CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Enfermedad de Dupuytren

Enfermedad de Dupuytren: cordones duros en la palma de la mano hacen que los dedos se doblen hacia abajo.

Kieran Hirpara 4.0

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La enfermedad de Dupuytren empieza como un pequeño bulto, o nódulo, en la palma de la mano. Por lo general no duele, o al principio solo es ligeramente sensible al tacto. Con el tiempo, puede formarse un cordón firme bajo la piel de la palma, que se extiende hacia uno o más dedos. El cordón se va tensando lentamente y tira del dedo afectado hacia la palma, de modo que el dedo no se endereza por completo. Los dedos anular y meñique son los que se ven afectados con más frecuencia.

La afección es progresiva, lo que significa que sigue cambiando con el tiempo, pero el ritmo es distinto en cada persona. Algunas personas notan muy pocos cambios a lo largo de los años. En otras, la tirantez empeora a lo largo de meses. Puede que lo note primero al despertar, cuando el dedo se siente rígido y tarda en enderezarse. Al principio, sacudir la mano para soltarla puede ayudar. A medida que el cordón se tensa, las tareas cotidianas que requieren una palma plana o un agarre amplio se vuelven difíciles: apoyar la mano plana sobre una mesa, dar la mano, sujetar el volante, agarrar un martillo o una raqueta de tenis, o meter la mano en un bolsillo o en un guante.

El problema principal no suele ser el dolor. Es perder la capacidad de abrir la mano por completo, y la frustración de ver cómo un dedo se curva hacia dentro. Recuperar la funcionalidad de la mano es la principal razón por la que las personas buscan tratamiento.

Algunas señales de alarma requieren actuar con rapidez en lugar de esperar. Acuda al servicio de urgencias el mismo día si la mano se pone caliente, roja, hinchada y dolorosa, sobre todo si tiene fiebre, o si los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos o azulados, o si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento de la mano. Consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación con un especialista si los síntomas no se calman, empeoran a lo largo de semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Qué está ocurriendo realmente?

Bajo la piel de la palma hay una capa de tejido resistente y elástico llamada fascia palmar. Imagínela como una red blanda de fibras que ancla la piel a las estructuras más profundas de la mano y ayuda a la palma a agarrar y sujetar. En la enfermedad de Dupuytren, esta red empieza a engrosarse y a tensarse. Las células del tejido comienzan a producir demasiado colágeno, la fibra que normalmente da su resistencia a la fascia, y las fibras se alinean en la dirección de la tracción en lugar de permanecer extendidas.

A medida que el tejido engrosado madura, se acorta y forma un cordón. Ese cordón es lo que puede palpar bajo la piel de la palma. Se comporta como una cuerda que se va recogiendo lentamente con un torno. Como el cordón se ancla en el dedo, tira del dedo hacia la palma, primero a la altura del nudillo y después en la articulación media del dedo. El dedo en sí y sus tendones están sanos. El problema es la fascia acortada que lo mantiene doblado.

El cordón no afecta por igual a todas las partes de la mano. El pulgar no tiene una banda central de esta fascia, y por eso rara vez se ve afectado. Los dedos anular y meñique se encuentran en la zona donde la enfermedad es más activa, y por eso son los que se ven afectados con más frecuencia.

Conviene saber varias cosas sobre esta afección. Su causa exacta no se comprende bien, e intervienen procesos complejos a nivel celular. Las lesiones o la cirugía de la mano, incluido el esfuerzo mecánico repetido, se asocian a la aparición de esta afección. La cirugía extirpa el cordón que ya se ha formado, pero no elimina el proceso de la enfermedad que hay detrás, por lo que el cordón puede volver a aparecer con el tiempo. Por eso el tratamiento a menudo se realiza por etapas en lugar de una sola vez.

Incluso después de liberar un cordón, los cambios continúan durante un tiempo. La parte de la contractura más cercana a la palma se va asentando a lo largo de un período de hasta seis meses. La parte más cercana al dedo puede no desaparecer nunca del todo, y puede volver a avanzar si sigue tirando del tejido enfermo que queda.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su consulta, tomamos su historial clínico, examinamos su mano y solicitamos estudios de imagen solo si van a cambiar el plan. La enfermedad de Dupuytren suele diagnosticarse con la propia exploración.

Como el cordón se tensa lentamente, el tratamiento a menudo se realiza por etapas en lugar de una sola vez. En las primeras etapas, cuando el bulto es blando y el dedo todavía se endereza, puede que simplemente lo vigilemos para ver cómo se comporta a lo largo de los meses. La terapia de la mano puede ayudarle a mantener la mano en movimiento y funcionando bien mientras la enfermedad está tranquila. Si un dedo ha empezado a curvarse, es importante mantenerlo estirado y móvil, porque cuanto más tiempo se deja avanzar una deformidad, mayor es la probabilidad de que la contractura se vuelva permanente.

Cuando un dedo no se endereza, existen procedimientos que liberan o extirpan el cordón. El menos invasivo es la liberación con aguja, en la que se utiliza una aguja fina para cortar el cordón a través de la piel. Puede proporcionar una mejoría duradera, incluso en manos con una enfermedad más avanzada. Algunos cordones también pueden tratarse con una pequeña liberación abierta a través de una incisión corta. Cuando la enfermedad está más establecida, la cirugía extirpa el cordón y la fascia afectada, la capa de tejido que hay bajo la piel de la palma. En la enfermedad avanzada, extirpar la piel afectada y sustituirla por un injerto de piel hace que sea menos probable que el tejido reaparezca. Analizaremos con usted qué opción le conviene a su mano y tomaremos la decisión juntos.

El momento es importante. La cirugía suele considerarse cuando la articulación del nudillo está doblada 30 grados o más, o cuando la articulación media del dedo presenta cualquier grado de flexión. La articulación media se trata antes que el nudillo porque es especialmente propensa a quedar rígida de forma permanente en posición doblada. Enderezar un dedo mejora el funcionamiento de la mano, y la articulación media contribuye a ello más que el nudillo.

Después de cualquiera de estos procedimientos, la terapia de la mano es fundamental para que su mano funcione bien. La rehabilitación tras la cirugía de la mano se realiza con Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation. Ruby es terapeuta de la mano: dirige su terapia y le confecciona la férula que necesite.

Qué esperar

La enfermedad de Dupuytren avanza a su propio ritmo. Algunas personas notan pocos cambios a lo largo de los años, mientras que en otras la tirantez empeora a lo largo de meses. No desaparece por sí sola, y no se detiene una vez que se ha formado un cordón. La parte de la contractura más cercana a la palma se va asentando a lo largo de un período de hasta seis meses, pero la parte más cercana al dedo puede no desaparecer nunca del todo y puede volver a avanzar.

Enderezar un dedo supone una diferencia real en el funcionamiento de la mano. Recuperar la funcionalidad de la mano es la principal razón por la que las personas buscan tratamiento, y corregir la deformidad aporta una mejora importante en lo que su mano puede hacer. La articulación media del dedo contribuye a ello más que el nudillo, y por eso se trata antes.

La recurrencia forma parte de la evolución natural de esta enfermedad, sea cual sea el tratamiento que elija. Ningún tratamiento actual detiene el proceso de fondo; todos actúan sobre el cordón que ese proceso ya ha formado. Tras una liberación con aguja, la mayoría de las personas que presentan recurrencia la presentan en un plazo de unos 2.3 años. Tras una cirugía para extirpar el cordón, aproximadamente una cuarta parte de las personas presentan recurrencia, de media al cabo de 3.7 años. Cuando se extirpa la piel afectada y se sustituye por un injerto, la recurrencia en esa zona es mucho menos probable. Si la enfermedad reaparece, es posible volver a tratarla, aunque repetir la cirugía es más difícil y conlleva más riesgo que la primera operación.

La mayoría de las complicaciones tras el tratamiento pueden resolverse con una atención temprana. Las dos que los cirujanos de la mano comentan con más frecuencia son la recurrencia y la rigidez. La rigidez, sobre todo en la articulación media del dedo, es la razón por la que el tratamiento temprano es importante: una articulación que se deja doblada demasiado tiempo puede quedar rígida de forma permanente en esa posición. Si la mano se

pone caliente, roja, hinchada y dolorosa, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias el mismo día. Si los síntomas no se calman o empeoran a lo largo de semanas, consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación con un especialista.

Después de cualquier procedimiento, la terapia de la mano es fundamental para que su mano funcione bien. La rehabilitación tras la cirugía de la mano se realiza con Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation. Ruby es terapeuta de la mano: dirige su terapia y le confecciona la férula que necesite.

¿Cuándo consultar a un especialista?

La mayoría de las personas con enfermedad de Dupuytren buscan tratamiento porque van perdiendo la funcionalidad de la mano, no por el dolor. Solicite una evaluación con un especialista si un bulto o un cordón en la palma empeora a lo largo de semanas, si un dedo no se endereza por completo o si los cambios le impiden trabajar o usar la mano. La afección es progresiva, pero el ritmo es distinto en cada persona, por lo que conviene que le evalúen la mano en lugar de esperar a ver hasta dónde llega. Los niños también pueden presentar un bulto en la palma o un dedo doblado, y eso también requiere evaluación. Si ha recibido tratamiento por un dedo en gatillo, vigile su palma, ya que puede aparecer una nueva enfermedad de Dupuytren después. Acuda al servicio de urgencias el mismo día si la mano se pone caliente, roja, hinchada y dolorosa, sobre todo si tiene fiebre, o si los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos o azulados.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La enfermedad de Dupuytren merece esta lectura adicional, ya que la elección del tratamiento no se trata realmente de decidir cuál funciona mejor, sino de decidir con qué patrón de recurrencia y riesgo preferiría vivir.

LA BASE DE EVIDENCIA ES MÁS DÉBIL QUE LA CONFIANZA QUE SE TIENE EN ELLA

Conviene comenzar por aquí. Una revisión publicada en el *Bone & Joint Journal* concluyó que sigue habiendo **evidencia limitada** para orientar el tratamiento de la contractura de Dupuytren; asimismo, señaló que la aponeurotomía percutánea con aguja tiende a generar mayor satisfacción en los pacientes y menos eventos adversos [1].

Esto debería moderar cualquier recomendación contundente que se le haga. Esta afección es frecuente, los tratamientos son de larga data, y en gran medida no se han realizado los ensayos comparativos que podrían resolver la cuestión.

¿QUÉ APORTA REALMENTE LA COLAGENASA?

La inyección de colagenasa, que disuelve el cordón en lugar de cortarlo, modificó rápidamente la práctica clínica.
Un análisis de **2,675** pacientes demostró que es segura y eficaz para mejorar la función de la mano; la mayoría de los efectos adversos fueron leves y se resolvieron por sí solos [2].

Ese mismo estudio aporta la cifra clave para establecer expectativas: el **23%** de las articulaciones tratadas con éxito volvieron a presentar síntomas posteriormente [2]. En este caso, la recurrencia no constituye un fracaso terapéutico; simplemente refleja la evolución natural de la enfermedad. La enfermedad de Dupuytren es un proceso biológico que ocurre en la palma de la mano; actualmente no existe ningún tratamiento capaz de detenerlo, sino que todos se limitan a actuar sobre el cordón ya formado.

COMPARACIÓN HONESTA DE LOS RIESGOS

La diferencia entre la cirugía y el tratamiento no es que uno sea seguro y el otro no, sino que presentan tipos distintos de complicaciones. Al comparar el uso de colagenasa frente a la fasciectomía en **8,809** pacientes, se observaron efectos adversos asociados a la colagenasa —pero no reportados tras la fasciectomía— como edema periférico, dolor en las extremidades y reacciones en el sitio de inyección [3].

Lea esto con atención: se trata de problemas *adicionales*, y en su mayoría son transitorios y localizados. Lo que la inyección evita es una herida quirúrgica en la palma, con un periodo de recuperación más largo, mayor riesgo de rigidez y formación de cicatrices. A cambio, la cirugía permite una extirpación más completa del tejido afectado y, por lo general, un intervalo más prolongado antes de que la enfermedad reaparezca.

Por lo tanto, la decisión debe ser estrictamente personal. Un paciente que no puede permitirse estar varias semanas con la mano limitada en su uso tiene motivos de peso para optar por la inyección, aun sabiendo que la recurrencia es más probable. En cambio, un paciente joven con una enfermedad agresiva podría aceptar razonablemente una intervención mayor una sola vez, en lugar de someterse a varias operaciones menores.

LA PRÁCTICA CLÍNICA EVOLUCIONÓ ANTES DE QUE EXISTIERAN PRUEBAS CONCLUYENTES

Desde la introducción de la colagenasa y en los años posteriores, su uso aumentó considerablemente en los Estados Unidos; al mismo tiempo, disminuyó la proporción de pacientes sometidos a fasciotomía y fasciectomía. La edad del paciente y sus comorbilidades influyen en la elección del tratamiento [4].

Este contexto resulta útil cuando un médico le indica cuál es el "procedimiento habitual". Sin embargo, lo que se considera habitual ha cambiado notablemente en el transcurso de una década, pese a que, según las revisiones mencionadas, las pruebas científicas al respecto son limitadas. Por ello, es importante preguntar por qué se recomienda una opción concreta para usted, en lugar de asumir que la práctica actual refleja conocimientos científicos ya consolidados.

REFERENCIAS

[1] Soreide E, Murad MH, Denbeigh JM, Lewallen EA, Dudakovic A, Nordsletten L, et al. Tratamiento de la contractura de Dupuytren: una revisión sistemática. Bone Joint J. 2018;100-B(9):1138-45. https://doi.org/10.1302/0301-620X.100B9.BJJ-2017-1194.R2

[2] Sandler AB, Scanaliato JP, Dennis T, Gonzalez Trevizo GA, Raiciulescu S, Nesti L, et al. Tratamiento de la contractura de Dupuytren con colagenasa: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2021;17(5):815-24. https://doi.org/10.1177/1558944720974119

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[3] Peimer CA, Wilbrand S, Gerber RA, Chapman D, Szczypa PP. Seguridad y tolerabilidad de la colagenasa Clostridium histolyticum y la fasciectomía para la contractura de Dupuytren. J Hand Surg Eur Vol. 2014;40(2):141-9. https://doi.org/10.1177/1753193414528843

[4] Lipman MD, Carstensen SE, Deal DN. Tendencias en el tratamiento de la enfermedad de Dupuytren en los Estados Unidos entre 2007 y 2014. Hand (N Y). 2016;12(1):13-20. https://doi.org/10.1177/1558944716647101

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au