García Capurro y Sierra que completa el trabajo definitivo o primero presentado hace un tiempo sobre las experiencias que han tenido con el tratamiento de la enfermedad de Dupuytren. Nosotros no hemos seguido tan detallada-

mente los casos que hemos operado, pero las conclusiones así que hemos sacado son muy similares a las de los autores. Creemos que el tratamiento actual de la enfermedad de Dupuytren, el único es el tratamiento quirúrgico, que prácticamente siempre se beneficia al enfermo, pero que la mejoría puede ir por así decirlo, de un 20 a un 95 %, es decir que hay un amplio margen donde intervienen la exactitud de la indicación, la correcta técnica, el correcto post-operatorio en lograr una mayor o menor mejoría. El hecho de que puedan existir post-operatorios azarosos imprevisibles, ha hecho que nosotros no operemos los Dupuytren cuando se presentan en la etapa de nódulo. El simple nódulo palmar no lo consideramos quirúrgico porque es muy difícil que un enfermo tenga conciencia clara de lo que puede ser su post-operatorio, cuando él consulta por una cosa que él cree totalmente banal. Ahora, cuando empieza a retraer el dedo o a formarse una banda definida, entonces ya es más sencillo explicarle que eso es una enfermedad que puede ser grave, y el enfermo está en condiciones de pasar un post-operatorio algo largo. En los casos bilaterales se puede operar ya la segunda mano en la etapa del nódulo. Es muy importante analizar la edad, el oficio, el tiempo de evolución, la amplitud de la lesión antes de elegir la táctica, y es así que para las lesiones localizadas en manos con tendencia a la rigidez y en manos que realizan labores de movimientos simples, preferimos hacer las aponeurectomías localizadas a la lesión y partes vecinas y no amplias aponeurectomías, por ejemplo el tipo de la aponeurectomía de . Ahora, cuando la lesión es generalizada, recurrimos a esa técnica. Hacemos hemostasis cuidadosa, a veces dejamos aspirativo y mantenemos el miembro elevado desde el momento de la operación, cuidando mucho que el traslado del enfermo a la sala se haga con el miembro elevado. No hacemos cierres a tensión, y en ese caso preferimos hacer injerto de piel grueso o fino, y finalmente creemos que los colgajos sobreviven porque son generalizados. Exclusivamente en los casos en que las adherencias eran muy grandes y la disección se hace muy cerca de la piel y el tejido algo hialinizado, ahí es posible que el mecanismo sea por injerto, pero en general, cuando sacamos el brazaletes, los bordes del colgajo sangren por la red dérmica que es muy rica en la palma de la mano. Sería de mucho interés tener la anatomía patológica de esos casos de recidivas verdaderas, y finalmente reitero mi agradecimiento a los autores por traer un trabajo tan completo y detallado de su experiencia en este tema.

Dr Atanasio J. Sierra. Deseamos solamente agradecer la atención de los colegas de la Sociedad de Cirugía, y con respecto a lo que ha dicho el Dr. fossati, estamos de acuerdo prácticamente en el 98% de lo que él ha dicho y creemos también que, salvo que la enfermedad sea generalizada, o salvo manos muy especiales, se debe tratar de ser parco en cuanto a la resección, ir a las aponeurectomías parciales con un margen por fuera de la lesión, dado que las complicaciones, el tiempo de recuperación, son notoriamente menores. Muchas gracias.