ACERCA DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

La enfermedad de Dupuytren¹² consiste en un engrosamiento progresivo de la aponeurosis palmar superficial³ y de sus prolongaciones digitales debido a una hiperproducción de colágeno denso, seguido por una retracción que conduce a una contractura en flexión de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas. El dedo más frecuentemente afectado es el anular, seguido por el meñique y el medio. Suele comenzar entre los 45 y los 60 años de edad y predomina en los hombres.

Lo primero que el paciente suele notar es un pequeño nódulo sobre el pliegue palmar distal, que puede permanecer mucho tiempo en ese estado y que a menudo es confundido con un callo. En la medida en que la enfermedad progresa, aparecen más nódulos y también engrosamientos de los componentes ligamentofasciales, llamados “cuerdas”. La aponeurosis comienza a retraerse, lo cual lleva a la flexión articular, cerrando lenta pero progresivamente la mano y dificultándole al paciente la manipulación de objetos. Se pierde la grasa subcutánea y la piel sobre las franjas aponeuróticas engrosadas se hace firme, gruesa y con induraciones.

El tratamiento consiste en una resección parcial o total de la aponeurosis palmar y generalmente se aplica sólo en los casos más avanzados. La enfermedad puede recidivar tras la cirugía.

La fibromatosis

La enfermedad de Dupuytren forma parte de las llamadas “fibromatosis”, un grupo de enfermedades caracterizadas por formación de nódulos fibrosos de comportamiento benigno⁴. A una proliferación anómala de tejido conectivo fibroso se la denomina “fibrosis” y se trata de un proceso que

¹ También se la denomina “contractura de Dupuytren”, “retracción de la aponeurosis palmar” o “fibromatosis palmar”.

² La bibliografía médica a la que nos remitimos es: Bunnell (1951); Carcuro (2012); Fitzgerald (2004); Green (1999); Nuñez-Samper (1997); Proato (2000); Robbins (1987); Salazar Hurtado (1997).

³ La aponeurosis palmar superficial es una membrana fibrosa y resistente que se ubica entre la piel y los tendones flexores de los dedos. Tiene forma de triángulo, con el vértice en la muñeca y la base dirigida hacia los dedos, desde donde parten sus prolongaciones digitales. Sirve como envoltura a los músculos, vasos y nervios, también para proteger al hueso de la mano y para evitar la hiperextensión de los dedos.

⁴ Junto con la enfermedad de La Peyronie (fibromatosis peneana) y de Ledderhose (fibromatosis plantar), la enfermedad de Dupuytren forma parte de las llamadas “fibromatosis superficiales”. Nos parece interesante que todas predominan en los hombres y que en algunos casos coexisten dos o tres de ellas, expresándose así una tendencia a la fibrosis. Robbins (1987) incluye a este grupo de fibromatosis dentro de las “proliferaciones seudosarcomatosas reactivas”, que son lesiones no neoplásicas que aparecen como respuesta a ciertas formas de agresión local, física o química.

participa también en otras alteraciones⁵, por ejemplo en las cicatrizaciones patológicas o en las inflamaciones crónicas

La mayoría de los autores apoya la teoría de que el proceso de fibrosis presente en esta enfermedad ocurriría como reacción a microhemorragias causadas por isquemia, traumas o rupturas en la aponeurosis y que se asemejaría a una cicatrización patológica.

En una primera fase, existe una proliferación de fibroblastos y miofibroblastos⁶, con gran producción de colágeno y signos de inflamación. Posteriormente, la proliferación disminuye y los miofibroblastos comienzan a contraerse, determinando la retracción progresiva de los tejidos. Por último, el tejido se vuelve más acelular y predominan las fibras de colágeno. Entendemos que esta fase final se asemeja a un proceso de esclerosis, el cual se caracteriza por una induración de los tejidos, con pérdida de elasticidad y atrofia de los elementos celulares diferenciados⁷.

Al estudiar el proceso de cicatrización y los queloides⁸, Benítez de Bianconi y Schejtman (2011; 2012) enfatizan la relación que existe entre las heridas y un sentimiento de injuria inconciente. Basándose en las ideas desarrolladas en la investigación acerca de la esclerosis (Chiozza y colab., 1993k), según las cuales el significado inconciente del tejido conectivo está vinculado a una capacidad de conformación inconciente, las autoras plantean que el proceso de cicatrización normal supondría *“una esclerosis saludable al servicio de la reparación posible, que se obtiene habiendo logrado conformidad con la circunstancia actual”* (Benítez de Bianconi, S., y Schejtman, G., 2011, pág. 43). La cicatrización patológica, en cambio, expresaría un duelo no realizado o incompleto que *“en el terreno de lo conjuntivo equivaldría a una alteración en la conformación con las circunstancias”* (Ibíd.).

Si bien lo que ocurre en la enfermedad de Dupuytren no es exactamente lo mismo que un queloide, pensamos que existen semejanzas entre este tipo de cicatriz patológica y la proliferación de tejido cicatrizal presente en esta enfermedad.

Benítez de Bianconi y Schejtman (2011) plantean que en los queloides, si bien la herida se cierra, lo hace con una alteración del tejido conjuntivo cicatrizal que expresa una disconformidad inconciente. Interpretan que quien cicatriza de este modo busca mantener en su conciencia el

⁵ Algunos autores incluyen dentro del término “fibrosis” a la reacción cicatrizal normal.

⁶ Los miofibroblastos son fibroblastos modificados, con capacidad contráctil, que intervienen en los procesos de cicatrización.

⁷ A pesar de que no significan exactamente lo mismo, los términos “fibrosis” y “esclerosis” con frecuencia se utilizan como sinónimos en los textos médicos. Pensamos que esto ocurre porque se trata de procesos a menudo íntimamente relacionados. Por ejemplo, existen muchas patologías en donde la proliferación de tejido conectivo (fibrosis) es seguida por una induración y atrofia celular de los tejidos (esclerosis). Entendemos que algo así también sucede en la enfermedad de Dupuytren.

⁸ Un queloide es una cicatriz patológica similar a un tumor benigno de tejido conjuntivo, que invade la dermis y el tejido celular subcutáneo, excediendo los límites de la herida original.

sentimiento de estar conforme con la circunstancia, *“de que la injuria ‘ya pasó’”* y *que la herida “cerró”* (pág. 45), mientras que inconcientemente persiste un sentimiento de encono y de disconformidad con la situación.

A diferencia de lo que ocurre en los queloides, que se ubican en la piel y son llamativos a la vista, la proliferación de tejido fibroso en la enfermedad de Dupuytren es subcutánea y no genera la impresión de ser una cicatriz. Lo que más llama la atención es la presencia de nódulos y engrosamientos subcutáneos y, posteriormente, el endurecimiento de la piel y el cierre progresivo de la mano.

Si tenemos presente que el componente fibroso del tejido conectivo es el encargado de resistir las tensiones y que expresiones como “tener fibra” remiten a la idea de tener fuerza o vigor (DRAE, 1992), podríamos pensar que la formación de nódulos y cuerdas fibrosos, estaría expresando el deseo del sujeto de mostrarse y de sentirse fuerte, capaz de sobreponerse a lo que experimenta como una injuria, frente a la que se siente íntimamente disconforme.

Entendemos que, en la medida en que el conflicto no se resuelve, surge en el enfermo el deseo de endurecerse y “cerrarse”, buscando disminuir el contacto con el entorno⁹. “Retraer” significa “retirarse, retroceder”, así como “acogerse, refugiarse, guarecerse” y también “echar en cara, reprochar” (DRAE, 1992). La retracción de los tejidos simbolizaría el deseo de “cerrarse” y protegerse frente a ulteriores daños y, también, expresaría un reproche hacia quienes, en su fantasía, lo obligan a retraerse.

¿Por qué la mano?

Una de las principales funciones de la mano es la prensión, la capacidad de agarrar objetos y moverlos o realizar tareas con ellos (Lo Tártaro, A., 1987a, 1987b; Benítez de Bianconi, S., 1999, 2014). Benítez de Bianconi plantea que la mano constituye un representante del conjunto de la acción corporal destinada a provocar cambios activos en la materia y sostiene que la idea básica de la mano es, precisamente, la de *“aferrar, tomar algo, poseerlo, en suma, apoderarse”*. Agrega que esta capacidad se vincularía en especial *“con los cinco dedos y la flexibilidad palmar, que (...) permiten a la mano cerrarse sobre sí misma”* (2014, pág. 168).

Benítez de Bianconi explica que la mano otorga una cierta autosuficiencia, ya que al actuar sobre nosotros mismos o sobre el otro, así como al fabricar

⁹ Benítez de Bianconi y Schejtman (2011) plantean que en los queloides también se encuentra presente la fantasía de ampararse del entorno, en tanto la dureza de este tipo de cicatriz representaría el intento del sujeto de construir un “escudo protector” frente a *“aquellos contactos que, dentro de su interpretación original, pueden volver a herirlo y hacerlo sentir nuevamente vulnerable”* (pág. 47). Además, plantean que los queloides estarían expresando el deseo de mantener la herida abierta y denunciar el daño recibido, lo que podría condensarse en la frase *“vean lo que me han hecho”* (pág. 45). Pensamos que en la enfermedad de Dupuytren predominaría la primer fantasía, de características paranoides, por sobre el componente “extorsivo”.

cosas que calman necesidades, el accionar manual nos permite mitigar nuestras carencias. Advierte que cuando esto *“cobra una dimensión desmesurada, lleva a la idea de que más cosas, más poder sobre otros, anularían la inevitable incompletitud y necesidad de los demás que todos tenemos”* (2014, pág. 166). La autora agrega que las percepciones quedan vinculadas a aquello que “está ahí”, que puedo tomar con las manos, y que las cosas que podemos percibir y manipular quedan habitualmente asociadas al recuerdo de acciones eficaces, concientes y voluntarias, por lo cual lo perceptible suele brindarnos un sentimiento de mayor seguridad y poder que aquello relativo a la sensación, que, en cambio, suele aparecer como algo ajeno a nuestra voluntad y que “nos sucede”. Concluye que una forma de negar la propia inermidad es hipertrofiando la importancia de lo perceptivo y de un *“éxito manual”*, según el cual *“lo percibido puede aparecer como manejable, no como un ‘objeto’ del cual dependo para calmar la excitación, sino como una ‘cosa’ que existe por mi voluntad”* (1999, pág. 21).

Como dijimos, la enfermedad de Dupuytren predomina en los hombres. Recordemos que la función masculina está relacionada con la capacidad de salir al mundo a buscar alimentos y a luchar para defender o para conquistar nuevos territorios, actividades en las que la mano, que empuña las herramientas o las armas, desempeña un rol central. Podríamos pensar que los enfermos de Dupuytren son personas que, a partir de un malentendido muy común, confunden lo masculino con lo fálico. Desde esta postura, sienten que necesitar de otro es sinónimo de debilidad y castración. Una alternativa frente al temor de encontrarse con este sentimiento de carencia es darle, tal como explica Benítez de Bianconi, una importancia “hipertrofiada” a lo perceptivo¹⁰ y otorgarle un valor desmesurado al accionar manual, buscando así generar una vivencia de autosuficiencia. Podemos imaginar, por ejemplo, un hombre que siente que a través de su actividad laboral puede “manipular” a su entorno, conseguir “cosas” materiales y sentirse potente. Pensamos que cuando estas personas se encuentran con una dificultad en el logro del “éxito manual” que anhelan, se sienten enfrentadas a la carencia que habían creído dominar. Entendemos que se defienden de esta vivencia proyectando en el entorno el motivo de su dificultad. Sienten entonces que son los demás o las circunstancias quienes les impiden alcanzar el desempeño anhelado.

Pensamos que esta vivencia, traumática, puede estar vinculada al sentimiento de injuria que antes describimos y del cual, como dijimos, el sujeto se defiende primero con una hiperproducción de tejido conectivo, tal como si quisiera mostrarse fuerte y negar el daño que siente. Quizás la posterior retracción y el endurecimiento de los tejidos no sólo expresen la intención de aislarse para protegerse de ulteriores daños, sino también para intentar sentirse autosuficiente. El enfermo de Dupuytren, con los dedos

¹⁰ Recordemos que Chiozza destaca que el pene, a diferencia de la vagina, es un órgano que se percibe y que esto, desde una fijación fálica, puede llevar a hipertrofiar el valor de lo perceptivo en desmedro de la sensación (esta idea es citada por Benítez de Bianconi, S. y F. de Dayen, M., 2004).

flexionados, podría estar expresando su negativa a abrir la mano, gesto que, pensamos, está relacionado con el mostrar la carencia y la falta del otro, la necesidad de dar y de recibir¹¹. Como un retorno de lo reprimido, en la medida en que la enfermedad avanza se ve dificultada su capacidad de manipular objetos y puede requerir asistencia ajena para realizar tareas manuales.

BIBLIOGRAFÍA

BENÍTEZ DE BIANCONI, S. (2014)

¿Qué nos duele cuando nos duele una articulación? Donde se habla sobre la flexibilidad y la rigidez del carácter, la moral y de algunas normas en particular. Editorial Dunken, Buenos Aires, 2014.

BUNNELL, S. (1951)

Cirugía de la mano. Publicaciones Médicas José Janés Editor, Barcelona, 1951.

CARCURO, G.; VARGAS, F.; MUÑOZ, G.; SOMARRIVA, M.; LAS HERAS, F. (2012)

“Fibromatosis plantar de ubicación atípica: presentación de un caso y revisión de la literatura”, en *Tobillo y pie* N° 1 Volumen 5. Chile, 2012.

CHIOZZA, L.; DAYEN, E.; FUNOSAS, M. (1993k)

“Los significados inconcientes específicos de la esclerosis”, en *Obras Completas*, Tomo XI, Editorial Libros del Zorzal, 2013.

DRAE (1992)

Real Academia Española, diccionario de la lengua española, Editorial Espasa-Calpe, Madrid, 1992.

FITZGERALD, R; KAUFER, H; MALKANI, A. (2004)

Ortopedia. Tomo II, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2004.

GREEN, D.; HOTCHKISS, R.; PEDERSON, W. (1999)

Green's Operative Hand Surgery, Forth Edition, Volume 1. Ed. Churchill Livingstone, USA, 1999.

NUÑEZ-SAMPER, M.; LLANOS ALCÁZAR, L. (1997)

Biomecánica, medicina y cirugía del pie, Editorial Masson, S.A, 1997.

PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA (2000)

¹¹ Entendemos que cuando esto ocurre, se ve interferida la capacidad de colaborar y de obrar “mancomunadamente”, una capacidad que, tal como señala Benítez de Bianconi (1999; 2014), también está simbolizada en la mano, un órgano que se ensambla con el del prójimo.

Organizado por la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología.
"Enfermedad de Dupuytren" Primer ciclo –Módulo 2. Editorial médica
Panamericana, Buenos Aires, 2000.

ROBBINS, S. L y COTRAN, R. S. (1987)

"Patología estructural y funcional", 3ª edición. Nueva Editorial
Interamericana. Méjico DF. 1987.

SALAZAR HURTADO, E.; KURZER SCHALL, A.; DAREGT ROJAS
CASTAÑEDA, L. (1997)

Las Manos. Livrería Santos Editora Ltda. San Pablo, 1997.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENÍTEZ DE BIANCONI, S. (1999)

"Algunas reflexiones sobre las manos". Fundación Luis Chiozza. 1999.

BENÍTEZ DE BIANCONI, S.; FUNOSAS DE DAYEN, M. (2004)

"La genitalidad primaria y secundaria en el hombre y en la mujer".
Fundación Luis Chiozza. 2004.

BENÍTEZ DE BIANCONI, S.; INI DE SCHEJTMAN, G. (2011)

"Algunas ideas acerca de los queloides". Simposio 2011. Fundación Luis
Chiozza.

BENÍTEZ DE BIANCONI, S.; INI DE SCHEJTMAN, G. (2012)

"Algunas ideas sobre el proceso cicatrizal". Simposio 2012. Fundación Luis
Chiozza.

LO TÁRTARO, A. (1987a)

"Las manos (primera comunicación)". Simposio 1987. C.I.M.P., 1987.

LO TARTARO, A. (1987b)

"Acerca de las manos (segunda comunicación)". C.I.M.P., 1987.