

Enfermedad de Dupuytren en un anciano

Dupuytren's disease in an elderly

MsC. David Alexander Junco Gelpi,¹ MSc. Luis Enrique Montoya Cardero,¹ Lic. Maylin Rodríguez Cervantes,¹¹ Lic. Kenia Mustelier Medina¹ y Lic. Gustavo Neyra Bonne¹

¹ Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Santiago de Cuba, Cuba.

¹¹ Banco Provincial de Sangre "Renato Guitart Rosell", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un comerciante de 78 años de edad, de procedencia haitiana, quien presentaba, desde hacía 7 meses, rigidez al flexionar la articulación interfalángica proximal y medial del cuarto dedo de la mano izquierda, contractura de la aponeurosis palmar y nódulos. Se le realizó fasciectomía parcial o subtotal y egresó a las 72 horas con buena evolución posoperatoria.

Palabras clave: anciano, enfermedad de Dupuytren, fasciectomía, Haití.

ABSTRACT

The case report of a 78-year-old Haitian merchant is described, who had stiffness to flex the proximal and medial interphalangeal joint of the left hand fourth finger for seven months, contracture of the palmar fascia and nodules. He underwent partial or subtotal fasciectomy and was discharged within 72 hours with good postoperative course.

Key words: elderly, Dupuytren's disease, fasciectomy, Haiti.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Dupuytren (también llamada contractura de Dupuytren) es una afección de origen desconocido que provoca el cierre progresivo de la mano por retracción de la aponeurosis palmar superficial. Fue descrita en 1831 por Guillaume Dupuytren, como una retracción progresiva de los dedos de la mano. Es una afección cuya incidencia aumenta con la edad y tiene un predominio racial, es más común en los pacientes escandinavos y en los de origen céltico. Su incidencia alcanza 25 % de los varones mayores de 60 años en algunas áreas como Edimburgo o Melbourne.¹⁻³

Es más frecuente en el sexo masculino y no es raro que aparezca de forma bilateral (45 %), aunque su aparición es asimétrica. Desde el punto de vista hístico se caracteriza por una fibrodisplasia proliferativa del tejido conectivo palmar subcutáneo,

que conduce a contracturas que se desarrollan progresivamente en nódulos y cuerdas, asociada con proliferación de miofibroblastos y a un incremento en las cantidades de colágeno de tipo III. Por otra parte, afecta la aponeurosis palmar y respeta las fibras transversas de la palma; en los dedos, daña la vaina digital lateral, el ligamento de Grayson, las vainas pretendinosas, los ligamentos natatorios y las bandas espirales, sin afectar el ligamento de Cleland.⁴⁻⁶

Con referencia a la causa de la enfermedad, se ha demostrado un fuerte carácter hereditario y de asociación con el tabaquismo, el alcoholismo, la epilepsia esencial y la diabetes mellitus, aunque en esta última la afectación suele ser más leve. Está asociada con una fibrosis similar en el pie, por afectación de la aponeurosis plantar (enfermedad de Ledderhose) en 5 % de los pacientes y con la induración plástica del pene (enfermedad de Peyronie) en 3 % de estos.⁵⁻⁷

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de un paciente de 78 años de edad, de piel negra, procedente de Haití y de profesión comerciante, que acudió al Servicio de Ortopedia por presentar, desde hacía 7 meses, rigidez en la flexión de la articulación interfalángica proximal y medial del cuarto dedo de la mano izquierda, contractura de la aponeurosis palmar y nódulos (figura 1).

- Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial y diabetes mellitus de tipo 2.
- Antecedentes patológicos familiares: no refiere.



Fig. 1. Contractura en flexión interfalángica proximal y medial del cuarto dedo de la mano izquierda

- Examen físico
 - Paciente longilíneo
 - Mano izquierda: rigidez en flexión de 90 grado de la articulación metacarpo falángico del cuarto dedo, adherencia de la fascie palmar y depresiones en el trayecto del flexor del cuarto dedo, sin circulación colateral e imposibilidad para la flexión del dedo.

- Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 13,8 g/L
- Hematocrito: 0,44 g/L
- Coagulograma: TC: 1 minuto; RC: 7 minutos
- Plaquetas: $200 \times 10^9/L$
- Eritrosedimentación: 30 mm/h
- Glucemia: 3,3 mmol/L
- Calcio: 2,1 mmol/L
- Fósforo: 1,9 mm/L
- Colesterol: 4,3 mm/L
- Triglicéridos: 1,3 mmol/L
- Acido úrico: 354 $\mu\text{mol/L}$
- Proteínas totales: 60 g/L
- Albúmina: 28 g/L
- Globulinas: 32 g/L
- Serología (VDRL): no reactiva
- VIH: negativo
- Factor reumatoideo: negativo
- Urea: 4,9 $\mu\text{mol/L}$
- Fosfatasa alcalina: 12 U/l
- Transaminasa glutámico pirúvica: 12 U/l
- Transaminasa glutámico oxalacética: 12 U/l
- PSA: 0,37mmol/L
- Creatinina: 144mmol/L
- Radiografía de la mano izquierda: se observó subluxación metacarpofalángica proximal y medial del cuarto dedo (figura 2), los demás dedos se encontraban normales.
- Radiografía del brazo y antebrazo del lado derecho: imágenes normales.
- Radiografía anteroposterior de tórax: no se visualizaron alteraciones.



Fig.2. Subluxación interfalángica proximal y distal del cuarto dedo

Luego del interrogatorio y los exámenes correspondientes se le realizó la fasciectomía parcial o selectiva, por estar en el estadio 3, según la clasificación de Tubiana, por medio de la cual se obtuvo un dedo funcional, con flexoextensión total (figura 3).



Fig.3. Fasciectomía subtotal o selectiva

COMENTARIOS

El diagnóstico de la enfermedad de Dupuytren no conlleva en sí mismo una indicación quirúrgica. Debe considerarse al paciente, su mano y la enfermedad. Por otra parte, la edad, los factores de riesgo, la morbilidad, las expectativas reales y el grado de colaboración que se pueda obtener del paciente son fundamentales para sentar una indicación. Hay que valorar el grado de deformidad, la repercusión y la limitación que este presenta, pues son los factores más importantes a la hora de indicar la intervención. El objetivo de la cirugía es devolver la función a la mano, no curar la enfermedad, y para esto describen muy diversas intervenciones quirúrgicas.

La clasificación de Tubiana mide el grado total de flexión sumando los grados de contractura de las distintas articulaciones.

Estadio 0: no lesión

Estadio N: nódulo palmar o digital sin flexión del dedo

Estadio 1: flexión total entre 0 y 45°

Estadio 2: flexión total entre 45 y 90°

Estadio 3: flexión total entre 90 y 135°

Estadio 4: flexión total más de 135°

En este anciano se realizó la fasciectomía como técnica de elección, teniendo en cuenta el grado de flexión (clasificación de Tubiana).⁸⁻¹⁰ En el período posoperatorio se indicó la inmovilización dorsal para mantener la flexoextensión, así como también para facilitar la curación de la herida y la cicatrización de la piel. El paciente evolucionó favorablemente y egresó a las 72 horas. A las 2 semanas se le retiraron los puntos y se le indicó fisioterapia, la cual duró varias semanas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badalamente MA, Hurst LC. Enzyme injectionas nonsurgical treatment of Dupuytren's disease. *J Hand Surg Am.* 2000; 25:629-36.
2. Roush TF, Stern PJ. Results following surgery for recurrent Dupuytren's disease. *J Hand Surg Am.* 2000; 25:291-6.
3. Mc Farlane RM. Enfermedad de Dupuytren. En: Cirugía plástica. La mano. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1992. p.819-51.
4. Rober M, Mc Farlane. Dupuytren's contracture. En: Wolfe S. Green's Operative Hand Surgery. 5 ed. New York: Churchill Livingstone; 2005.p. 563-91.
5. Skoff HD. The surgical treatment of Dupuytren's contracture: a synthesis of techniques. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 113(2):540-4.
6. Saar JD, Grothaus PC. Dupuytren's disease: an overview. *Plast Reconstruct Surg.* 2000; 106(1):125-34.
7. Geoghegan JM, Forbes J, Clark DI, Smith C, Hubbard R. Dupuytren's disease risk factors. *J Hand Surg Br.* 2004; 29(5):423.
8. Finsen V, Dalen H, Nesheim J. The prevalence of Dupuytren's disease among 2 different ethnic groups in northern Norway. *J Hand Surgery.* 2002; 27(1): 1-186
9. Soucacos PN. Indications and selection for digital amputation and replantation. *Hand Surg Br.* 2001; 26(6):572-81.
10. Bisson MA, Mudera V, McGrouther DA, Grobbelaar AO. The contractile properties and responses to tensional loading of Dupuytren's disease-derived fibroblasts are altered: a cause of the contracture? *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(2):611-21.

Recibido: 2 de octubre de 2013.

Aprobado: 16 de octubre de 2013.

David Alexander Junco Gelpi. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: junco@hospclin.scu.sld.cu