

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN EN LOS REBARBADORES DE UNA FUNDICION

J. M.^a Cisnal Gredilla
Médico del INSHT
CNNT Madrid

Natividad Chicano Javega
ATS del INSHT
CNNT Madrid

INTRODUCCION

La enfermedad de Dupuytren es conocida desde 1832, cuando el barón Guillaume Dupuytren la describe demostrando que la contractura en flexión de los dedos de la mano se debía a una hipertrofia y retracción de la aponeurosis palmar, aunque anteriormente ya era conocida desde 1614 con el nombre de *digiti astricti*, habiendo sido descrita por Plater.

Siendo una enfermedad conocida desde hace largo tiempo, sigue existiendo gran controversia sobre su etiopatogenia, habiendo varias teorías sobre ella, desde el propio Dupuytren, que consideró que era un proceso inflamatorio crónico, pasando por Horwit, que la define como una fibroplasia benigna de los tejidos conjuntivos de la mano; Clay, que la cataloga como un fibroma celular de la fascia palmar, hasta Skook, que es el primero que afirma que las lesiones anatómicas que se observan son debidas a un proceso degenerativo desencadenado por pequeñas rupturas de la aponeurosis palmar producidas por microtraumatismos, siendo hoy en día esta teoría la más aceptada, al tiempo que explica la mayor incidencia de esta enfermedad en trabajadores que sufren agresiones microtraumáticas en sus manos, como posteriormente demostraremos en nuestro estudio.

La dificultad en demostrar su etiología, de origen laboral o no, ha llegado al punto que sólo en Bulgaria y la URSS sea considerada enfermedad profesional como tal, quedando en el resto de Europa englobada sólo dentro de un grupo de enfermedades que pueden ser producidas por herra-

mientas vibratorias, como ocurre en España (Cuadro de Enfermedades Profesionales. Decreto 12 de mayo de 1978, núm. 1.995-78. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social), olvidándose de otros trabajos que no entran en el grupo citado, ya que esta enfermedad puede ser también producida por un roce continuo sin necesidad de utilizar una herramienta vibratoria, puesto que el roce es causa también de microtraumatismos, como ocurre con jardineros, marineros, etc.

Por otro lado, existen otros factores que pueden tener su importancia en el desencadenamiento de esta enfermedad, como puede ser la predisposición familiar (según la bibliografía estudiada, la frecuencia familiar es mayor del 50%), su aparición en cirróticos alcohólicos, alteraciones endocrinas como la diabetes, hipotiroidismo, hiperlipoproteinemia tipo II o familiar y su asociación con el Síndrome de Raynaud, como ha ocurrido en los casos que hemos estudiado.

La lesión se inicia de forma insidiosa en la aponeurosis palmar, apareciendo nódulos fibrosos, duros y de aspecto nacarado, de los que nacen extensas cuerdas fibrosas que se pro-

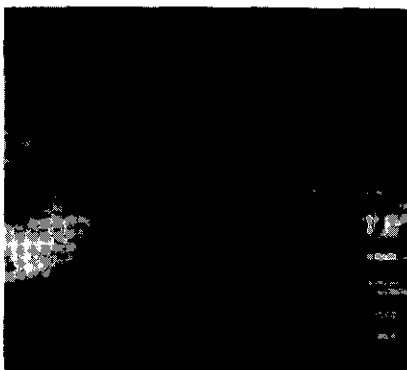
longan hacia los dedos, dando lugar a su retracción en flexión. La piel poco a poco se va fibrosando y se adhiere a la aponeurosis, adoptando un aspecto calloso.

La instauración de la enfermedad se produce de forma lenta y siempre indolora, afectándose con mayor frecuencia los dedos quinto y cuarto, aunque también puede aparecer en los demás, como ocurre en uno de los casos estudiados por nosotros, donde la lesión no sólo es bilateral sino que en la mano derecha se afectan el quinto, cuarto y primer dedo, siendo esta localización uno de los casos más raros encontrados.

Con el paso del tiempo los dedos van retrayéndose en flexión, afectándose en principio y siempre con más intensidad la articulación metacarpo-falángica, y más tardíamente y en menor intensidad las interfalángicas, dando como resultado la retracción en flexión irreducible que se ha llegado a llamar «mano apostólica», ocasionando al enfermo grandes dificultades para todo tipo de trabajo o movimiento.

La enfermedad aparece con mayor frecuencia en los hombres, pero si consideramos su origen profesional, es lógico que esto sea así, ya que la mujer se ha integrado con posterioridad al mundo laboral y la tarea por ellas realizada, generalmente no ha estado relacionada con trabajos que producen microtraumatismos que se transmiten a las manos.

Las diferentes formas de tratamiento que se han buscado no han dado los resultados óptimos que de ellas se pretendían, por lo que consideramos que son las medidas preventivas y de diagnóstico precoz las que se deben llevar a cabo de forma prioritaria, por



lo que nosotros proponemos al final de nuestro trabajo una serie de medidas preventivas que pueden influir en la reducción de la prevalencia de la enfermedad.

METODOLOGIA

Se estudió a los 22 trabajadores de la rebarba de una misma fundición, siendo todos ellos varones, buscando la existencia de la enfermedad de Dupuytren y su relación con alguno de los factores predisponentes o enfermedades asociadas. Para ello se realizó una historia clínica en la que se detallaron los siguientes datos:

- Edad.
- Antigüedad en el puesto de trabajo.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Hábito tabáquico.
- Ingesta de alcohol.
- Tensión arterial.
- Existencia de enfermedad de Dupuytren.
- Existencia del síndrome de Raynaud.
- Existencia de alguna enfermedad asociada.

mínimo de siete años y un máximo de veintidós, siendo 12 de ellas inferiores a la media y 10 superiores.

Antecedentes familiares

Dentro de los antecedentes familiares encontramos reseñable un único caso en el que existía un antecedente de diabetes en su madre, trabajador en el que no existía la enfermedad de Dupuytren, teniendo una edad de cuarenta y cinco años y una antigüedad de catorce, con antecedentes personales de hipercolesterinemia e hiperuricemia, con tensión arterial de 140/80 y una hipertriglicerinemias en el momento de realizar el análisis de 303 mg/dl.

Antecedentes personales

En este punto resultó ser reseñable la aparición de tres casos de hipercolesterinemia, teniendo dos de ellos igualmente antecedentes de hiperuricemia, pero en ninguno de los tres casos existía la enfermedad de Dupuytren.

Hábito tabáquico

Dividimos este aspecto en los cuatro grupos siguientes:

1. No fumadores.
2. Fumadores de menos de 10 cigarrillos diarios.
3. Fumadores entre 10 y 20 cigarrillos diarios.
4. Fumadores de más de 20 cigarrillos diarios.

Resultando un 22,72 % de no fumadores y el resto quedando distribuidos de la siguiente manera, con un mayor porcentaje de grandes fumadores. En el grupo 1.....5..... 22,72 %

En el grupo 2.....3..... 13,63 %
En el grupo 3.....5..... 22,72 %
En el grupo 4.....9..... 40,90 %

Al relacionar este factor con la enfermedad de Dupuytren encontramos que cada uno de los tres casos que padecían la enfermedad correspondía a un grupo diferente. Uno al primer grupo de no fumadores, que al tiempo era el que tenía mayor número de dedos afectados. Otro al tercer grupo, y un tercero al cuarto grupo, por lo que entendimos que no existía relación alguna entre la enfermedad y el hábito tabáquico.

Ingesta de alcohol

Este apartado se realizó dentro de la historia clínica como una pregunta más que el trabajador respondía diciéndonos la cantidad de licores, vinos y cervezas ingeridos al día, teniendo por tanto un valor relativo la veracidad de su respuesta, al tiempo que la prohibición por parte de la empresa de la ingesta de alcohol durante la jornada laboral, impedía de forma real su consumo.

Aun con estas características especiales, confesaron ser bebedores habituales 10 de ellos, que correspondía a un 45,45 %, y uno de ellos ser un gran bebedor, coincidiendo en este caso la asociación de la enfermedad de Dupuytren con el trabajador que ingería grandes cantidades de alcohol diariamente.

Tensión arterial

La tensión arterial media, medida con esfigmomanómetro de mercurio, fue de 128,41 mm de Hg de sistólica y de 81,59 de diastólica, quedando distribuidas según los siguientes cuadros.

TENSION SISTOLICA

↓ 128	128-146	147-159	160-180	↑ 180	
N.º casos	12	8	0	2	0

TENSION DIASTOLICA

↓ 84	84-89	90-104	105-114	↑ 114	
N.º casos	16	2	3	1	0

Existiendo por tanto dos hipertensos sistólicos que no padecían la enfermedad, y un hipertenso diastólico

moderado y tres con tensión media que tampoco padecían la enfermedad.

Edad

La edad media de los trabajadores estudiados resultó ser de 41,68 años, con una edad mínima de treinta y tres años y una máxima de cuarenta y nueve años, siendo nueve de ellos de edad inferior a la media y 13 superior.

Antigüedad

La antigüedad media en el puesto de trabajo fue de 14,40 años, con un

Existencia de enfermedad de Dupuytren

Encontramos que de los 22 trabajadores que teníamos en estudio, tres de ellos padecían la enfermedad. Uno de ellos nos llamó la atención por presentar la contractura no sólo en ambas manos, sino que, además, en la derecha ocupaba extrañamente el quinto y cuarto dedo, iniciándose en el tercero y con una gran afección en el primero, caso muy raro y no descrito en la bibliografía estudiada, siendo los otros casos unilaterales, un derecho y otro izquierdo.



Por otro lado, la antigüedad de los tres casos era de 16, 18 y 12 años, con una media de 15,33 años, habiendo empezado a notar los síntomas de la enfermedad, respectivamente, a los 13,13 y 8 años del comienzo de su actividad laboral en el puesto de rebarbador de la fundición, dándonos por tanto una antigüedad media de aparición de los signos observados por los propios pacientes de 11,33 años, dato que nosotros consideramos erróneo y superior al verdadero, ya que el inicio de la enfermedad es anterior, porque los trabajadores no objetivan ninguna sintomatología hasta que los signos de enfermedad son claros.

Existencia del síndrome de Raynaud

El síndrome de Raynaud es otra enfermedad en la que uno de los factores etiológicos principales o incluso el de mayor incidencia es el microtraumatismo, por lo que es lógico pensar la íntima relación existente entre las dos enfermedades. Así pues, en nues-

tro estudio, los tres trabajadores que padecían la enfermedad de Dupuytren referían sintomatología y signos que fueron diagnosticados de síndrome de Raynaud (que posteriormente comprobamos por pruebas de provocación).

La frecuencia de aparición de este síndrome entre los trabajadores estudiados fue significativamente superior a la de la enfermedad de Dupuytren, existiendo una frecuencia del 72,72 % y una prevalencia del 0,72, con una antigüedad media de aparición menor, de 6,35 años, que de igual modo debemos considerar inferior por las mismas razones aducidas en el punto anterior. Debido a lo dicho, consideramos como medida preventiva la permanencia en estos puestos de trabajo durante un período de tiempo no superior a los cinco años, adhiriéndonos a la recomendación dada por la OMS sobre las medidas preventivas a tomar, ante la posibilidad de padecer un síndrome de Raynaud.

Existencia de alguna enfermedad asociada

En este punto no llegamos a demostrar la existencia de ninguna enfermedad de las descritas en la bibliografía estudiada como asociada a la enfermedad de Dupuytren y si comprobamos que en el estudio analítico ninguno de los tres trabajadores que padecían la enfermedad sufrían ninguna alteración, presentándose en el resto la existencia de:

Hiperglucemias.....	4 casos
Hipercolesterinemias.....	3 casos
Hipertriglicerinemias.....	5 casos
Transaminasas elevadas.....	3 casos

Por lo que tampoco en este caso podemos llegar a relacionar la enfermedad de Dupuytren con ninguna otra enfermedad.

CONCLUSIONES

Según nuestro estudio, podemos llegar a la conclusión de que el factor etiológico de mayor importancia en la aparición de la enfermedad de Dupuytren es el microtraumatismo producido por la utilización de herramientas vibratorias y su transmisión directa a la mano de los trabajadores de la rebarba de una fundición, siendo la frecuencia de aparición de un 13,6 % y una prevalencia del 0,136,

definiéndonos así la proporción de la población estudiada que padece la enfermedad que, comparativamente con la proporción de la población general que padece la enfermedad, es lo suficientemente significativa (según la bibliografía consultada) como para poder determinar que la enfermedad de Dupuytren tiene una frecuencia de aparición significativamente mayor en los trabajadores de la rebarba de una fundición que en la población general, no expuesta a la vibración mano-brazo, siendo por tanto este factor laboral un desencadenante etiológico de primordial importancia, ya que en nuestro estudio no hemos encontrado ninguna relación significativa entre la enfermedad y el resto de los factores estudiados, salvo el caso en el que existía la ingesta de alcohol como factor asociado.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Debemos recalcar que las medidas preventivas que nosotros proponemos que se adopten son simples recomendaciones que hemos ido recogiendo de nuestro estudio y que, por tanto, suponemos que habrá quien no esté de acuerdo con ellas, pero sí consideramos que su aplicación podría reducir la aparición de la enfermedad de Dupuytren en un alto porcentaje.

La primera medida preventiva, siempre según nuestro criterio, debe ser el reconocimiento médico previo al ingreso en el puesto de trabajo, rechazando a todo aquel trabajador que presente ya una enfermedad de Dupuytren, o cualquiera de las enfermedades asociadas (Diabetes, Hipotiroidismo, Hiperlipoproteinemia familiar o tipo II, alcoholismo, etc.) o antecedentes familiares de enfermedades de Dupuytren.

Como segunda medida preventiva, debemos considerar el diagnóstico precoz, realizando reconocimientos anuales periódicos que nos detecten la aparición de la enfermedad en sus estadios primarios para, en el caso de hallar cualquier signo de contractura, cambiar al trabajador de puesto de trabajo.

Por otro lado, recomendamos el cambio de puesto de trabajo con una antigüedad de cinco años, no por la propia enfermedad de Dupuytren sino por la posibilidad de aparición de un síndrome de Raynaud con el que ya hemos visto su gran asociación y su precedente aparición.

Por último, recordaremos la prevención de los microtraumatismos tanto con medidas de protección personal como guantes, almohadillas o amortiguadores de vibración en las empuñaduras de las herramientas, etc., como con medidas técnicas de seguridad general, que no debemos olvidar.

BIBLIOGRAFIA

- Desoille, Mercadal, Sherrer y Truhaut. *Medicina del Trabajo*, 1986.
- OIT. *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo*, 1989.
- Saita G. *Patología de Strumenti vibrante* (Ed. INA. IL. Roma, 1954).
- Casula, D.; Nissardi, G. P.; Psinazola, A., y Cherchi, P. *Patología vibración. Atti 30.º Congre. Naz. Soc. It. Med. Lavoro, Palermo 27-30 Settember, 1967.*
- Landrgot, B.; Huze, F.; Kondela, K.; Potmesil, J., y Sykoni, J. *Incidence Dupuytrenoky Kontraktury u precujicich y rijiku vibraci. Pracov Lik, 1975.*
- Farreras. Rozman. *Medicina Interna*, 1988.
- Harrison. *Medicina Interna. Ed. 11-1988.*
- A. Schuller. *Medicina Interna*, 1981.
- Vara. Thorbeck. *Apuntes de Patología Quirúrgica*, 1970.
- Merck. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica*, 1989.
- OMS. *Detección Precoz de Enfermedades Profesionales. Ginebra*, 1987.
- OPS. *Enfermedades Ocupacionales. Guía para su diagnóstico. Publicación científica, núm. 480*, 1986.
- Emilio Sartorelli. *Trattato di Medicina del Lavoro*, 1981.

DOCUMENTOS TECNICOS



- Colección de estudios sobre condiciones de trabajo y prevención de riesgos laborales.
- Escritos por profesionales de reconocida experiencia.
- Editados por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Formato: 15 × 21 cm.

Precio: 300 pts. (+ 6% IVA)

Pedidos: I.N.S.H.T.

ULTIMOS TITULOS PUBLICADOS

- | | | |
|--|---|---|
| 40. Estudio sobre condiciones de trabajo y su correlación con las alteraciones de la salud en un laboratorio químico-farmacéutico. | 44. Nuevas tecnologías y organización del trabajo. Bibliografía básica publicada en castellano. | 48. La seguridad en el trabajo de oficina. |
| 41. Cadmio: Toxicología y control biológico. | 45. Las Brucelosis. | 49. Diseño del puesto de trabajo de operador de P.V.D. |
| 42. Absorción de tóxicos. | 46. Metodología para la elaboración del mapa de riesgos a nivel de Empresa. | 50. Control de la contaminación en la fabricación y aplicación de Pesticidas. |
| 43. La manipulación de productos químicos potencialmente cancerígenos en los laboratorios. | 47. Condiciones de trabajo en Hospitales. | |