

PATIENT INFORMATION

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 comienza con un engrosamiento en la palma de la mano. Es posible que note un pequeño bulto o nódulo cerca de la base de un dedo, con mayor frecuencia el anular o el meñique. Este engrosamiento puede sentirse como un cordón o banda bajo la piel. Muchas personas presentan este engrosamiento durante años sin que cause ningún problema.

Con el tiempo, ese cordón puede tensarse y tirar de uno o más dedos hacia la palma; esto se conoce como contractura. Es posible que le resulte difícil mantener la mano plana sobre una mesa. Las tareas cotidianas pueden volverse complicadas: dar la mano, ponerse guantes, agarrar el volante o meter la mano en un bolsillo. Por lo general, la enfermedad en sí no es dolorosa; sin embargo, el dedo doblado puede interferir con el funcionamiento normal de la mano.

Estos cambios suelen aparecer de forma gradual; el ritmo varía según cada persona. En algunos, el engrosamiento permanece igual durante décadas; en otros, los dedos se curvan progresivamente a lo largo de meses o años. No existe un patrón único, por lo que es difícil predecir cómo evolucionará su caso.

La principal razón por la que las personas buscan tratamiento es la posibilidad de recuperar la funcionalidad de la mano. Si un dedo empieza a doblarse y su mano ya no responde como usted desea, merece la pena hablarlo con su cirujano.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Debajo de la piel de la palma de la mano existe una capa de tejido resistente llamada fascia palmar. Puede imaginarse como una red de bandas flexibles que anclan la piel de la palma y facilitan el movimiento fluido de

los dedos. En la enfermedad de Dupuytren, este tejido comienza a engrosarse y a tensarse. Primero se forman pequeños nudos; luego, una cuerda firme se desarrolla a lo largo de uno o varios dedos.

Esta cuerda está compuesta por el mismo tipo de células que forman el tejido cicatricial, pero siguen activas mucho después de que deberían detenerse. Estas células depositan fibras adicionales, y la cuerda se acorta gradualmente. A medida que se acorta, tira del dedo hacia la palma. Por eso el dedo se curva y resulta difícil mantener la mano plana. El problema radica en la palma, no en la propia articulación.

El engrosamiento suele iniciarse en la capa superficial de esta red, cerca de la piel; por eso es posible palparlo. Las cuerdas que con mayor frecuencia causan problemas se dirigen hacia el dedo anular y el meñique. Cuando una cuerda se tensa, también puede atraer hacia sí los nervios y vasos sanguíneos cercanos, desplazándolos de su posición habitual. Su cirujano tiene esto en cuenta al planificar cualquier tratamiento.

Si un dedo permanece doblado durante mucho tiempo, otras partes del dedo también pueden verse afectadas. Los tejidos encargados de estirar el dedo pueden debilitarse y perder su equilibrio, lo que hace que el dedo adopte una posición o movimiento distintos incluso después de liberar la cuerda. Este es uno de los motivos por los cuales el tratamiento temprano suele ser más sencillo.

La causa exacta aún no se comprende del todo. Los genes desempeñan un papel importante; por eso esta afección puede ser hereditaria. En algunas personas, el esfuerzo repetido o una lesión en la palma también podrían contribuir. Sea cual sea el desencadenante, el proceso es siempre el mismo: la red natural de tejido de la palma se transforma en una cuerda tensa que dobla los dedos.

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 primera visita, tomamos un historial clínico detallado y examinamos su mano. La enfermedad de Dupuytren se diagnostica mediante este examen, no mediante estudios por imagen o análisis de sangre; por eso rara vez necesitamos estudios de imagen para confirmarla.

En casos de engrosamiento leve que aún no está tirando de un dedo hacia abajo, a menudo recomendamos simplemente observar la evolución. La terapia ocupacional o la fisioterapia pueden ayudar a mantener los dedos en movimiento y la mano funcional mientras la enfermedad permanece estable. Si el cordón contractural comienza a tensarse, el tratamiento temprano suele ser más sencillo, ya que un dedo que ha permanecido doblado durante mucho tiempo es más difícil de enderezar.

Existen varias opciones de tratamiento para la enfermedad de Dupuytren; analizaremos cuál se adapta mejor a su mano. Una de ellas es la liberación con aguja, en la que se utiliza una aguja para cortar el cordón contractural a través de la piel. Se realiza bajo anestesia local, que adormece la zona mientras el paciente permanece despierto. Por lo general, no requiere terapia ocupacional posterior. Otra opción es la inyección de colagenasa, una enzima que se inyecta en el cordón para debilitarlo y permitir el enderezamiento del dedo. En casos donde

el cordón afecta principalmente la articulación metacarpofalángica, tanto la liberación con aguja como la inyección de colagenasa arrojan resultados similares a los 3 meses y al año.

La cirugía suele considerarse cuando la articulación metacarpofalángica de un dedo está doblada 30° o más, o cuando la articulación intermedio-falángica presenta algún grado de flexión. La intervención más habitual es la fasciectomía, que consiste en extirpar el cordón contractural de la palma y el dedo. Es el tratamiento más fiable para enderezar el dedo, aunque conlleva riesgos reales de complicaciones que discutiremos con usted. Algunas cirugías pueden realizarse bajo anestesia local sin necesidad de torniquete en el brazo, y muchas son procedimientos ambulatorios, es decir, el paciente regresa a casa el mismo día. La decisión quirúrgica es compartida: examinaremos su mano, le explicaremos las opciones y decidiremos conjuntamente el tratamiento que mejor se adapte a su mano y a sus objetivos.

Qué esperar

La enfermedad de Dupuytren se comporta de manera distinta en cada persona. En algunos casos, los engrosamientos permanecen estables durante años; en otros, se tensan gradualmente y hacen que el dedo se doble hacia abajo. No existe un patrón único, por lo que es difícil predecir cómo evolucionará en cada caso.

Si un dedo ya ha comenzado a curvarse, rara vez vuelve a enderezarse por sí solo. Dejarlo sin tratar suele significar que la deformidad se mantiene o empeora lentamente. El objetivo del tratamiento es enderezar el dedo y recuperar la funcionalidad de la mano. La mayoría de las personas que reciben tratamiento experimentan una mejora real en el funcionamiento de su mano; la cirugía logra una corrección total o casi total en el 75 % de los casos.

Hay que ser honestos: la enfermedad de Dupuytren puede reaparecer. La recurrencia tras el tratamiento es frecuente, y la probabilidad depende del tipo de tratamiento elegido y de qué articulaciones estén afectadas. Algunos tratamientos conllevan un mayor riesgo de necesitar otro procedimiento posterior. Si un dedo vuelve a curvarse tras una liberación con aguja, esto suele ocurrir relativamente pronto, no años después. Es posible repetir el tratamiento, y volver a enderezar un dedo que se haya doblado nuevamente suele dar buenos resultados.

La recuperación varía según el procedimiento realizado. La liberación con aguja es la opción menos invasiva; se puede volver a usar la mano poco después. Las inyecciones o la cirugía requieren más tiempo; durante varias semanas la mano puede sentirse rígida y sensible. La terapia de la mano ayuda a recuperar la movilidad. Con el paso de los meses, la mayoría de las personas observan que tareas que antes resultaban difíciles, como mantener la mano plana o agarrar objetos, vuelven a ser sencillas.

Hay algunos aspectos que conviene conocer de antemano. La articulación media de un dedo que ha estado doblado durante mucho tiempo puede no enderezarse por completo, incluso tras la cirugía. En las mujeres, esa articulación suele presentar mayor grado de flexión desde el inicio; no obstante, los resultados globales son muy similares a los de los hombres. Su cirujano examinará su mano y le dará una idea más clara de hasta qué punto es posible enderezarla.

¿Cuándo consultar a un especialista?

En la mayoría de los pacientes con enfermedad de Dupuytren, el tiempo juega a su favor. No se trata de una emergencia, y los cambios se producen de forma gradual. Algunas áreas de engrosamiento en la palma nunca se tensan y no causan problemas durante 20 o 30 años. Acuda a su médico de cabecera si nota un bulto o una cuerda en la palma, o si un dedo empieza a curvarse y su mano no responde como debería. Solicite una evaluación con un especialista si un dedo no puede quedar plano sobre una mesa, o si tareas cotidianas como agarrar objetos, estrechar la mano o ponerse guantes se vuelven difíciles. La posibilidad de recuperar la funcionalidad de la mano es el motivo principal por el que las personas buscan tratamiento; cuanto antes se realice la evaluación, más sencillas suelen ser las opciones terapéuticas.

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 fasciectomy– 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 fasciectomy. 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>
- [3] Peimer CA, Wilbrand S, Gerber RA, Chapman D, Szczypa PP. Seguridad y tolerabilidad de la colagenasa *Clostridium histolyticum* y la fasciectomy 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>