

“Algunas ideas acerca de la enfermedad de Dupuytren”



María Adamo
Sofía García Belmonte

FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA
-18 de septiembre 2015-

INTRODUCCIÓN

En ocasión del simposio de este año presentamos un trabajo sobre la enfermedad que hoy nos ocupa (Adamo, M., García Belmonte, S., 2015). En aquella oportunidad tomamos como punto de partida la teoría según la cual el proceso de fibrosis¹ presente en esta enfermedad ocurriría como reacción a lesiones microscópicas –microhemorragias por isquemia, traumas o rupturas en la aponeurosis- y se asemejaría a una cicatrización patológica. A partir de ahí, vinculábamos la formación de nódulos y bandas fibrosas que ocurre en esta afección con un deseo del sujeto de mostrarse fuerte y de sobreponerse a algo que experimentaba como una injuria, algo frente a lo que se sentía íntimamente disconforme.

Gracias a los aportes de quienes participaron en la discusión del trabajo, así como a los señalamientos del Dr. Luis Chiozza en una supervisión posterior, comprendimos que nuestro punto de apoyo no era lo suficientemente sólido, dado que la concepción de la enfermedad de Dupuytren como un fenómeno equivalente al de una cicatrización patológica es tan sólo *una teoría*, una hipótesis que plantea la medicina y que no está claramente fundamentada ni confirmada, por lo cual resultaba precario pretender apoyar la fundamentación del trabajo en esta idea. Además, el hecho de que, tal como nosotras mismas decíamos, *“la proliferación de tejido fibroso en la enfermedad de Dupuytren es subcutánea y no genera la impresión de ser una cicatriz”* también parecía desalentar esta idea (ibíd., pág.12). Al estar apoyado sobre una base poco firme, el resto del trabajo tampoco pudo sostenerse bien. Así, no resultó convincente la relación que planteamos entre la localización de la afección en la mano y el deseo de lograr una mayor autosuficiencia, que nosotras vinculábamos con un intento de sobreponerse a una injuria.

En esta oportunidad intentaremos abordar el tema recorriendo distintos puntos desde la medicina que puedan servirnos como fuente de representaciones útiles para la comprensión del sentido que esta afección expresa. En este recorrido iremos desde lo general hacia lo particular, ocupándonos primero del compromiso del tejido conectivo y del sistema fascial en esta enfermedad, para centrarnos luego en la mano, más particularmente en la palma y en los dedos que se ven comprometidos. El espíritu de este trabajo consiste en realizar un trayecto distinto al que hicimos la vez anterior, con el fin de arribar a ideas que, esperamos, resulten más fructíferas².

¹ En términos generales, la palabra “fibrosis” designa a la proliferación de tejido conectivo rico en colágeno. Ampliaremos este tema más adelante.

² Agradecemos a la Dra. Silvia Benítez de Bianconi la orientación que nos brindó para la realización de este trabajo.

LA ENFERMEDAD³

La enfermedad de Dupuytren es una afección de la mano que ocasiona la flexión progresiva de la palma y de los dedos afectados, dando lugar a una característica contractura en flexión, por lo que también se la llama “contractura de Dupuytren”⁴. Lo más habitual es que se vean involucrados la palma y los dedos anular, meñique y mayor, en ese orden de frecuencia. Puede afectarse uno sólo o varios de estos dígitos, mientras que los dedos índice y pulgar sólo en raras ocasiones se ven comprometidos. El grado de contractura en flexión en cada articulación afectada oscila ampliamente en severidad y también es imprevisible el promedio de progresión de la enfermedad en cada caso. Hasta donde pudimos averiguar, la alteración puede darse en una o en ambas manos y no presenta predilección por la mano dominante. Esta enfermedad por lo general es indolora, suele comenzar entre los 45 y los 60 años de edad, es más frecuente en hombres que en mujeres, predomina en personas con ascendencia céltica o escandinava y se la conoce también como “enfermedad de los vikingos”.

La enfermedad comienza con la aparición de nódulos de tejido conectivo fibroso a nivel de la aponeurosis palmar superficial⁵. Esta aponeurosis es una membrana fibrosa y resistente que se ubica por debajo de la piel y por encima de los tendones flexores de los dedos y de los vasos sanguíneos de la palma de la mano⁶. Tiene forma de triángulo, con el vértice en la muñeca y la base dirigida hacia los dedos, desde donde parten sus prolongaciones digitales.

Lo más típico es que el paciente note primero un pequeño nódulo sobre el pliegue palmar distal, que puede permanecer mucho tiempo en ese estado y que a veces es confundido con un callo. En la medida en que la enfermedad progresa, aparecen más nódulos. Dado que estos nódulos son pequeños fibromas⁷, muchos autores incluyen a esta enfermedad dentro de las “fibromatosis superficiales”⁸, designándola como “fibromatosis palmar”.

³ La bibliografía que consultamos para este apartado es: Bunnel (1951); Carcuro (2012); Fitzgerald (2004); Green (1999); Nuñez-Samper (1997); PROATO (2000); Salazar Hurtado (1997); Rouviere, H. y Delmas, A., (1987).

⁴ El término “contractura” significa “contracción involuntaria, duradera o permanente, de uno o más grupos musculares” y “contraer” quiere decir, en su primer acepción, “estrechar, juntar algo con otra cosa” (DRAE, 1992). Como veremos más adelante, el significado de “contractura” actualmente se aplica también a la contracción sostenida de la matriz extracelular del tejido conectivo (Pilát, 2012; Tomasek, 2002).

⁵ Algunos autores discuten el origen de la enfermedad en la misma aponeurosis y plantean la posibilidad de que el trastorno comience a nivel de la dermis. De todos modos, dado que la aponeurosis es el tejido que se ve más comprometido por el proceso de fibrosis, optamos por tomarlo como representante de los tejidos afectados.

⁶ Existe además una aponeurosis palmar profunda, que recubre los músculos interóseos.

⁷ Se denomina “fibroma” a una tumoración benigna del tejido conectivo, originada a partir de fibroblastos y en la que pueden predominar los elementos celulares o las fibras de colágeno (<http://www.cmaestranza.com/diccionario-medico/55-f.html?start=1>).

⁸ Las “fibromatosis superficiales” constituyen un grupo de enfermedades caracterizadas por la proliferación nodular de tejido fibroso, de comportamiento benigno, que pueden aparecer en la

Además de los nódulos, en la aponeurosis también se forman engrosamientos fibrosos alargados, llamados “cuerdas” o también “bridas”. Algunas cuerdas se dirigen hacia la piel, determinando umbilicaciones en la palma de la mano, pero las más significativas son las que se extienden desde la palma hasta los dedos comprometidos. Dado que existe una continuidad entre la aponeurosis palmar y sus prolongaciones digitales, cuando en estas estructuras se desarrollan cuerdas fibrosas, se produce una flexión progresiva de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas. Según varios autores, los nódulos configuran la lesión primaria, mientras que las cuerdas constituyen *“una respuesta fisiológica a las fuerzas locales generadas frente al esfuerzo repetido para extender los dedos”* (PROATO; 2000; pág. 164). Las cuerdas se formarían a partir de la progresiva contracción de los nódulos fibrosos, o también a partir de la hipertrofia y el engrosamiento de las bandas pretendinosas -que son constituyentes normales de la aponeurosis palmar- en respuesta a la tensión aumentada. Entendemos que se establecería entonces un círculo vicioso, en el que la fibrosis lleva a la flexión articular y, posteriormente, el esfuerzo por extender las articulaciones actuaría como un nuevo estímulo para la generación de más fibrosis. Retomaremos este punto más adelante.

En un primer momento, lo que se destaca en la enfermedad es la proliferación fibrosa que ocasiona un engrosamiento progresivo de la aponeurosis palmar y de sus prolongaciones digitales. Luego, el tejido fibroso que se formó comienza a contraerse, determinando una progresiva retracción de la aponeurosis, lo que impide la extensión de la palma y de los dedos afectados, dando lugar a la mencionada contractura en flexión de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales comprometidas (no suelen verse afectadas las articulaciones interfalángicas distales). Esta retracción es un elemento esencial de la enfermedad de Dupuytren, a la que, de hecho, muchas veces se la denomina “retracción de la aponeurosis palmar”.

La aponeurosis, al retraerse, va cerrando lenta pero progresivamente la mano. La piel sobre las franjas aponeuróticas engrosadas se hace firme y desarrolla induraciones. En vez de tener la blandura de la grasa subcutánea, se encuentra dura, gruesa y fija a la aponeurosis palmar engrosada. En la medida en que la enfermedad progresa, a la persona cada vez le cuesta más abrir su mano, dificultándose la toma de objetos y la higiene de la misma.

El tratamiento más recomendado es el quirúrgico y generalmente se aplica sólo en los casos más avanzados, tomándose como parámetro el ángulo de flexión de los dedos. La cirugía busca disminuir las fuerzas tensiles que operan sobre los tejidos de la mano, para lo cual se “cortan” las cuerdas y se realiza una resección parcial

fascia palmar de la mano (enfermedad de Dupuytren), en la fascia plantar del pie (enfermedad de Ledderhose) o en la fascia de Buck del pene (enfermedad de La Peyronie). 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.

o total de la aponeurosis palmar⁹. Entre las complicaciones postoperatorias se destaca la formación de nuevas retracciones debidas al proceso de cicatrización¹⁰. A menudo la enfermedad recidiva tras la cirugía, lo cual parece depender más del proceso de la enfermedad que del tipo de operación.

Si bien la etiología se desconoce, los diferentes autores que consultamos coinciden en que la patogenia de este trastorno consiste en una proliferación anormal de tejido conectivo rico en colágeno, que da lugar a la formación de los nódulos y de los engrosamientos fibrosos. Es decir que se trata esencialmente de una alteración del tejido conectivo, que afecta sobre todo a la aponeurosis palmar superficial y también a la dermis adyacente. A continuación, describiremos el funcionamiento normal de este tejido, para intentar comprender mejor su alteración en la enfermedad de Dupuytren.

⁹ La resección total de la aponeurosis palmar parece conllevar un riesgo mayor de complicaciones cicatrizales y de rigidez postoperatoria. Además, no está probado que con este tipo de cirugía haya menos recidivas, por lo que cada vez se la practica menos (Gree; 1999, y comunicación personal del Dr. Poitevin).

¹⁰ Comunicación personal del Dr. Pilat.

EL TEJIDO CONECTIVO¹¹

En un sentido amplio, se incluye dentro del tejido conectivo a todos los tejidos derivados del mesodermo embrionario, considerándose por ejemplo al hueso y al cartílago como tejido conectivo especializado en el soporte del cuerpo, gracias a su firme matriz extracelular. Todos estos tejidos comparten una estructura básica, que consiste en una sustancia fundamental gelatinosa, dentro de la que se encuentran inmersos diferentes tipos de células y de componentes fibrosos. Se denomina “matriz extracelular” al conjunto formado por la sustancia fundamental y las fibras. El tejido conectivo tiene como función principal permitir la cohesión de los demás elementos estructurales del cuerpo y brindarles soporte. Pilat (2003) señala que una función esencial de este tejido es la de proporcionar un equilibrio entre una eficiente estabilidad y una apropiada flexibilidad. Esto se consigue combinando adecuadamente las proporciones de los diferentes componentes, logrando así formar una estructura más flexible, como el tendón, o una estructura más estable, como el hueso. En un sentido más restringido, se llama tejido conectivo “propriadamente dicho” al que no se encuentra especializado y a él nos referiremos de aquí en adelante.

Además de las funciones de cohesión y sostén ya mencionadas, el tejido conectivo constituye un medio para el pasaje de los vasos sanguíneos, permitiendo el intercambio de metabolitos entre la sangre y los demás tejidos. También participa en la defensa del organismo, brindando protección frente a infecciones y participando en la reparación tisular.

La abundancia relativa de células, fibras y sustancia fundamental determina que existan diferentes tipos de tejido conectivo, según las distintas regiones del organismo. Se distingue así al tejido conectivo laxo –en el cual existen escasas fibras, entrelazadas de forma suelta- del tejido conectivo denso –que presenta abundantes fibras estrechamente entretejidas-. A su vez, el tejido conectivo denso puede ser irregular –las fibras se orientan de manera aleatoria- o regular –las fibras se encuentran estrechamente empaquetadas en haces paralelos-.

El tejido conectivo laxo tiene como principal función el soporte del parénquima de los órganos del cuerpo, mientras que el tejido conectivo denso otorga resistencia a la tracción –una resistencia multidireccional en el caso del tejido conectivo denso irregular, y unidireccional en el caso del regular-.

Normalmente, el tejido conectivo laxo se ubica allí donde es necesario cierto grado de movilidad, mientras que el tejido conectivo denso predomina donde es más importante la resistencia que la movilidad, y sus haces de colágeno se orientan de tal manera que puedan soportar mejor las fuerzas locales de tracción mecánica. Por ejemplo en el tendón, las fibras de colágeno se disponen de forma paralela, permitiendo resistir grandes fuerzas de tensión unidireccionales y, al mismo

¹¹ Para este apartado consultamos los textos Fawcett, D.W. (1987) y Pilat, A. (2003; 2012).

tiempo, limitando la capacidad de extensibilidad. En las aponeurosis, el colágeno se dispone formando una serie de capas. En cada capa, la orientación de las fibras es paralela, pero su dirección puede variar de una capa a otra. Estas capas son inseparables entre sí y se encuentran estabilizadas por fibras cruzadas entre ellas (Pilát, A., 2003).

El principal tipo celular del tejido conectivo es el fibroblasto¹², que es el responsable de sintetizar las diferentes fibras –de colágeno, reticulares y elásticas– presentes en la matriz extracelular. Normalmente los fibroblastos no se encuentran en fase de división, pero en respuesta a lesiones proliferan e incrementan la fibrogénesis. Fawcett (1987) los considera “*los protagonistas principales del proceso de curación*” (pág. 185) y explica que no sólo reparan los defectos en el tejido conectivo, sino que también pueden responder a las lesiones de otros tejidos con escasa capacidad de reparación, como el músculo cardíaco.

En el tejido conectivo también existen miofibroblastos, que son fibroblastos modificados. Estas células, además de sintetizar colágeno, presentan una capacidad contráctil similar a la de las células musculares lisas. Diferentes factores de crecimiento, así como las fuerzas mecánicas y los requerimientos tensionales del tejido, determinan la diferenciación de fibroblastos en miofibroblastos. Ellos intervienen en los fenómenos de cicatrización, en los que secretan colágeno y luego, cuando la cicatrización avanza, comienzan a contraerse y a unir la matriz extracelular, para reducir el tamaño del área dañada. Además, los miofibroblastos participan en los procesos de fibrosis que se presentan en diferentes enfermedades¹³, incluyendo la de Dupuytren.

Al estudiar la dinámica intrínseca del tejido conectivo, Pilát (2012) subraya que el fenómeno de contracción de los miofibroblastos que se observa en el proceso de cicatrización puede darse también en cualquier otra parte del tejido conectivo, a raíz de la aplicación de fuerzas mínimas que estimulan dicha contracción. Explica que cuando este proceso se da de manera continua y/o repetitiva, finalmente puede dar lugar a una contractura del tejido conectivo, ya que los miofibroblastos, al contraerse, también contraen la matriz extracelular, porque sus filamentos se encuentran vinculados a las fibrillas de colágeno presentes en dicha matriz (Pilát, 2012; Tomasek, 2002).

El colágeno es el principal componente fibroso del tejido conectivo. Existen diferentes tipos de colágeno, pero el que está más ampliamente distribuido y forma parte de la dermis, del hueso, de los tendones, de las cápsulas de los órganos y de las aponeurosis es el colágeno tipo I, cuyas fibras se caracterizan por ser flexibles, pero muy resistentes a la tensión, proporcionándole al tejido

¹² Existen además otras células “residentes” del tejido conectivo, como los macrófagos y las células adiposas, y una serie de células del sistema inmunológico que “migran” entrando y saliendo del tejido según las necesidades del organismo.

¹³ Se encuentran presentes, por ejemplo, en los ateromas de las arterias, en la fibrosis pulmonar y en la cirrosis hepática.

fuerza y protección frente a los estiramientos excesivos. A diferencia del colágeno, las fibras elásticas dotan a los tejidos de la elasticidad que les permite volver a su estado primitivo después de haber experimentado una deformación mecánica. Con la edad, el tejido elástico pierde gradualmente sus atributos característicos y las fibras elásticas desgastadas o dañadas son reemplazadas en medida escasa.

La síntesis de colágeno depende en gran parte de las presiones y tensiones mecánicas, así como de la cantidad, la calidad y la dirección del movimiento (Pilat, A., 2003). Los fibroblastos sintetizan las moléculas de tropocolágeno –el precursor del colágeno- que después se ensamblan a través de enlaces cruzados formando fibrillas y luego fibras. Pilat señala que estos entrecruzamientos determinan la maduración de las fibras de colágeno y que su formación continuada puede favorecer o perjudicar la capacidad mecánica del tejido. Cuanto mayor sea la cantidad de entrecruzamientos, como sucede por ejemplo en el hueso, más fuerte será el tejido. Pero el exceso de entrecruzamientos -debido a un traumatismo o a consecuencia de la hipomovilidad- en el tendón, en la fascia o en la cicatriz de los tejidos blandos, puede limitar de forma innecesaria la flexibilidad de dicho tejido. Pilat explica que cuando existe hipomovilidad o un estrés mecánico excesivo, el colágeno se densifica, perdiendo elasticidad. Se constituye así un círculo vicioso, porque cuanto menos movimiento haya, más duro se vuelve el colágeno y, a su vez, el endurecimiento progresivo disminuye aún más la movilidad.

Como vemos, Pilat (Ibíd.) hace gran hincapié en la importancia que tiene la existencia de un movimiento adecuado para el buen funcionamiento del tejido conectivo. Plantea que el movimiento es *“una acción preventiva contra la formación de retracciones y adherencias”* (pág. 98). Explica que el déficit del movimiento apropiado altera la longitud del tejido conectivo que, en consecuencia, tiende a adaptarse a la distancia más corta entre sus puntos de inserción, lo cual trae consigo la progresiva pérdida de la función. En estos casos, el tejido se vuelve cada vez más duro y menos móvil, lo cual contribuye a “fijar” la zona afectada en una misma posición.

De lo que dijimos hasta acá, un punto central parece ser el hecho de que la falta de movimiento favorece el desarrollo del proceso de fibrosis. Sin embargo, antes habíamos dicho que los intentos de extender los dedos que realiza el paciente con Dupuytren a menudo estimulan la generación de más fibrosis. Esto podría parecer a primera vista contradictorio. Entendemos que si bien el movimiento, como dice Pilat, es *en condiciones normales* una acción preventiva contra posibles retracciones del tejido conectivo, una vez que está instalado el proceso de fibrosis es posible que los ulteriores intentos de mover la zona afectada estimulen la formación de más fibrosis.

Si lo pensamos en términos de significados inconcientes, podríamos suponer que, en estos casos, la fibrosis y la retracción estarían vinculadas al deseo de limitar la movilidad de la zona comprometida. De ser así, entonces el recrudecimiento de la fibrosis frente al esfuerzo de movilización podría comprenderse como una reacción del sujeto que, inconcientemente, estaría “redoblando” su esfuerzo por impedir el

movimiento. Dicho en otras palabras, es como si el sujeto, inconcientemente, pensara *“no quiero mover esta zona, y si me fuerzan a moverla, entonces respondo con más fibrosis para aumentar mi resistencia al movimiento”*.

En el caso de la enfermedad de Dupuytren, el movimiento que la fibrosis impide realizar es la extensión de la palma y de los dedos comprometidos: el sujeto tiene dificultad para abrir la mano. Nos preguntamos si existiría entonces una intención inconciente de resistirse a abrir la mano, vinculada al proceso de fibrosis que se da en esta afección. Como vimos, cuando el sujeto, desde un deseo *conciente*, intenta extender los dedos, esto funciona como un estímulo que genera más fibrosis, lo que, en este caso, representaría el refuerzo del deseo inconciente de cerrar la mano. Aquí, entonces, es como si el sujeto, inconcientemente, pensara *“están intentando forzarme a abrir la mano y yo no quiero hacerlo, por lo tanto tengo que aumentar mi resistencia y ejercer más tracción para lograr evitarlo”*.

Como dijimos, en la enfermedad que estamos estudiando el proceso de fibrosis afecta principalmente a la aponeurosis palmar superficial. Dado que este tejido forma parte de lo que se conoce como “sistema fascial” del organismo, en el apartado que sigue haremos referencia a las características y funciones de dicho sistema.

EL SISTEMA FASCIAL

La fascia es una estructura resistente de tejido conectivo, de apariencia membranosa, que conecta y envuelve todas las estructuras corporales. Como sabemos, Pilat se ocupó de estudiar en profundidad el sistema fascial del organismo humano que, tal como explica el autor, constituye una red que tiene un recorrido continuo, envolviendo las estructuras somáticas y viscerales. Pilat (2003) agrega que la fascia *“no solamente envuelve todas las estructuras de nuestro cuerpo, sino que también las conecta entre sí, brindándoles soporte y determinando su forma. (...) La fascia organiza y separa, asegura la protección y la autonomía de cada músculo y víscera, pero también reúne los componentes corporales separados en unidades funcionales, estableciendo relaciones espaciales entre ellos y formando, de este modo, una especie de ininterrumpida red de comunicación corporal”* (págs. 17-18). Las fascias que rodean las diferentes estructuras se encuentran interconectadas o, mejor dicho, configuran una sola fascia, *“una envoltura de recorrido continuo con sus dobleces que permiten cobijar y encerrar los elementos anatómicos de nuestro cuerpo. Se puede sugerir que, en cierto modo, es el sistema fascial el que determina la estructura corporal”* (pág. 18). Además, este sistema brinda soporte a las vísceras y forma una estructura de protección y conexión para los sistemas vascular, nervioso y linfático a lo largo de todo el cuerpo.

Pilat explica que este sistema debe encontrarse en un equilibrio funcional para permitirle al cuerpo un buen desenvolvimiento, que se ve interferido cuando existen restricciones en las fascias. Señala que el sistema fascial puede encontrarse excesivamente tenso o demasiado distendido y que ambas situaciones afectan a la función corporal. Destaca que cualquier tipo de tensión, ya sea pasiva o activa, repercute automáticamente sobre el conjunto del sistema.

El autor estudia el sistema fascial distinguiendo entre la fascia profunda y la superficial. Explica que la fascia superficial forma una lámina uniforme prácticamente en todo el organismo, pero que su densidad varía según la región corporal, siendo más densa en las extremidades que en el resto del cuerpo. Esta fascia se encuentra adherida a la piel, atrapando la grasa superficial, que tiene un espesor variable según la región corporal. También varía su laxitud, determinando así la capacidad de deslizamiento de la piel.

La fascia superficial tiene una función nutritiva, envolviendo y permitiendo el paso de vasos y nervios. Además, realiza el soporte y la definición de los depósitos de grasa del tronco y de las extremidades, así como también el sostén de la piel con referencia a los tejidos subyacentes. Asimismo, participa en la coordinación motora del cuerpo, como un factor integrador y transmisor de fuerzas. Pilat concluye que *“se puede considerar al conjunto de: la piel (envoltura del sistema), el tejido adiposo superficial (el “relleno” de la región subcutánea) y la fascia superficial (el sistema de subdivisiones e interconexiones) como la unidad protectora y de soporte funcional para el tronco y las extremidades”* (Ibíd., pág. 28)

La aponeurosis palmar, que se ve comprometida en la enfermedad de Dupuytren, forma parte de la fascia superficial. Pilat explica que las aponeurosis constituyen una forma de la fascia, que tiene la particularidad de permitir la inserción de los músculos anchos y planos, a diferencia de los tendones, que permiten la inserción de los músculos largos. La aponeurosis palmar es la continuación del músculo palmar menor, un músculo que asiste al palmar mayor para ejercer la flexión de la muñeca sobre el antebrazo. Hasta donde pudimos averiguar, la principal función de esta aponeurosis es proteger la palma de la mano y evitar un excesivo deslizamiento de la piel a los fines de procurar suficiente estabilidad para lograr una mejor prensión de los objetos.

Al estudiar la microestructura de las fascias, Pilat destaca la importancia de los miofibroblastos en relación a la regulación del estado de “pre-tensión”, un estado gracias al cual el cuerpo está “preparado”, incluso ante ausencia de fuerzas externas, para responder eficazmente a requerimientos dinámicos de cualquier orientación. El autor plantea que posiblemente estas células contráctiles presentes en las fascias le permitan al cuerpo regular dicho estado de “pre-tensión” funcional, para poder ajustar la fascia a diferentes demandas del tono muscular. Subraya la importancia de este factor, que permite pensar que la fascia *“no solamente se ajusta pasivamente a la demanda de apropiadas tensiones, sino que también se adapta activamente, a través de varios receptores intrafasciales, a las solicitudes de ‘pre-tensión’ requeridas por el cuerpo en el desempeño de sus funciones, utilizando con este fin células musculares propias”* (Ibíd., pág. 45). Es decir que la fascia se contrae activamente y, según el autor, esto puede tener influencia en la formación de contracturas fasciales patológicas, como la enfermedad de Dupuytren.

Como dijimos, a esta afección también se la llama “contractura de Dupuytren”. Entendemos que este nombre se refiere, en primera instancia, a la contractura muscular y articular que ocurre en esta enfermedad, que es *secundaria* a la retracción de los tejidos fibrosos. Sin embargo, si tenemos en cuenta lo que sucede a nivel microscópico con los miofibroblastos, el nombre podría resignificarse en relación a este fenómeno de contracción del tejido fascial¹⁴. Recordemos que “contraer” significa también “estrechar, juntar algo con otra cosa” y “retraer” quiere decir “volver a traer”. Nos parece interesante que la acción de estrechar o acercar los componentes del tejido conectivo entre sí, que ocurre a nivel microscópico, parecería replicarse a nivel macroscópico, en la medida en que

¹⁴ Darío Obstfeld (2001) se ocupó de estudiar el tema de las contracturas musculares, relacionándolas con un sentimiento de impostura que el sujeto asumiría al intentar mantener una postura frente al mundo que, en realidad, siente que no puede conservar, pero que tampoco desea abandonar. Según el autor, esta impostura estaría encubriendo el deseo de realizar *“una acción que ha sido inhibida por el yo debido a que, por algún motivo, no la autoriza”* (pág. 1). Si bien pensamos que podría existir alguna relación entre la contractura muscular y la contractura del tejido conectivo –y, por lo tanto, entre sus significados–, este es un tema en el que hasta el momento no hemos podido profundizar.

la retracción aponeurótica acerca o “trae” los dedos hacia la palma, cerrando en parte la mano.

Tal como explica Pilat (2003), una de las principales funciones de la fascia es la protección del cuerpo. Gracias a su resistencia, permite mantener la integridad anatómica de los diferentes segmentos corporales y conservar su forma fisiológica. El autor destaca que esto no implica un incremento gradual de rigidez, sino un proceso de adaptabilidad en el cual la fascia ajusta sus tensiones en respuesta a las necesidades funcionales. Así, por ejemplo, el “tono” fascial es más fuerte alrededor de los riñones que en torno a los intestinos, porque las necesidades de movimiento son diferentes.

La fascia constituye una barrera protectora contra las variaciones de tensión debidas a impactos mecánicos internos y externos. Absorbe estos impactos, preservando la integridad de las estructuras que envuelve y actuando como un amortiguador y como un sistema de dispersión del impacto. En este proceso de protección, el sistema fascial puede cambiar su densidad según los requerimientos mecánicos. En la medida en que se mantiene saludable, no llega a la rigidez, sino que conserva siempre un grado de elasticidad. La función amortiguadora del sistema fascial se debe principalmente a las propiedades de la sustancia fundamental, que actúa como un lubricante frente a los estímulos mecánicos. En cambio, la amplitud del estiramiento de la fascia depende de la proporción y densidad de las fibras de colágeno. El espesor y la densidad del colágeno varían según la zona del cuerpo y según la edad. Así, por ejemplo, la amplitud de estiramiento de la piel es mayor que la del tendón y la elasticidad de la fascia disminuye en personas mayores. Además, como vimos, el colágeno se vuelve más denso en situaciones de hipomovilidad o ante un estrés mecánico excesivo.

Por último, queremos mencionar que Pilat explica que las lesiones del sistema fascial son frecuentes, pero que muchas veces nos lesionamos sin darnos cuenta, ya que el traumatismo no es necesariamente un golpe, sino que a menudo se trata de una postura inadecuada que termina por dañar al sistema. *“Una posición inapropiada, repetida numerosas veces o mantenida durante largo tiempo, crea hábitos de comportamiento postural que cambian gradualmente nuestro patrón de movimiento”* (pág. 184). Esto conduce a un desequilibrio y, luego, a restricciones del sistema fascial, limitando la función de la zona corporal comprometida. *“Las pequeñas imperfecciones de los patrones de movimiento, repetidas una innumerable cantidad de veces a lo largo de los años, se suman y, con el tiempo, producen cambios irreversibles y prematuros que afectan principalmente al aparato locomotor”* (Ibíd., pág. 201).

Como dijimos, en la enfermedad de Dupuytren la fascia palmar se engrosa y luego se retrae, presentando un estado de tensión aumentada y llevando al cierre progresivo de la mano. En este apartado vimos que la fascia responde “activamente” a los distintos requerimientos tensionales. Podemos pensar entonces que en esta enfermedad la fascia se contrae de manera exagerada, tal como si estuviera respondiendo a requerimientos tensionales excesivos.

Recordemos además que la fascia palmar tiene como función proteger la palma de la mano y evitar un excesivo deslizamiento de la piel, para proporcionar una mayor estabilidad que permita la adecuada prensión de los objetos.

Nos preguntamos si es posible considerar que las alteraciones de la aponeurosis palmar en la enfermedad de Dupuytren estarían expresando la necesidad de lograr una mejor prensión del objeto y de resistirse a cualquier estímulo que implique el riesgo de tener que “des-prenderse” de él. En este sentido, tal vez la contracción del tejido conectivo, que acerca entre sí sus componentes, al igual que la retracción de la fascia, que acerca los dedos a la palma, podrían relacionarse con un deseo inconsciente de acercar al objeto, de “tirar” de él, para agarrarlo y retenerlo. Retomaremos este tema más adelante en relación a las cuerdas fibrosas que se desarrollan en esta afección.

Dado que un punto central en esta enfermedad es la producción de tejido fibroso, en el apartado que sigue intentaremos comprender un poco mejor en qué consiste el proceso que en medicina se denomina “fibrosis”.

LA FIBROSIS

Si consideramos el comportamiento de las células del tejido conectivo y la síntesis de colágeno en la enfermedad de Dupuytren, podemos distinguir una serie de fases en la evolución de esta afección¹⁵. La primera se caracteriza por la proliferación de fibroblastos y miofibroblastos, con gran producción de matriz extracelular rica en colágeno. Luego sobreviene una fase “involutiva”, en la que la proliferación disminuye, los miofibroblastos se ubican a lo largo de las líneas de tensión y comienzan a contraerse, determinando la retracción progresiva de los tejidos. Es decir que el tejido fibroso se contrae, “tirando” de las articulaciones proximales y medias de los dedos, limitando progresivamente su extensión. Por último, en una fase final, el tejido se vuelve parecido al tendón, presentando escasa cantidad de células y una gran cantidad de fibras de colágeno.

Al intentar profundizar en el fenómeno de la fibrosis, nos resultó difícil encontrar artículos que se ocuparan exclusivamente de este tema. En la mayoría de los textos el concepto aparece utilizado en relación a alguna enfermedad en particular, como por ejemplo la fibrosis hepática, pulmonar o quística. En términos generales, la palabra “fibrosis” designa una proliferación de tejido fibroso, es decir de tejido conectivo denso.

Algunos autores consideran a la fibrosis como un fenómeno exclusivamente patológico, mientras que otros incluyen en él también a los procesos normales de cicatrización. En ambos casos existen semejanzas bioquímicas e histológicas, ya que tanto en los fenómenos patológicos –incluida la enfermedad de Dupuytren– como en la cicatrización normal, participan células y mediadores químicos vinculados a los procesos inflamatorios. En muchas ocasiones, la fibrosis está directamente relacionada con una respuesta inflamatoria crónica, como ocurre, por ejemplo, en el caso de la fibrosis pulmonar que surge como consecuencia de una tuberculosis crónica. También en el hígado puede desarrollarse un proceso de fibrosis como resultado de la respuesta inmunológica y del proceso de reparación frente a una afección hepática; se denomina “cirrosis hepática” a la formación de tejido cicatrizal y nódulos que reemplazan al parénquima hepático. En todos estos casos, el tejido fibroso interfiere con la función normal del órgano y el proceso de cicatrización termina formando parte de la enfermedad. En algunas ocasiones, constituye incluso un componente fundamental de la misma, como ocurre, por ejemplo, en la fibrosis pulmonar idiopática, una enfermedad cuya causa es desconocida y a la que se describe como una progresiva “cicatrización” de los pulmones que impide el adecuado funcionamiento del tejido pulmonar, dificultando cada vez más la respiración¹⁶. Agreguemos que la fibrosis puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo, incluida la piel.

¹⁵ Ídem nota 3.

¹⁶ <http://www.coalitionforpf.org/hablemos-acerca-de-la-fibrosis-pulmonar-idiopatica;>
http://www.ciberes.org/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=83

Es decir que el proceso de fibrosis en el organismo está normalmente vinculado con los fenómenos de reparación, que, como vimos, pueden funcionar de manera más o menos adecuada. Sin embargo, en enfermedades como Dupuytren la fibrosis aparece sin que existan lesiones o procesos inflamatorios evidentes.

A pesar de que no significan exactamente lo mismo, los términos “fibrosis” y “esclerosis” con frecuencia se utilizan como sinónimos en los textos médicos. El diccionario define a la esclerosis como un endurecimiento patológico de un órgano (DRAE, 1992). Al estudiar los procesos de esclerosis, Chiozza y colaboradores (1993k) explican que en ellos se produce la induración de la trama de sostén de los órganos, acompañada de la atrofia de los elementos celulares diferenciados y que el tejido conjuntivo *“se hace denso, seco y parecido al cicatrizal”* (pág. 211). En otras definiciones encontramos¹⁷ que el término “esclerosis” designa al *“proceso de endurecimiento de un órgano o tejido, como consecuencia de diferentes procesos patológicos (inflamatorios, degenerativos o distróficos) que tienen en común la cicatrización con formación de tejido conectivo, habitualmente fibroso, que sustituye al tejido previo”*. Robbins (1987), al hablar de la esclerodermia, dice que *“es preferible utilizar el término esclerosis sistémica, ya que se caracteriza por una fibrosis excesiva de todo el organismo”* (pág. 235). Es decir que en este caso, por ejemplo, se denomina “esclerosis” a un proceso de fibrosis. De hecho, la esclerodermia consiste en una proliferación de fibroblastos con una síntesis excesiva de colágeno que ocasiona una fibrosis de los tejidos afectados.

Pensamos que esta superposición en el uso de ambos términos ocurre porque se trata de procesos a menudo íntimamente relacionados, al punto que a veces resulta difícil distinguirlos. Luego de revisar diferentes textos al respecto, pensamos que es posible considerar que en la fibrosis se presenta una proliferación de tejido fibroso que no siempre está presente en la esclerosis. Y que, a su vez, en muchas ocasiones las fases finales de un proceso de fibrosis se acercan mucho a lo que es una esclerosis. Así, por ejemplo, existen varias patologías en donde la proliferación de tejido conectivo denso (fibrosis) es seguida por una induración y atrofia celular de los tejidos (esclerosis). Entendemos que esto es también lo que sucede en la enfermedad de Dupuytren.

Es interesante que, mientras la palabra “esclerosis” designa también un “embotamiento o rigidez de una facultad anímica”, el término “fibroso” significa “que tiene muchas fibras” y “fibra”, a su vez, quiere decir, en una de sus acepciones, “vigor, energía y robustez” (DRAE, 1992). Recordemos además que el colágeno es el componente que le brinda al tejido conectivo resistencia a la tensión y a los estiramientos excesivos. Nos preguntamos si sería posible pensar que el proceso de fibrosis se relaciona en primera instancia con un deseo de adquirir mayor fuerza y resistencia. Como dijimos, la síntesis de tejido fibroso que puede funcionar bien, dentro de ciertos límites, en un proceso “fisiológico” de

¹⁷ <http://www.cmaestranza.com/diccionario-medico/55-f.html?start=1>

cicatrización, se vuelve un impedimento cuando ocurre fuera de este marco. Podemos pensar que, cuando este proceso progresa y el tejido se vuelve más acelular y más duro, la fibrosis deviene esclerosis, tal como si se tratara de una búsqueda fallida de resistencia que desemboca en un progresivo endurecimiento y en rigidez.

A continuación nos ocuparemos de los significados inconcientes relacionados con la mano, ya que esta es la zona corporal que se ve afectada, tanto en su forma como en su función, en la enfermedad de Dupuytren. Teniendo en cuenta el rol central que los procesos de fibrosis y esclerosis desempeñan en esta patología, intentaremos integrar los significados inherentes a estos procesos con aquellos que son propios de la mano.

LA MANO

Benítez de Bianconi (2014) plantea que la idea básica de la mano es la de “*aferrar, tomar algo, poseerlo, en suma, apoderarse*” (pág. 167). La autora destaca que la estructura de la mano humana permite una serie de funciones que posibilitan *la ductilidad, la delicadeza y la prensión*. Esto se debe fundamentalmente a la combinación de cinco factores esenciales: la pinza digital -gracias a la oposición del pulgar-, la riqueza táctil de la zona de los pulpejos, la existencia de cinco dedos flexibles, la capacidad de la palma para encorvarse y la amplia movilidad de la articulación de la muñeca.

La ductilidad o maleabilidad es la facultad que posee un objeto de deformarse sin llegar a romperse, como ocurre con los metales. “Dúctil” significa también “acomodadizo”, un adjetivo que designa a alguien “*que a todo se aviene fácilmente*” (DRAE, 1992). Entendemos que, aplicada a la mano, esta cualidad alude a su capacidad para adaptarse a la forma de los objetos. La delicadeza se relaciona con la finura, con la ternura y la suavidad. Llamamos “delicado” al sujeto que presta atención y miramiento a otras personas o cosas (DRAE, 1992). Esta facultad parecería estar más relacionada con el cuidado del objeto. Por último, la prensión se define como la capacidad de asir, agarrar o sujetar algo, es decir que esta capacidad estaría vinculada con la función esencial de la mano y con la “idea básica” expresada en este órgano.

En la enfermedad de Dupuytren el tacto se encuentra conservado, al igual que la función de la pinza digital –en la mayoría de los casos- y la articulación de la muñeca. Como dijimos, lo que se altera en esta afección es la capacidad de extender los dedos y de abrir la mano; recordemos que los dedos van cerrándose progresivamente. Los nódulos, las cuerdas, el endurecimiento y los hoyos que se forman generan cambios morfológicos en la mano que impiden una buena movilidad de los dedos y un buen uso de la palma. Debido a la contractura en flexión, el enfermo no puede realizar correctamente ciertas tareas diarias como lavarse la cara, manipular objetos e inclusive le resulta incómodo dar la mano al saludar. Podemos decir entonces que, aunque haya funciones de la mano que se conserven, tanto la ductilidad, como la delicadeza y la prensión se ven alteradas en mayor o menor medida.

Intentemos ahora comprender mejor qué implicancias tiene la dificultad para abrir la mano en relación a la función de este órgano.

Uno de los requisitos para llevar a cabo la función de prensión es que la mano pueda adaptarse a la forma del objeto. Así, por ejemplo, sobre una superficie plana, la mano se extiende y se aplanan, mientras que para agarrar un objeto voluminoso, se ahueca. A la vez, el término “tener” -que significa “asir o mantener asido algo”- proviene del indoeuropeo *ten-* “tender, extender” que hace referencia a la acción de “*desdoblar (...) o desplegar lo que está cogido, doblado, arrugado o amontonado*” (Gómez de Silva, G., 2006). Pensamos que tal vez este significado

remita al hecho de que, en el momento en que uno se dispone a tener –asir- algo, necesariamente debe extender los dedos y abrir la mano para “ir hacia” el objeto o recibir a éste, y luego, en un segundo momento, debe acomodar la mano a la forma del objeto para poder agarrarlo. Pensemos cuán distinto es tomar un alfiler, que agarrar la mano de una persona o aferrarnos a un pasamano.

Ocupándose del tema de las manos, Lo Tártaro relaciona esta necesidad de acomodarse al objeto con un proceso de duelo, en tanto plantea que *“con la mano libre, antes de ejercer la prensión, tomamos múltiples precauciones en función de las características de lo que nos interesa agarrar. Estas precauciones podrían entenderse también como pequeñas renunciaciones ante la naturaleza del objeto”* (Lo Tártaro, A., 1987, págs. 15-16).

Al no poder extender bien los dedos, el paciente con enfermedad de Dupuytren tiene dificultad para adaptar su mano a los objetos a la hora de agarrarlos. Nos parece interesante relacionar esto con el hecho de que, como vimos, en esta afección lo que se “enferma” es fundamentalmente el tejido conectivo, generándose un proceso de fibrosis y de esclerosis en las zonas afectadas. Pensamos que las ideas que traen Chiozza y colaboradores (1993k) en la investigación acerca de la esclerosis pueden enriquecer nuestra comprensión del tema. Hagamos un brevísimo repaso de los puntos centrales que se plantean en dicha investigación.

Los autores relacionan el hecho de que la trama conjuntiva¹⁸ sostiene y da forma al cuerpo, con la identidad y las creencias en las que *“nos movemos, vivimos y somos”* (pág. 205). Plantean que la existencia física del tejido conjuntivo que le otorga al cuerpo su forma y la existencia histórica de un conjunto de creencias que da una manera al alma, son dos modos en que se expresa en la conciencia una misma fantasía inconciente de “conformación” (o configuración), que implica una “capacidad de conformación”. Los autores enfatizan que nos conformamos a través de un *“elástico vaivén entre ceder y mantenernos firmes frente a la presión de cambio, entre desistir de nuestra intención e insistir de un nuevo modo reiterando el intento de modificar la circunstancia”* (pág. 208). En este vaivén nos formamos con la circunstancia y, al mismo tiempo, la formamos con nosotros. Los autores subrayan que este proceso implica un duelo y explican que cuando no se puede renunciar a los objetos ideales, se ve comprometido el vínculo con los objetos reales *“que podrían calmar ‘realmente’ el dolor de la insatisfacción”* (pág. 208).

Chiozza y colaboradores relacionan esta interacción entre el yo y la circunstancia con el concepto de “interés”, término que significa, en su esencia, la capacidad de “ser entre” las cosas, *“que nos rodean y solicitan”* (pág. 207), de estar entre ellas, volcados hacia nuestra circunstancia. Explican que sólo podemos conformarnos saludablemente cuando estamos interesados por las cosas. A partir de los

¹⁸ En la investigación de esclerosis los autores hablan del tejido “conjuntivo”. En los textos más modernos se utiliza en su lugar el término “conectivo”. Ambos términos son sinónimos y en este trabajo los utilizamos como tales.

desarrollos que realizan en la investigación, los autores plantean que las enfermedades del tejido conectivo expresan un sentimiento de disconformidad que se encuentra reprimido. Es decir que este tipo de afecciones implican una alteración en la capacidad de conformación y una dificultad para “interesarse”, para “ser entre” las cosas.

En relación a los procesos de esclerosis en particular, los autores postulan que estos expresarían una disconformidad que tiene un matiz propio y que ellos denominan “disconformidad esclerosa”. Esta se apoya *“en un particular malentendido: la ilusión de que existe la posibilidad de una estabilidad permanente”* (pág. 211). Los autores explican que el enfermo escleroso, a través de su pérdida de flexibilidad y su rigidez aumentada, expresa el deseo de hacer perdurar de un modo invariante un determinado conjunto coherente de creencias que ha entrado en crisis, ya que si bien conserva cierta coherencia interna, ha perdido su coherencia con el mundo. Continúan explicando que, cuando la circunstancia –que nunca es inmutable- cambia, el enfermo escleroso prefiere creer que la causa de su malestar está en el mundo y que en lugar de cambiar él, es el mundo el que debería cambiar, para reinstalar la circunstancia en la que las dificultades no se presentaban. Mientras espera que el mundo cambie, el sujeto sustituye la elasticidad que alterna entre el desistir y el insistir por una actitud de resistir a la presión de cambio que impone la circunstancia. Así, *“aferrado pertinazmente a creencias que le resultan inservibles, atrapado en una especie de egocentrismo, no puede ingresar en un cambio que implica dejar de ser quien se es para llegar a ser ‘otro’ que mantiene auténticamente su forma”* (pág. 213).

Teniendo en cuenta estas ideas y relacionándolas con lo que planteamos antes, acerca de la importancia que tiene el hecho de que la mano se extienda y se amolde a los objetos para poder agarrarlos mejor, nos preguntamos si la dificultad que presenta el paciente con Dupuytren para abrir la mano no podría estar vinculada con un conflicto en relación a la necesidad de “con-formarse” con sus objetos. Pensamos que, quizás, la mano que no puede abrirse del todo estaría expresando la renuencia inconciente del sujeto a amoldarse al objeto, a “ceder” ante las características propias que el objeto pueda presentar, que tal vez son diferentes de lo que él desearía.

Hasta acá hicimos hincapié en la pérdida de ductilidad que tiene la mano del enfermo de Dupuytren, en su incapacidad para abrirse y amoldarse a las cosas, lo cual determina que el paciente tenga dificultad para agarrar objetos. Sin embargo, hay otro aspecto que nos parece significativo en este trastorno.

Al estudiar los diferentes componentes de la mano y su relación con las distintas funciones, Benítez de Bianconi (2014) sostiene que *“es posible que la capacidad específica de apoderamiento se vincule con los cinco dedos y con la flexibilidad palmar, que en conjunto permiten a la mano cerrarse sobre sí misma”* (pág. 168).

Nos parece importante el hecho de que estos componentes son los que se ven afectados en la enfermedad que nos ocupa, lo cual nos lleva a plantearnos si en

ella podría estar en juego un conflicto en torno a esta capacidad de apoderamiento que, entendemos, está estrechamente ligada a la facultad de prensión que antes mencionamos.

El término “prender” significa primariamente “asir, agarrar, sujetar”; también quiere decir “hacer presa una cosa”, detener a alguien y ponerlo en prisión (DRAE, 1992).

Si estudiamos las diferentes formas de prensión, podemos dividir, a grandes rasgos, los tipos de agarre o de presa en dos: los agarres de destreza y los agarres de fuerza. Los primeros requieren principalmente de los dedos pulgar e índice -que constituyen la pinza digital- y en ocasiones también participa la punta de los demás dedos. Dentro de los agarres de fuerza se encuentran los prensiles y los no prensiles. Los prensiles involucran la palma y los dedos, pudiendo incluirse o no el dedo pulgar.

Como vimos, en la enfermedad de Dupuytren la pinza digital no suele verse comprometida, es decir que el paciente no parecería tener conflicto con esta función. En cambio, se ven afectados principalmente los últimos tres dedos y la palma de la mano, que participan en la prensión de fuerza que recién mencionamos. Resulta significativo que el sujeto *puede* cerrar la mano –y por lo tanto puede ejercer en cierta medida la prensión de fuerza-, pero lo que no puede es abrirla del todo. Esto nos lleva a pensar si, tal vez, este trastorno podría estar expresando una renuencia a “soltar” el objeto. En este sentido, yendo un paso más, quizás la contractura que determina que la mano se vaya cerrando progresivamente podría estar expresando el deseo de mantener al objeto “apresado”.

Si tenemos en cuenta lo que desarrollamos antes acerca de la renuencia del enfermo a amoldarse a los objetos y a adaptarse a sus características, podríamos pensar que, quizás, como contracara de esta dificultad, el paciente intenta mantener aferrado al objeto *tal cual él quiere que sea* y sin estar dispuesto a cambiar él. Por un lado, siente que necesita al objeto y que no puede soltarlo, pero, por el otro lado, no se siente dispuesto a amoldarse a él y a realizar los cambios necesarios para poder acomodarse a sus características.

Podemos representarnos estas vivencias de diferentes maneras, por ejemplo en la relación del sujeto con su cónyuge, con sus hijos o con su trabajo. Se trataría de una situación en la que él siente que algo en estos vínculos ha cambiado y demanda también un cambio de parte de él. No se siente dispuesto a esto, pero, al mismo tiempo, siente que tampoco puede perder el vínculo y entonces intenta “retenerlo”, como si quisiera forzar al otro a que siga siendo como era antes.

Pensamos que esta idea nos permitiría completar lo que pudimos comprender al analizar las alteraciones del tejido conectivo y de la fascia palmar en esta enfermedad. Estos diferentes aspectos parecerían apuntar a la intención de resistirse a abrir la mano, de intentar acercar el objeto hacia sí y de mantenerlo apresado. También la proliferación de colágeno, que aporta “fibra” y resistencia,

podría comprenderse a la luz de estas ideas como un deseo del sujeto de volverse más fuerte y más resistente para poder retener al objeto.

En este punto nos parece importante mencionar que en los casos más típicos de la enfermedad de Dupuytren si bien los dedos se encuentran flexionados, la mano no suele quedar completamente cerrada. Nos preguntamos si esto podría cuestionar la idea que planteamos en los párrafos anteriores respecto del deseo de agarrar algo con fuerza.

No tenemos una respuesta definida para este interrogante. Una posible explicación es que, tal vez, la posición “semicerrada” que adopta la mano podría estar expresando la ambivalencia entre el deseo conciente de abrirla y el deseo inconciente de cerrarla, como si hubiese dos intenciones en pugna. Nos parece que esta ambivalencia también quedaría reflejada en el hecho de que, cuando el sujeto quiere abrir la mano, siente que algo “tira” de sus dedos y le impide extenderlos. En este sentido, es interesante que, como vimos, se llama “cuerdas” o “bridas” a las bandas de tejido fibroso que se dirigen desde la palma hacia los dedos, tirando de ellos y obligándolos a flexionarse. También nos parece significativo que, como dijimos, estas bandas fibrosas se engrosan en la medida en que el paciente hace más esfuerzo por extender los dedos.

Al investigar los significados inconcientes de las várices, Chiozza y colaboradores (1991g [1990]), analizando la etimología de los términos “corazón” y “cordura”, plantean que *“tanto corazón como cuerda entrañarían la idea de llevar al centro (corazón) o al eje central (columna vertebral)”* (pág. 240). Por otra parte, la palabra “brida”, que significa “rienda”, deriva de una raíz germánica, *bregdan*, que quiere decir “tirar (de algo)” (Corominas, J., 1980). En alemán, cuerda significa “Strang”, término que deriva de una raíz emparentada con el verbo “estrangular” (Duden, 2001).

Pensamos que estos significados podrían apoyar la idea de que, además de la renuencia a “soltar” el objeto, la dificultad para extender los dedos en la enfermedad de Dupuytren podría expresar también el deseo de tirar o “traccionar” el objeto hacia sí, de la misma manera que las cuerdas tiran de los dedos, acercándolos a la palma. Recordemos que “contraer” significa “juntar una cosa con otra” y “retraer” quiere decir “volver a traer”. Los términos “traer” y “tracción”, a su vez, derivan del latín *trahere*, que significa “arrastrar”, “tirar de algo” (Corominas, J., 1980).

En este sentido, nos despertó curiosidad el hecho de que el dedo más frecuentemente afectado sea el anular. Intentamos averiguar por qué se designa a este dedo como portador del anillo de bodas. De las explicaciones que pudimos encontrar, la que nos pareció más interesante remite a una antigua leyenda egipcia¹⁹, según la cual los egipcios pensaban que existía una vena ubicada en el cuarto dedo, que conducía directamente al corazón. Ellos creían que mediante la

¹⁹ “La mano, admirable don del hombre”, de Alfonso Pouchades Orts, Biblioteca universal y en <http://www.taringa.net/posts/info/16139871/Historia-del-dedo-del-anillo-de-bodas.html>.

colocación de un anillo en este dedo, los afectos permanecerían “atados” y no podrían escapar a través de las puntas de los dedos²⁰²¹.

Por otro lado, la palabra “mano”²² deriva del latín *manus*, un término que en el lenguaje jurídico romano también significa “poder” o “posesión”, sobre todo en referencia al poder que el amo tenía sobre sus esclavos o al poder jurídico que el marido tenía sobre su mujer, semejante a la patria potestad. En efecto, podemos considerar que lo que uno tiene en la mano, lo tiene en su poder. Según Etimologías de Chile, la expresión “pedir la mano” de una mujer para casarse con ella expresa la idea de pedir el poder sobre ella como marido²³.

Pensamos que estas referencias ilustran la relación que existe entre la mano y la vivencia de apoderarse de los objetos. Nos preguntamos si es posible considerar que el enfermo de Dupuytren -en el que, como vimos, se ven comprometidos los elementos de la mano vinculados a la capacidad de apoderamiento- expresa a través de su trastorno la vivencia de estar perdiendo este poder, así como la necesidad de conservarlo. Tal como si tuviera la sensación de que un objeto que antes sentía que “poseía”, ahora estuviera “yéndosele de las manos” y no pudiera retenerlo. Pensamos que esta dificultad en el vínculo con el objeto podría tener que ver, como dijimos, con cambios en la relación que demandan del sujeto una adaptación y un duelo que no se siente dispuesto a realizar. Pensamos que, tal vez, el trastorno en la mano podría estar expresando el deseo inconciente de “tirar del objeto”, de aferrarlo o apoderarse de él, para evitar perderlo.

Los puntos que fuimos desarrollando hasta aquí constituyen una aproximación al tema que, esperamos, de lugar a que podamos seguir discutiendo y profundizando las ideas con ustedes. Hay varios aspectos que no logramos integrar, a pesar de que nos parecen significativos. Por ejemplo, no logramos comprender aún por qué esta enfermedad predomina en los hombres y por qué suele comenzar en la mitad de la vida, así como tampoco pudimos profundizar en la relación que presenta con los pueblos vikingos. Esperamos poder ampliar esta comprensión en una ocasión futura.

²⁰ Los “anillos” en aquella época no eran de metal, sino de trenzas de tejido o de cáñamo, es decir que eran pequeñas cuerdas que se ataban alrededor del dedo.

²¹ También nos resultó interesante una referencia del autor Paul Berdanier, quien plantea que el uso del anillo para las ceremonias de petición de mano se desarrolló a partir de una antigua práctica supersticiosa, en la cual el hombre ataba un cordón alrededor de la cintura, caderas y tobillos de la mujer de la que estaba enamorado, para asegurarse el control sobre su espíritu (Paul Berdanier [1887-1962] es un autor estadounidense que estudió e ilustró en formato de “comics” el origen de diferentes palabras, expresiones y costumbres).

²² www.etimologias.dechile.net

²³ En este mismo sentido, nos parece interesante que la palabra “emancipar” -cuyo significado originario es “sacar a un hijo de la patria potestad de su padre”- está formada por el prefijo e-, ex y la raíz del vocablo *manicipium*, palabra compuesta por *manus* (mano, pero también poder, o posesión) y por la raíz del verbo *capere* (coger, tomar). *Manicipium* es entonces “todo lo que un padre de familia tiene ‘tomado en su mano, cogido en su poder’, tanto los derechos de autoridad sobre los miembros de su familia, que incluía esclavos si es que tenía alguno, como la titularidad de los bienes de su unidad familiar” (www.etimologias.dechile.net).

SÍNTESIS

- Comenzamos con una breve reseña del trabajo anterior que presentamos acerca de este tema, explicando por qué la tesis de aquel abordaje no resultó convincente.
- Describimos los rasgos esenciales de la enfermedad de Dupuytren, que pueden resumirse en los siguientes puntos: afecta a la palma de la mano y a los dedos - principalmente al anular, al meñique y al mayor-, consiste en un proceso de fibrosis de la aponeurosis palmar superficial, en donde se forman nódulos y bandas fibrosas. Cuando el tejido fibroso se retrae, también lo hace la aponeurosis, ocasionando la contractura en flexión de los dedos y el cierre progresivo de la mano.
- Abordamos el estudio del tejido conectivo, que es el principal tejido que se “enferma” en esta afección. Dentro de sus componentes, destacamos la presencia de miofibroblastos, que son fibroblastos modificados que presentan capacidad contráctil y que participan en los procesos normales de cicatrización, así como en los procesos patológicos de fibrosis, como es el caso de la enfermedad de Dupuytren.
- También destacamos la función del colágeno, que consiste en otorgar al tejido resistencia a la tracción. Mencionamos que, cuando existe hipomovilidad o un estrés mecánico excesivo, el colágeno se vuelve más duro y menos móvil, dando lugar a un círculo vicioso que lleva a la formación de retracciones y adherencias fibrosas.
- Agregamos que, si bien en condiciones normales el movimiento evita la formación de retracciones y adherencias, una vez instalado el proceso de fibrosis, el intento de mover la zona afectada podría funcionar como un estímulo para la formación de más fibrosis.
- Nos preguntamos si, en el caso de la enfermedad de Dupuytren, podría interpretarse que existe un deseo inconciente del sujeto de no abrir su mano y que, cuando, desde un deseo conciente, intenta abrirla, esto refuerza la moción inconciente opuesta, dando lugar a una mayor fibrosis.
- Realizamos una breve descripción de las características principales del sistema fascial, siguiendo los desarrollos de Pilat. Mencionamos que la función de la aponeurosis palmar consiste en proteger la palma de la mano y evitar un excesivo deslizamiento de la piel a los fines de procurar suficiente estabilidad para lograr una mejor prensión de los objetos.
- Destacamos que Pilat explica que, gracias a la presencia de miofibroblastos, la fascia tiene una capacidad contráctil propia y que además puede reaccionar

aumentando la densidad del colágeno cuando se ve sometida a estímulos mecánicos excesivos o en situaciones de hipomovilidad.

- En función de estas ideas, nos preguntamos si el engrosamiento y la retracción de la aponeurosis que ocurre en la enfermedad de Dupuytren podría estar expresando el deseo de lograr una mejor prensión del objeto y de resistirse a posibles tensiones que puedan implicar el riesgo de tener que “des-prenderse” de él.
- En este sentido, nos preguntamos también si la contracción del tejido conectivo, que acerca entre sí sus componentes, al igual que la retracción de la fascia, que acerca los dedos a la palma, podrían relacionarse con un deseo inconciente de acercar al objeto, de “tirar” de él, para agarrarlo y retenerlo.
- Intentamos profundizar en el fenómeno que la medicina denomina “fibrosis”, que consiste esencialmente en la proliferación de tejido conectivo denso. Mencionamos que este fenómeno está estrechamente vinculado con los procesos de cicatrización normales y también con procesos patológicos en los que la proliferación de tejido fibroso ocurre *sin* que existan lesiones o procesos inflamatorios evidentes.
- Reparamos en la estrecha vinculación que existe entre los procesos de fibrosis y los de esclerosis, términos que en medicina a menudo se utilizan como sinónimos. Dijimos que en la fibrosis ocurre una proliferación de tejido conectivo denso que no siempre está presente en la esclerosis y que, a su vez, en muchas ocasiones las fases finales de un proceso de fibrosis se asemejan a una esclerosis. Agregamos que esto último parece ocurrir también en la enfermedad de Dupuytren, en donde existe una primera fase de proliferación de tejido fibroso, seguida por una fase de induración y atrofia celular.
- Abordamos el tema de la mano, tomando como punto de partida los conceptos desarrollados por Benítez de Bianconi en relación a este órgano. La autora plantea que la idea básica de la mano es la de *“aferrar, tomar algo, poseerlo, en suma, apoderarse”* (pág. 167) y destaca que la estructura de la mano humana permite una serie de funciones que posibilitan *la ductilidad, la delicadeza y la prensión*. Explicamos que estas tres funciones se ven alteradas, en mayor o menor medida, en la enfermedad de Dupuytren.
- Planteamos que en esta enfermedad se ve afectada la capacidad de abrir la mano. Intentamos explorar las implicancias de esta dificultad en relación a la función de este órgano, destacando la importancia que tiene el abrir la mano para lograr amoldarse a los objetos y así poder agarrarlos. Relacionamos este punto con los significados inherentes a los procesos de esclerosis y planteamos que, tal vez, la dificultad que presenta el paciente con Dupuytren para abrir la mano podría estar vinculada con un conflicto en relación a la necesidad de “con-formarse” con sus objetos. Dijimos que la mano que no puede abrirse del todo podría estar expresando la renuencia inconciente del sujeto a amoldarse al

objeto, a “ceder” ante las características propias que el objeto pueda presentar, que tal vez son diferentes de lo que él desearía.

- Luego, intentamos profundizar en la alteración de la función de prensión en esta enfermedad, destacando que en ella se ven alterados los elementos de la mano que, según Benítez de Bianconi, estarían vinculados a la capacidad de apoderamiento. Estos elementos participan también de lo que se denomina “prensión de fuerza”. Dado que el paciente con Dupuytren puede cerrar la mano, pero no puede abrirla del todo, nos preguntamos si esta dificultad podría estar relacionada con una renuencia a “soltar” el objeto. En este sentido, nos planteamos también si la contractura que determina que la mano se vaya cerrando progresivamente podría estar expresando el deseo de mantener al objeto “apresado”.
- Buscando integrar las ideas expuestas, planteamos que tal vez el enfermo de Dupuytren quiere mantener aferrado al objeto *tal cual él quiere que sea* y sin estar dispuesto a cambiar él. Siente que necesita al objeto y que no puede soltarlo, pero, por el otro lado, no se siente dispuesto a amoldarse a él y a realizar los cambios necesarios para poder acomodarse a sus características.
- Como posible objeción a estas ideas, mencionamos el hecho de que, en la enfermedad de Dupuytren, si bien la mano no puede abrirse del todo, tampoco suele quedar completamente cerrada. Dijimos que quizás esto podría comprenderse como expresión de una ambivalencia entre el deseo conciente de abrir la mano y el deseo inconciente de cerrarla, una ambivalencia que también se vería reflejada en la sensación que tiene el paciente, cuando intenta abrir la mano, de que algo “tira” de sus dedos y le impide extenderlos.
- Intentamos establecer una relación entre las “cuerdas” fibrosas presentes en esta enfermedad -que tiran de los dedos llevándolos hacia la palma-, la contracción y la retracción, con un deseo del sujeto de “tirar” del objeto para acercarlo.
- Luego trajimos algunos datos en relación al uso del anillo de bodas en el dedo anular y a la etimología de la palabra “mano”, que parecerían ir en la misma dirección de establecer una relación entre la mano y la vivencia de apoderarse de un objeto.
- Por último, nos preguntamos si es posible pensar que el enfermo de Dupuytren expresa a través de su trastorno la vivencia de estar perdiendo este poder, así como la necesidad de conservarlo. Entendemos que esta dificultad en el vínculo con el objeto tendría que ver con cambios en la relación, que demandan del sujeto una adaptación y un duelo que no se siente dispuesto a realizar. Pensamos que, tal vez, el trastorno en la mano podría estar expresando el deseo inconciente de “tirar del objeto”, de aferrarlo o apoderarse de él, para evitar perderlo.

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, Luis y colab. (1991g [1990])

"Los significados inconcientes específicos de la enfermedad varicosa", en *Obras Completas*, t. X, Editorial Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008.

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

"Los significados inconcientes específicos de la esclerosis", en *Obras Completas*, Tomo XI, Editorial Libros del Zorzal, 2008.

COROMINAS, J. (1980)

Diccionario crítico etimológico castellano e hispano, Editorial Gredos, Madrid, 1984.

DRAE (1992)

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

DUDEN (2001)

Diccionario etimológico de la lengua alemana, Dudenverlag, Mannheim, 2001.

FAWCETT, D.W. (1987)

Tratado de Histología, Ed. MCGRAW-HILL – INTERAMERICANA, España, 1995.

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

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

GÓMEZ DE SILVA, G. (2006)

Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española. Fondo de Cultura Económica. México. 2006.

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.

PILAT, A. (2003)
Terapias miofasciales: inducción miofascial, Ed. McGRAW-HILL – INTERAMERICANA, España, 2003.

PROATO: PROGRAMA DE ACTUALIZACIÓN EN TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA (2000)
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.

ROUVIERE, H., y DELMAS, A. (1987)
Anatomía humana, 9ª edición, t. III, Editorial Masson, España, 1994.

SALAZAR HURTADO, E.; KURZER SCHALL, A.; DAREGT ROJAS CASTAÑEDA, L. (1997)
Las Manos. Livraría Santos Editora Ltda. San Pablo, 1997.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMO, M. y GARCÍA BELMONTE, S. (2015)
“Acerca de la Enfermedad de Dupuytren”. Simposio 2015. Fundación Luis Chiozza, 2015.

LO TARTARO, A. (1987b)
“Acerca de las manos (segunda comunicación)”. C.I.M.P., 1987.

OBSTFELD, D. (2001)
“Aproximaciones a la comprensión del sentido de la contractura muscular (tercera comunicación)”. Fundación Luis Chiozza, agosto 2001.

PILAT, A. (2012)
“Rol de la fascia en el proceso de mecanotransducción”, Escuela de Terapias Miofasciales Tupimek, Madrid, España.

TOMASEK, J. (2002)
“Myofibroblasts and mechanoregulation of connective tissue remodelling”, Nature reviews, Volume 3, 2002.