

enfermedad de Dupuytren

La contractura de Dupuytren es una enfermedad en la que por la aparición un tejido fibroso por debajo de la piel y que se pega a los tendones se va produciendo una deformidad progresiva en los dedos de la mano que se van cerrando lentamente con el tiempo siendo imposible su extensión.

El trastorno afecta una capa de tejido que se encuentra debajo de la piel de la palma de la mano formándose unos nudos de tejido debajo de la piel que eventualmente crean un cordón grueso que puede tirar a uno o más dedos a una posición de flexión.

Los dedos afectados no se pueden estirar por completo, lo cual puede complicar las actividades diarias, como colocar las manos en los bolsillos, ponerse guantes o dar la mano. Afecta principalmente los dos dedos más alejados del pulgar.

Causas

Realmente no se conoce la causa que provoca esta enfermedad, y existen diversos factores de riesgo que pueden favorecer su aparición, como por ejemplo :

- **Edad.** La contractura de Dupuytren ocurre con mayor frecuencia después de los 50 años.
- **Herencia.** Puede existir un cierto componente hereditario.
- **Sexo.** Los hombres tienen mayor probabilidad de desarrollar Dupuytren y de sufrir contracturas más graves que las mujeres.
- **Ascendencia.** Las personas de descendencia de Europa del norte tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad.
- **Antecedentes familiares.** La contractura de Dupuytren con frecuencia es hereditaria.
- **Consumo de tabaco y de alcohol.** El tabaquismo está asociado con un riesgo mayor de padecer la contractura de Dupuytren, tal vez debido a los cambios microscópicos que se producen en los vasos sanguíneos por fumar. El consumo de alcohol también está asociado con la contractura de Dupuytren.
- **Diabetes.** Se ha registrado que las personas con diabetes tienen un riesgo mayor de padecer la contractura de Dupuytren.
- **Epilepsia**

CLINICA

El primer síntoma de la contractura de Dupuytren suele ser un nódulo sensible en la palma de la mano (con mayor frecuencia en los dedos anular o meñique). Inicialmente el nódulo puede causar molestias, pero se vuelve indoloro de forma gradual.

Normalmente, la contractura de Dupuytren progresa lentamente, con el paso del tiempo y a medida que avanza, la piel de la palma puede parecer arrugada o con hoyuelos. Si sigue avanzando se puede formar un bulto firme o en forma de cuerda de tejido en la palma de la mano y progresivamente, los dedos comienzan a encorvarse hacia la palma siendo imposible estirar los dedos y a medida que la enfermedad avanza se puede afectar más hacia la punta del dedo y con mayor retracción pudiendo llegar en los casos más severos a que el dedo este doblado siempre tocando la yema del del la palma de la mano y no pudiendo quitar esa postura.

En el 50% de quienes la sufren, el trastorno afecta a ambas manos aunque una mano generalmente se ve más afectada que la otra.

Los dos dedos más alejados del pulgar son los más afectados, y el dedo corazón también puede estar comprometido. Solo en pocas ocasiones se ven afectados el pulgar y el índice.



La contractura de Dupuytren puede dificultar la realización de ciertas funciones usando tu mano. Ya que el pulgar y el dedo índice no son regularmente afectados, mucha gente no tiene mucho inconveniente o impedimento con actividades motoras finas como la escritura. Pero a medida que la contractura de Dupuytren progresa, puede limitar la habilidad de abrir completamente la mano, agarrar objetos grandes o introducir la mano en espacios reducidos.

El trastorno se asocia en ocasiones con otros procesos, entre los que se incluyen: el engrosamiento del tejido fibroso que cubre los nudillos (almohadillas de Garrod); la retracción de la fascia del interior del pene, lo que provoca erecciones desviadas y dolorosas (fibromatosis del pene o enfermedad de Peyronie) y, la existencia de nódulos en las plantas de los pies (fibromatosis plantar). Sin embargo, se desconocen los factores específicos que causan el engrosamiento y la retracción de la fascia de la palma de la mano.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es solo con la exploración clínica. La deformidad que existe, así como la palpación de las formaciones fibrosas por debajo de la piel son los hallazgos de la exploración que permiten confirmar el diagnóstico de la enfermedad de Dupuytren.

TRATAMIENTO

Dependiendo de la fase de evolución podremos valorar distintas opciones de tratamiento, debiendo de entender que no se sabe realmente la causa que provoca esta enfermedad

En los casos más leves o iniciales se puede intentar realizar una infiltración de :

- Corticoides : Se puede realizar una infiltración con corticoesteroides y anestésicos en los casos más iniciales y muy localizados, sobretodo en lo nódulos más sensibles para bajar la inflamación y el dolor. La inyección no retrasa la progresión de la enfermedad

- Colagenasa : Para cicatrices de leves a moderadas, puede contribuirse a restaurar la movilidad mediante una o más inyecciones de colagenasa (una enzima que puede descomponer el tejido cicatricial).

CIRUGIA

La cirugía está indicada en casos más severos cuando el paciente no puede colocar la mano plana sobre una mesa o si aparece una retracción importante en las articulaciones interfalángicas proximales. La cirugía más habitual es realizar una apertura de la piel de la mano para quitar todos los nódulos fibrosos que existen (a esta técnica se le llama *fasciectomy*).

La cirugía suele realizarse con anestesia regional intravenosa, una técnica en la que le suelen coger un gotero en el dorso de la mano y a través de la cual se inyectara un anestésico que hará que solo se duerma el brazo que se va a operar.

Las heridas necesarias para esta operación suelen ser muy amplias y suelen hacerse en forma de zig-zag para así abrir completamente la piel hacia ambos lados y poder acceder a todo el tejido fibroso. Si el dedo esta muy retraído, o tiene como boquetes o esta muy pegada la piel al tejido fibroso podría lesionarse la piel durante la cirugía.

Como toda cirugía no está exenta de una serie de complicaciones que habrá podido leer en el documento de consentimiento informado que tiene que firmar antes de la intervención.

La cirugía para extirpar la fascia afectada es difícil, porque esta se sitúa alrededor de nervios, vasos sanguíneos y tendones. La contractura de Dupuytren puede reaparecer después de la cirugía si la eliminación de la fascia es incompleta .

Entre las complicaciones más frecuentes estaría la formación de hematomas dada la gran vascularización de la mano, siendo frecuentes también los posibles problemas de cicatrización de la herida debido al despegamiento que hay que hacer, sobretodo hay más complicaciones en los pacientes con mas factores de riesgo. En caso de que aparezcan será necesario realizar más curas locales por su enfermería.

Si el paciente presentaba una rigidez importante y de mucho tiempo de evolución deberá de saber que puede que no sea posible la extensión completa del dedo o recuperar la flexión correcta del mismo. A mayor rigidez previa y mayor deformidad más posibilidad de complicaciones.

Tras la cirugía marchará a su domicilio, normalmente en el mismo día, con un vendaje elástico, que deberá de mantener mientras tenga los puntos.

Una vez retirados todos los puntos deberá de comenzar a realizar ejercicios para recuperar el movimiento normal de la mano y dedos; dichos ejercicios serán dolorosos y se acompañaran de inflamación importante de los dedos y manos, pero es muy importante que constantemente los esté realizando para mejorar su movilidad. Puede ver estos

ejercicios en los tutoriales que tenemos en la web, y si es posible acuda a un fisioterapeuta para que le pueda ayudar.

La enfermedad progresa a una velocidad impredecible. La enfermedad puede volver a presentarse en un período de 10 años después de la cirugía en hasta la mitad de los casos.

EJERCICIOS DE RECUPERACION TRAS CIRUGIA

Se recomienda realizar 10 repeticiones de cada ejercicio al menos 2 veces al día, excepto el de potenciación, que se recomienda realizarlo varias veces a lo largo del día. Cuantas más veces repita todos estos ejercicios mejor será la recuperación.

1) **Movilidad de la mano y los dedos:** con la mano abierta, separar los dedos en forma de abanico todo lo posible (A), mantener la posición 5-10 segundos y descansar. Luego cerrar todo lo posible la mano, sin incluir el dedo pulgar dentro del puño (B), mantener 5-10 segundos y volver a la posición inicial de reposo.

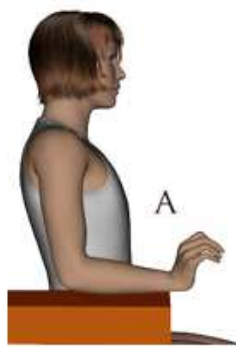


A

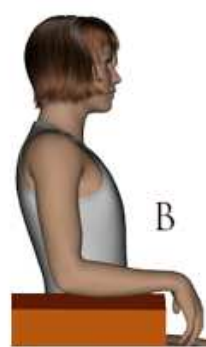


B

2) **Flexoextensión de muñeca:** sentado, con el antebrazo apoyado sobre una mesa, y dejando la mano fuera, llevar la mano hacia arriba lentamente todo lo que se pueda, mantener la posición 5-10 segundos (A) y volver a la posición inicial. Posteriormente, llevar la mano hacia abajo lentamente, intentando tocar el borde de la mesa, mantener 5-10 segundos y volver a la posición inicial (B).

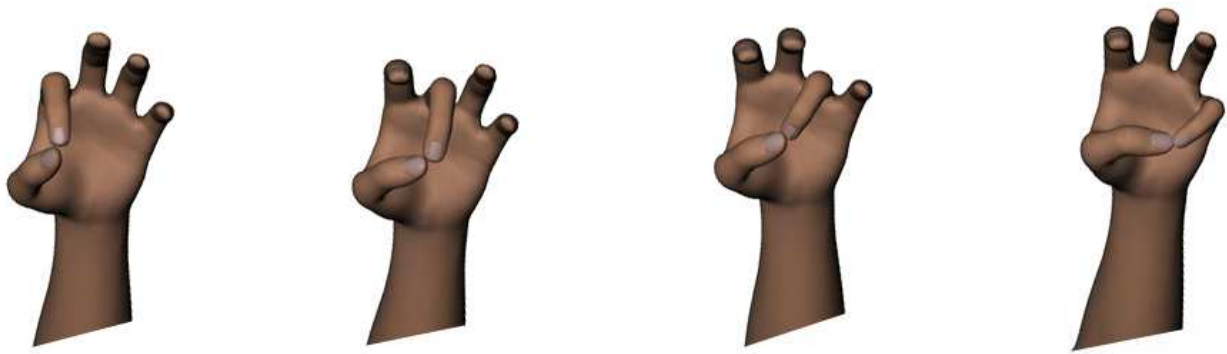


A



B

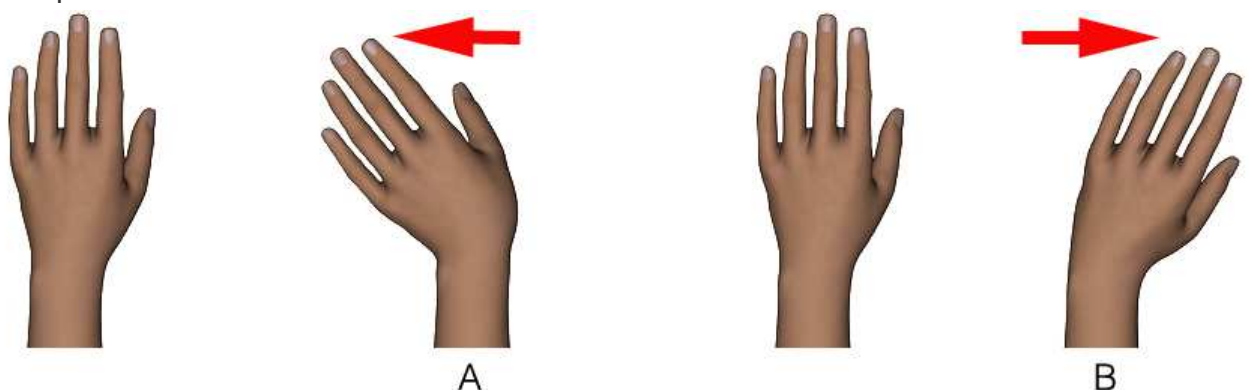
3) **Movilidad dedos 2:** Con la punta del dedo pulgar, intentar tocar la yema de cada uno de los otros dedos.



4) **Oposición del pulgar:** Llevar el pulpejo del dedo pulgar a la base de cada uno de los dedos, comenzando por el índice y terminando por el meñique.



5) **Movilidad lateral muñeca:** Con la mano abierta y dedos extendidos, realizar movimientos con la muñeca dirigiendo la mano primero hacia fuera (A), mantener 5-10 segundos para posteriormente relajar volviendo a la posición de reposo. Continuamos moviendo la mano hacia dentro (B), mantener otros 5-10 segundos y volver a la posición de reposo.

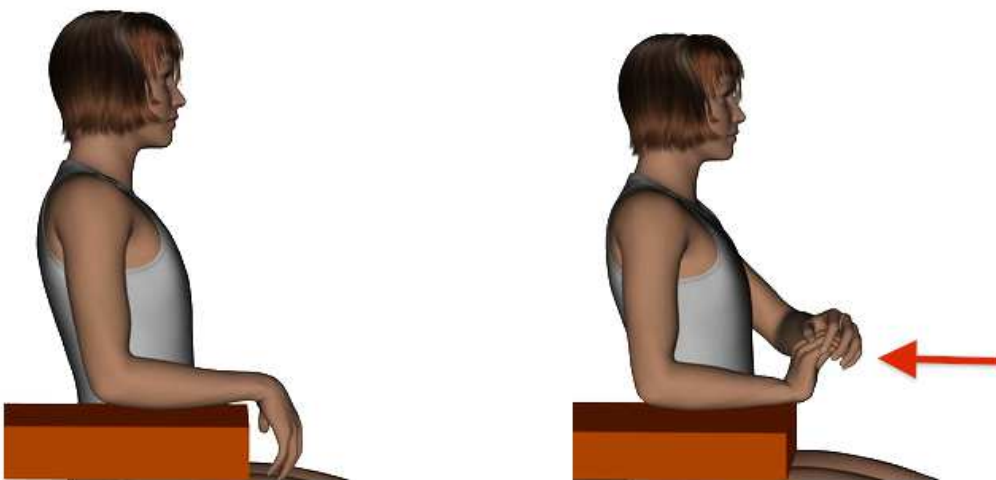


6) **Potenciación de la mano** Para conseguir fuerza nuevamente en la mano, debemos cerrar lentamente la misma todo lo que sea posible hasta lograr “hacer puño”. Se puede

utilizar una pelota blanda de goma o un globo lleno de harina o arroz, para apretarlo de vez en cuando.



7) **Extensión de muñeca**: sentado y con el antebrazo apoyado sobre una mesa, llevar la mano hacia arriba, ayudándonos con la mano sana para conseguir la máxima extensión (flexión dorsal), mantener la posición 5-10 segundos y volver a la posición inicial de reposo.



8) **Extensión máxima de muñeca**: se apoya la mano abierta en una mesa e inclinamos el cuerpo hacia delante de manera que consigamos extender al máximo la muñeca, mantener la posición 5-10 segundos y volver a la posición inicial.

