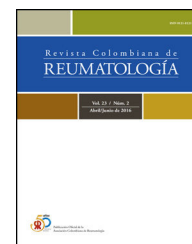




Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Informe de caso

Contractura de Dupuytren. Estudio de 33 casos en Colombia



Juan Esteban Henao Ruiz*, Daniela Ospina Vargas, Diego Alejandro Idarraga López, Diego Arturo García Ospina y Mario Andrés Quintana Duque

Facultad de Medicina, Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Pereira, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de agosto de 2017

Aceptado el 13 de diciembre de 2017

On-line el 26 de marzo de 2018

Palabras clave:

Contractura de Dupuytren

Fibromatosis palmar

Miofibroblastos

R E S U M E N

Objetivo: Describir el comportamiento clínico y epidemiológico de la contractura de Dupuytren (CD) en la población colombiana y comparar nuestros resultados con otras series publicadas en la literatura.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional de 33 casos de CD presentados en el hospital San Pedro y San Pablo de la Virginia, Risaralda, durante los últimos 6 años. Los pacientes cumplieron con el diagnóstico de CD de acuerdo con el parámetro establecido. Se compararon los resultados con diferentes series de casos de CD publicadas en la literatura. **Resultados:** La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 61,3 años con mayor prevalencia en hombres (64% de los casos). La forma de presentación más frecuente fue unilateral en mano derecha (73%), a diferencia de lo reportado en otras series, donde el compromiso usualmente fue bilateral. La diabetes mellitus fue la comorbilidad con mayor asociación a la CD (24,24%), hallazgo similar a lo publicado previamente. La mayoría de los pacientes requirió tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La CD es una entidad de mayor ocurrencia en hombres de la sexta a la séptima década de la vida. La diabetes mellitus es la enfermedad que más se asocia a su aparición, sin encontrarse diferencias entre los estudios realizados. En población colombiana no hay relación aparente con epilepsia. La presentación de la CD es variable, encontrándose en nuestra serie un mayor compromiso unilateral a diferencia de otras poblaciones donde la presentación usualmente es bilateral.

© 2018 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Dupuytren's contracture. Study of 33 cases in Colombia

A B S T R A C T

Objective: To describe the clinical and epidemiological behaviour of Dupuytren contracture (DC) in the Colombian population, and to compare the results of this study with other series found in the literature.

Keywords:

Dupuytren's contracture

Palmar fibromatosis

Myofibroblasts

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanes.soccer@hotmail.com (J.E. Henao Ruiz).

<https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.12.002>

0121-8123/© 2018 Asociación Colombiana de Reumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Materials and methods: A descriptive, observational study of 33 cases of DC presented at the Hospital San Pedro and San Pablo, La Virginia Risaralda, during the last 6 years. The patients were diagnosed with DC according to the established parameter. The results were compared with different series of DC cases published in the literature.

Results: The mean age at diagnosis was 61.3 years, with a higher prevalence in men (64% of cases). The most frequent form of presentation was unilateral in the right hand (73%), unlike in other series, where there was usually bilateral involvement. Diabetes mellitus was the comorbidity with higher association to DC (24.24%), a finding similar to that previously published. Most patients required surgical treatment.

Conclusions: DC is a condition that occurs more often in men in the sixth or seventh decade of life. Diabetes mellitus is the disease that is most associated with its appearance, with no differences being found between studies. In the Colombian population there is no apparent association with epilepsy. The presentation of the DC is variable, being more unilateral involvement in our series than in other populations, where the presentation is usually bilateral.

© 2018 Asociación Colombiana de Reumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las primeras descripciones de la contractura de Dupuytren (CD) se remontan a los siglos XII y XIII con relatos de curaciones milagrosas de la enfermedad a cargo de un sacerdote¹. En 1614, el médico Suizo Félix Plater realiza las primeras observaciones sobre la etiología de este fenómeno, atribuyéndole un origen traumático². Posteriormente, Henry Cline, un cirujano reconocido de la época, aporta nueva información de la CD y realiza algunos procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, no fue hasta 1831 que el cirujano Guillaume Dupuytren³ describe formalmente la enfermedad y realiza la primera fasciotomía abierta.

La CD es una enfermedad de carácter fibroproliferativo que compromete la aponeurosis palmar y los dedos de la mano, produciendo una contractura en flexión de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, viéndose afectado con mayor frecuencia el anular y el meñique⁴. La lesión patognomónica de la CD son nódulos situados en las bandas de la aponeurosis palmar, que al progresar la enfermedad se vuelven cordones los cuales ocasionan la flexión continua del dedo afectado. La CD tiene predilección por la mano derecha, afectándola en el 60% de los casos².

La prevalencia de la enfermedad se estima entre 2-42%, dependiendo de la población evaluada⁵. Se ha descrito CD en todos los grupos raciales, aunque la mayor prevalencia ha sido reportada en Escocia, Islandia, Noruega y Australia⁶. Si bien la etiología de la enfermedad no está claramente establecida, varias asociaciones con enfermedades metabólicas como diabetes e hipotiroidismo, trauma, consumo de alcohol y cigarrillo e incluso epilepsia, se han reproducido en estudios observacionales. De manera global la CD es más frecuente en el género masculino, aunque la prevalencia varía en relación con la edad, teniendo mayor ocurrencia en hombres entre los 40 y los 60 años, lo cual cambia una década después a partir de los 70 años, presentándose con mayor frecuencia en mujeres⁷.

Según Luck la CD se clasifica en 4 fases evolutivas:

- 1) Fase temprana o precoz: donde la lesión patognomónica es un nódulo indoloro e insensible a nivel del pliegue palmar distal. Hay engrosamiento y nodularidad de la fascia, con predominancia del colágeno tipo III.
- 2) Fase activa o proliferativa: inicia la contracción, el primer signo es la palpación de una cuerda proximal al nódulo. Se adhiere la piel a la fascia y hay presencia de colágeno tipo III y V, pero con predominio de miofibroblastos.
- 3) Fase avanzada o de involución: desaparición de los nódulos y producción de la contractura articular a nivel de la articulación metacarpofalángica e interfalángica proximal, con hiperextensión de la articulación interfalángica distal y la formación de cuerdas y bandas firmes similares al tendón.
- 4) Fase residual: solo existen bandas fibrosas retraídas⁸.

En este estudio presentamos 33 casos de CD, y se compara el comportamiento de la enfermedad en nuestro medio con el de otras poblaciones. Este artículo se constituye en la serie de casos más grande que se ha publicado en Colombia sobre CD.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo observacional, en el cual se revisaron 33 casos de CD que fueron diagnosticados en la Virginia (Risaralda) desde enero de 2010 hasta octubre de 2016. Se realizó una revisión detallada de las historias clínicas, incluyéndose todos los pacientes con diagnóstico de CD confirmado. Se excluyeron aquellos pacientes con poca claridad en el diagnóstico.

Realizamos una revisión de casos publicados de CD hasta 2016 usando los buscadores PUBMED y SCIELO. Artículos que incluyeron a 5 pacientes o más fueron analizados y comparados con la serie colombiana.

Tabla 1 – Características generales de los 33 pacientes con CD

Datos personales		n
Sexo	Mujeres (36%) Hombres (64%)	Mujeres (12) Hombres (21)
Edad media al diagnóstico	61,3 años	23-92 años
Antecedentes personales		
Diabetes mellitus	24,24%	8
EPOC	24,24%	8
Hipertensión arterial	33,33%	11
Microcálculos en vesícula biliar	3,03%	1
Cardiomiopatía	3,03%	1
Insuficiencia renal crónica	3,03%	1
Dislipidemia	12,12%	4
Parkinson	3,03%	1
Hipotiroidismo	3,03%	1
Asma	3,03%	1
Cáncer	3,03%	1
Trastorno psiquiátrico	3,03%	1
Obesidad	3,03%	1
Alcoholismo	3,03%	1
Tabaquismo	9,09%	3
Presentación clínica		
Unilateral	72,72%	24
Bilateral	15,15%	5
Contractura de la fascia palmar	51,51%	17
Mixta	6,06%	2
Nódulos	15,15%	5
Fibrosis	9,09%	3
Operados	15,15%	5
Sin especificar	6,06%	2

Resultados

Se encontraron 33 pacientes con CD, en su mayoría hombres ($n=21$). La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 61,3 años (intervalo de 23-92). La forma de presentación descrita en la historia clínica fue nódulos y bandas fibrosas (mixta) ($n=2$), contractura ($n=17$), solo nódulos ($n=5$), solo fibrosis ($n=3$), sin especificar en la historia clínica ($n=2$) y ya operados ($n=5$), los cuales en su mayoría referían tumefacción y limitación funcional (tabla 1).

El compromiso inicial de la CD fue más frecuentemente unilateral (72,7%), con predominio de la mano derecha (58,3%) sobre la mano izquierda (41,6%). Los demás pacientes presentaron la enfermedad de manera bilateral.

Respecto a las comorbilidades, registramos 11 pacientes con hipertensión arterial, correspondiente al 33,3% de los casos; 8 pacientes con diabetes mellitus (DM) (24,24%), 8 pacientes con EPOC (24,24%), alcoholismo (3,03%) y tabaquismo (9,09%). Los 2 pacientes más jóvenes de nuestra serie, con 23 y 24 años respectivamente, fueron mujeres con antecedente de diabetes. Los medicamentos más

consumidos fueron los antihipertensivos, hipolipemiantes y antidiabéticos.

La gran mayoría de los pacientes ($n=16$) fueron remitidos a tratamiento quirúrgico por tenólisis o fasciotomía una vez evaluado el grado de afectación.

Al comparar esta serie con otras publicadas se evidencia que, aunque las características demográficas y comorbilidades asociadas con la CD son similares, la forma de presentación en nuestra población es diferente, observándose con mayor frecuencia un compromiso unilateral (tabla 2).

Discusión

Al tratarse de una enfermedad poco frecuente, no existen muchas series publicadas sobre CD en la literatura médica. Parece haber unanimidad sobre la mayor prevalencia de la enfermedad en población caucásica del norte de Europa, aunque la información en otros grupos étnicos es escasa. En cuanto al género, la enfermedad es más frecuente en varones como lo evidencian Couto González et al.⁹, reportando que en el 85,9% de los casos fueron hombres, lo cual es similar a lo observado en esta serie colombiana, donde el 64% de los casos son de género masculino (fig. 1).

La edad media de presentación en este estudio fue 61,3 (± 15) años, siendo equiparable con la edad promedio encontrada por Overbeek et al. en su serie holandesa (62 ± 12 años). Teniendo en cuenta que la CD es una enfermedad de mayor ocurrencia en la sexta y séptima década de la vida, nos parece significativo resaltar el hallazgo en nuestra serie de 2 pacientes de género femenino de 23 y 24 años con antecedentes de diabetes; lo cual indica que la aparición a temprana edad podría estar relacionada con enfermedad metabólica.

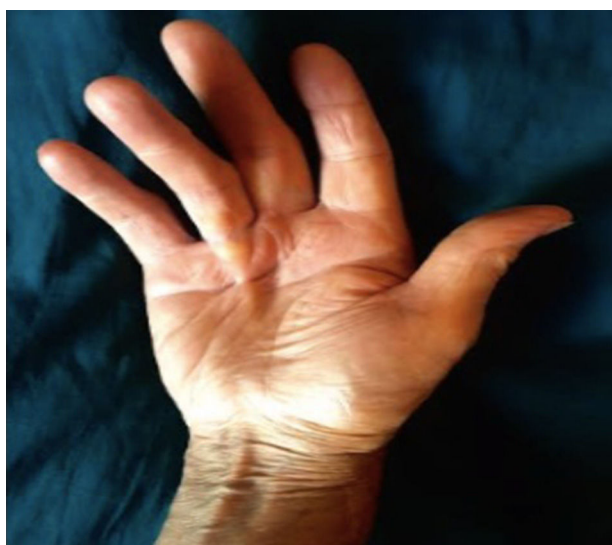
La presentación con nódulos o bandas fibrosas difiere según el estadio evolutivo de la enfermedad en el cual se encuentra el paciente. Respecto al compromiso inicial, llama la atención las diferencias observadas en nuestra serie respecto a lo descrito previamente. El compromiso unilateral (72,7%) fue el más prevalente, discrepando de otras series, principalmente europeas, donde la mayoría de los pacientes comenzaron con la CD en ambas manos (fig. 2). Este comportamiento agresivo de la enfermedad con mayor limitación funcional en población caucásica reflejaría diferencias desde el punto de vista genético y medioambiental en su génesis.

Se han descrito múltiples factores de riesgo asociados a CD como el alcoholismo, tabaquismo, traumas, DM, dislipidemia, epilepsia y VIH. Casi todas las series coinciden en que las enfermedades que más se asocian con la CD son la DM, la dislipidemia y la epilepsia.

En DM se produce por alteración en el metabolismo del tejido conectivo, con aumento en los enlaces cruzados intramoleculares e intermoleculares de colágeno, los cuales disminuyen su solubilidad e incrementan su resistencia a las colagenasas. Esos cambios moleculares son la consecuencia de la glucosilación del colágeno produciendo su acumulación en el tejido conectivo, en este caso en la aponeurosis palmar¹⁰. La prevalencia de diabéticos en nuestra serie fue

Tabla 2 – Comparación de características en pacientes con CD en diferentes series

Estudio	Loos et al. ⁷	Couto González et al. ⁹	Zerajic y Finsen ¹⁴	Grenfell y Borg ¹⁵	Sood et al. ¹⁶	Overbeek et al. ¹⁷	Nuestro
País	Alemania	España	Noruega	Australia	EE. UU	Holanda	Colombia
Año	2007	2010	2004	2014	2014	2011	2016
Bilateral	50,32% (1.469)	NR	NR	33,33% (1)	43,8% (7)	NR	15% (5)
Mano derecha	28,57% (834)	NR	NR	33,33% (1)	25,0 (4)	NR	42,42% (14)
Mano izquierda	21,10% (616)	NR	NR	33,33% (1)	31,3 (5)	NR	30,30% (10)
							No especificado: 12,12% (4)
% varones	88,35% (2.579)	85,9% (158)	69,38% (213)	NR	NR	76% (2.297)	64% (21)
% mujeres	11,64% (340)	14,1% (26)	30,61% (94)	NR	NR	24% (743)	36% (12)
Media de edad	57,62 años hombres y 62,62 años mujeres	60,51 años	NR	NR	NR	62 ± 12 años	61,30 años
% diabéticos	10,5% (306)	28,8% (8)	69% (92 hombres) 57% (64 mujeres)	NR	NR	11% (323)	24,24% (8)

**Figura 1 – Banda fibrosa con CD en cuarto metacarpiano de mano derecha.**

del 24,4%, lo cual es elevado, teniendo en cuenta que la prevalencia de diabetes en población colombiana se estima en el 8%¹¹. Por otro lado, si bien se encontró que 11 pacientes (33%) tenían hipertensión arterial, no se puede afirmar que haya plausibilidad biológica ni causal de esta enfermedad con la CD.

En la presente serie de casos no se encontraron pacientes con epilepsia. Previamente se ha descrito una relación con CD, aunque cuando se han hecho análisis más precisos realmente la predisposición se asocia al tratamiento con barbitúricos. El fenobarbital tiene un efecto profibrótico, de carácter tiempo y dosis-dependiente¹². Couto González et al.⁹ en su serie de 184 pacientes tan solo encontraron una prevalencia de epilepsia del 1,6%.

Otro factor de riesgo descrito previamente para CD es el alcoholismo, encontrándose una relación dosis-dependiente.

Descatha et al. demostraron que la severidad de la CD depende de la dosis de alcohol que consume el paciente, de tal manera que los bebedores pesados (consumidores de más de 3 vasos de cualquier bebida al día) tienen mayor probabilidad de desarrollar CD y requerir tratamiento quirúrgico¹³. En nuestra serie encontramos solo un (3,03%) paciente alcohólico, aunque teniendo en cuenta el pequeño tamaño de la muestra no se pueden descartar asociaciones significativas en nuestra población.

Debido a la escasa información sobre la ocurrencia de esta enfermedad en nuestro país, decidimos realizar este reporte de casos, con el propósito de mostrar el espectro clínico en pacientes colombianos. Creemos que esta contribución es importante, ya que, aunque se trata de una enfermedad poco frecuente, es causa de limitación funcional significativa, cuando el diagnóstico no se realiza de manera oportuna y el tratamiento no es el adecuado. Esta serie nos brinda una mejor visión epidemiológica acerca de la forma de aparición de la enfermedad según el tipo de población afectada y permite comparar su comportamiento con otras poblaciones. Se requieren a futuro más estudios que analicen cuáles son los factores genéticos, medioambientales e inmunológicos que expliquen las diferencias en el comportamiento de la enfermedad entre los diferentes grupos étnicos.

Conclusión

La CD es una entidad de mayor ocurrencia en hombres de la sexta a séptima década de la vida. La DM es la enfermedad que más se asocia a su aparición, sin encontrarse diferencias entre los estudios realizados. En población colombiana no hay relación aparente con epilepsia. La presentación de la CD es variable, encontrándose en nuestra serie un mayor compromiso unilateral a diferencia de otras poblaciones donde la presentación usualmente es bilateral. Las diferencias encontradas probablemente son el reflejo de un diferente sustrato genético, inmunológico y ambiental.

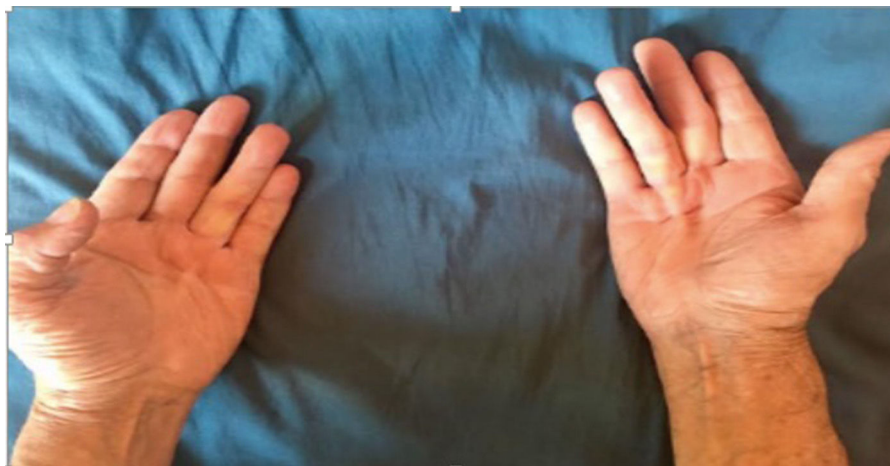


Figura 2 – CD bilateral, banda fibrosa a nivel del cuarto metacarpiano.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflicto de intereses

Agradecimientos

Agradecemos al hospital San Pedro y San Pablo de la Virginia, Risaralda, el permitirnos el ingreso a la base de datos de historias clínicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández JM, Galindo JC, Luna A. Enfermedad de Dupuytren. *An Med*. 2004;49:117.
2. Wagner P, Román JA, Vergara J. Enfermedad de Dupuytren: revisión. *Rev Med Chile*. 2012;140:1185–6.
3. Shaw R, Chong AKS, Zhang A, Hentz VR, Chang J. Dupuytren's disease: History, diagnosis, and treatment. *Plast Reconstr Surg*. 2007;120:44e–54e.
4. Yeh CC, Huang KF, Ho CH, Chen KT, Liu C, Wang JJ, et al. Epidemiological profile of Dupuytren's disease in Taiwan (Ethnic Chinese): A nationwide population-based study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2015;16:20.
5. Townley WA, Baker R, Sheppard N, Grobbelaar AO. Dupuytren's contracture unfolded. *BMJ*. 2006;332:397–400.
6. Trojian TH, Chu SM. Dupuytren's disease: Diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2007;76:86–9.
7. Loos B, Puschkin VE, Horch R. 50 years experience with Dupuytren's contracture in the Erlangen University Hospital – A retrospective analysis of 2919 operate hands from 1956 to 2006. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8:60 (figure 1).
8. Badilla-Mora J, Pastor-Pacheco L, Zayas-Bazán Mora J. Enfermedad de Dupuytren. *Acta Méd. Costarric*. 2004; 46 (cuadro 1) [consultado 20 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S0001-60022004000400005&lng=en>.
9. Couto González I, Máiz Bescansa J, Taboada Suárez A, Brea García B, González Álvarez E. Enfermedad de Dupuytren en una población del noroeste de España: hallazgos clínicos en 184 pacientes. *Cir. Plást. Iberolatinoam*. 2010;36:149–51.
10. Quintana-Duque MA, Iglesias A. Dolor muscular asociado a enfermedad metabólica en dolor musculoesquelético. *Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor*. 2010: 235–46.
11. Escobedo J, Buitrón LV, Velasco MF, Ramírez JC, Hernández R, Macchia A, et al. High prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in urban Latin America: the CARMELA Study. *Diabet Med*. 2009;26:864–71.
12. Tripoli M, Cordova A, Moschella F. Dupuytren's contracture as result of prolonged administration of phenobarbital. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2011;15:299–302.
13. Descatha A, Carton M, Mediouni Z, Dumontier C, Roquelaure Y, Goldberg M, et al. Association among work exposure, alcohol intake, smoking and Dupuytren's disease in a large cohort study. *BMJ Open*. 2013;4:2–4.
14. Zerajic D, Finsen V. Dupuytren's disease in Bosnia and Herzegovina. An epidemiological study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2004;5:2–3.
15. Grenfell S, Borg M. Radiotherapy in fascial fibromatosis: A case series, literature review and considerations for treatment of early-stage disease. *J Med Imaging Radiat Oncol*. 2014;58:643.
16. Sood A, Therratil PJ, Paik AM, Simpson MF, Lee ES. Treatment of Dupuytren disease with injectable collagenase in a veteran population: A case series at the Department of Veterans Affairs New Jersey Health Care System. *ePlasty*. 2014;14:100.
17. Overbeek JA, Beest FP, Heintjes EM, Gerber RA, Cappelleri JC, Hovius SE, et al. Dupuytren's contracture: A retrospective database analysis to determine hospitalizations in the Netherlands. *BMC Res Notes*. 2011;4:402.