

ENFERMEDADES PROFESIONALES

Dr. ANTONIO DIAZ PEREZ

LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN Y LA ENFERMEDAD DE LEDDERHOSE.

Se dice que la reiteración de microtraumatismos en la palma de la mano por los útiles de trabajo en herreros, fundidores, planchistas (industria metalúrgica principalmente), chóferes, etc., dificulta la circulación linfática la cual altera la organización de la estructura de la aponeurosis palmar, fibrosando y retrayendo la misma, originando la enfermedad de Dupuytren y de la misma manera rastornos microtraumáticos repetidos en la aponeurosis plantar, originaría, la enfermedad de Ledderhose.

En ambos casos, como veremos después, es fundamental la existencia de un factor constitucional o de predisposición, que junto a otros de tipo endocrino (diabetes, hipotiroidismo) o nervioso (enfermedad de Reynaud), parecen condicionar la aparición de estas enfermedades que se ven muchas veces asociadas.

Tanto si se trata de una enfermedad profesional o no (algunos la niegan como tal) la importancia de la enfermedad de Dupuytren es extraordinaria, pues ocasiona la aparición, dificultades en el trato social, aseo personal y trabajo manual en quien la padece. Y por poner un ejemplo, piénsese en la aparición de la enfermedad de Ledderhose en un cartero...

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

Como ya sabemos, se trata de la retracción e hipertrofia de la aponeurosis palmar. Es decir, se trata de una fibrosis que determina la retracción de la aponeurosis, deformando la mano (como si fuera una cicatriz) y dando lugar a la flexión de uno o varios dedos.

Recordemos que la aponeurosis palmar está situada inmediatamente debajo de la piel de la palma de la mano y adherida intimamente a ella mediante cortos haces. Es triangular y consta de dos estratos: uno superficial (de fibras longitudinales que es expansión del músculo palmar menor) y termina en la piel de los dedos, sobre las cabezas de los metacarpianos y otro profundo formado por fibras transversales y que es la prolongación del ligamento anular anterior del carpo. De este estrato profundo se desprenden tabiques sagitales que se dirigen a los metacarpianos originando una serie de espacios en forma de tunel, separados unos de otros, por donde pasan los tendones flexores de los dedos y vasos y nervios palmares.

Dupuytren, en 1832, es el primero que demuestra que la contractura en flexión de los dos últimos dedos de la mano se debía a una hipertrofia y retracción de la aponeurosis palmar. La etiopatogenia no se conoce y se han dado varias teorías:

- 1) Es un proceso inflamatorio crónico (DUPUYTREN)
- 2) Es una fibroplasia benigna del tejido conjuntivo de la mano (HORWIT).
- 3) Es un fibroma celular de la fascia palmar (MILAY).
- 4) Son procesos degenerativos desencadenados por pequeñas rupturas de la aponeurosis palmar producidas por microtraumatismos (SKOOG). Esta teoría explicaba su mayor frecuencia en hombres que realizan ejercicios manuales.

Es más frecuente en el hombre que en la mujer; parece efectuarse con más frecuencia los dedos 4º y 5º, aparece en forma bilateral en el 40% de los enfermos. Los autores más modernos están de acuerdo en que la enfermedad prevalece más en personas que no utilizan sus manos para trabajo manual (55%) que en trabajadores manuales (45%), lo cual concuerda con nuestra pequeña estadística de 15 enfermos operados, de



los cuales 6 eran mujeres y 9 hombres y de estos 9, 5 eran trabajadores no manuales y 4 eran o habían sido trabajadores manuales. Como se puede ver prácticamente la mitad de los enfermos desarrollaban o habían desarrollado labores manuales; de ahí su importancia en Medicina Laboral, aunque su causa íntima sea de origen idiopático asociándose a una tendencia general a una diátesis, de sobrecrecimiento, engrosamiento y contractura del tejido fibroglameterario.

Como decíamos al principio, ciertas afecciones parecen asociarse con mayor frecuencia a la enfermedad de Dupuytren, y así:

- Tendencia reumática.
- Diabetes.
- Artritis deformante.
- Gota.
- En epilépticos se encuentra el 42% de estas contracturas (SKOOG).
- Enfermedad de Raymond.

Debido a esta diátesis especial del tejido conjuntivo de estos enfermos, a veces este engrosamiento y contractura también de los tabiques conjuntivos entre los dos cuerpos cavernosos originando la induración plástica del pene. Y por esto mismo aparece en muchas ocasiones la asociación con la contractura de la fascia plantar (enfermedad de Ledderhose).

En cuanto a la sintomatología es de comienzo insidioso, apareciendo un pequeño nódulo subcutáneo en la porción anterior de la palma de la mano, en el borde interno. Este nódulo es la mayor parte de las veces indoloro, duro y progresivamente va aumentando de tamaño para que poco a poco se adhiera a la piel palpándose una cuerda fibrosa que se extiende del nódulo al dedo produciendo así la retracción del mismo.

A medida que se desarrolla la contractura, la piel que cubre la aponeurosis se va indurando, endureciendo, también, esto es, se palpa dura, engrosada y adherida a la aponeurosis palmar.

Como se comprenderá, es extraordinaria la importancia de esta enfermedad en Medicina de Trabajo que es Medicina de Empresa. Piénsese en un obrero metalúrgico o en un chófer, con uno o varios dedos transformados en rígidos ganchos por la contractura en flexión, o no puede efectuar su trabajo habitual o de lo contrario corre el riesgo de quedar aprisionada su mano en cualquier objeto en aparato en movimiento.

No vamos a estudiar las formas anatomopatológicas pues creemos que no es este el objeto de nuestro trabajo pero sí vamos a decir dos palabras acerca del tratamiento.

Somos absolutamente contrarios a los métodos conservadores (radioterapia, tratamiento masivo con vitamina E e inyecciones locales o infiltraciones con heparina, Kinadén, corticoides, etc.) pues a veces se consigue mejoría, pero los resultados a largo plazo son desalentadores.

Por ello, el método de elección es el quirúrgico, que es el que preconizamos también nosotros, evaluando





con mucho cuidado cada enfermo en particular considerando edad, condiciones físicas generales y tipo de trabajo. Entre las técnicas que se han propuesto para el tratamiento de esta enfermedad se encuentran:

- 1) Fasciotomía subcutánea.
- 2) Fasciotomía + Exceisión local parcial.
- 3) Exceisión limitada.
- 4) Fasciotomía radical.

La fasciotomía radical (extirpación en bloque de todo el tejido cicatrizal retráctil, aponeurosis de fibras que la fija a la piel, tabique y ligam. metacarpiano trasverso) se indicará cuando la piel palmar se hace fibrosa o ha comenzado la contractura de uno o dos dedos.

Sin embargo, la fasciotomía radical se hace cada vez menos que antes, los mejores resultados obtenidos en jóvenes, pero se tropezaba siempre con problemas para la cicatrización de la piel, por lo que extirpar radicalmente, la piel que queda es una epidermis con mal aporte circulatorio y expuesta a producción de áreas necróticas y cicatrices indeseables.

Por ello, basados en esto, realizamos fasciotomías parciales ya que la morbilidad postoperatoria e incidencia de complicaciones es mucho menor que en el método radical.

Creemos haber dado una visión de conjunto al llamar la atención sobre esta enfermedad dada su importancia socio-laboral. El correcto diagnóstico precoz (muchas veces inconfundible) en empresas y entidades, el correcto tratamiento y sus muchas veces largo periodo de recuperación hacen de ella una enfermedad profesional o, al menos una enfermedad que si bien su factor predisponente es constitucional, su factor determinante es traumático.

FORMACIÓN DE UN PIE CAVO

El pie cavo se caracteriza por una envergadura en un 5-7% de los individuos. La enfermedad puede provenir, consistiendo en el aumento de la flexión y contractura de la fascia plantar de la planta del pie. Podemos que se trate de una neuropatía o fasciitis plantar de la tuberosidad del calcáneo y ocupa la parte anterior de la planta del pie. Se divide en cinco digitales y en profunda que se divide a nivel de las cabezas de los metatarsianos.

La contractura es más pronunciada sobre el nervio tibial posterior. En algunos casos, los nodulos son más planos, los dedos no se contraen como en la enfermedad de Dupuytren, pero en estos casos se observa tendencia al pie cavo. Los dedos pueden aparecer antes de que estén afectados los manos.

Se comprende también que su importancia es grande en Medicina de Empresa, dado su carácter irritante y a veces microtraumático en ciertas profesiones. Es evidente su diagnóstico precoz y correcto (tendencia a la tendencia a los pies cavos), consistiendo su tratamiento en la extirpación de los nodulos si fracasan los métodos conservadores ortopédicos o si producen serias molestias.

BIBLIOGRAFIA.

BUNNELL-BOYES
Cirugía de la Mano,
1967 - 4ª. Edición

GOLDSTEIN.
Atlas Cirugía Ortopédica,
Vol. - 1977

VARA THORBECK
Patología Quirúrgica,
1971 - 3ª Edición.