

***“Volviendo a pensar en la enfermedad de  
Dupuytren”***

María Adamo  
Sofía García Belmonte

**FUNDACIÓN LUIS CHIOZZA**  
-10 de junio 2016-

## **Introducción**

Este trabajo es un nuevo intento de aproximarnos a la comprensión del significado inconciente expresado en la enfermedad de Dupuytren, un tema del que nos hemos ocupado en ocasiones anteriores (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2015a, 2015b, 2016). Sabemos que el camino que se emprende al investigar el drama oculto en un trastorno orgánico suele ser largo y difícil. Durante las discusiones de los trabajos que presentamos, surgieron aportes de nuestros colegas, que nos estimularon a seguir reflexionando en el tema. En esta nueva ocasión, intentaremos retomar las ideas que nos parecen valiosas de las comunicaciones anteriores, para profundizar en ellas, integrándolas con cuestiones que fuimos pensando a partir de las participaciones que se llevaron a cabo.

Tomaremos como eje los significados inherentes al gesto de abrir la mano, ya que este es el movimiento que la enfermedad de Dupuytren impide realizar. Además, analizaremos los componentes que, a nuestro entender, caracterizan a esta patología y le otorgan su particularidad: la palma y los dedos del lado cubital de la mano, que es donde comienza y se presenta con mayor frecuencia la enfermedad, la aponeurosis palmar superficial, que es el tejido comprometido, y la fibrosis, que constituye el proceso patológico de esta alteración. Por último, realizaremos unas reflexiones finales donde tomaremos en cuenta la relación entre la enfermedad de Dupuytren y dos trastornos similares, que afectan la fascia superficial del pene y la de la planta del pie, respectivamente.

## Breve descripción de la enfermedad<sup>1</sup>

La enfermedad de Dupuytren consiste en un proceso de fibrosis de la aponeurosis palmar superficial que ocasiona la flexión de los dedos afectados -principalmente el anular, el meñique y el mayor- y el cierre progresivo de la mano. 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 flexión de cada articulación oscila ampliamente en severidad y también es imprevisible el ritmo 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 y es más frecuente en hombres que en mujeres, predominando en personas con ascendencia céltica o escandinava<sup>2</sup>. Su etiología es desconocida.

En general, se denomina “fibrosis” a la proliferación excesiva o patológica de tejido conectivo denso, rico en colágeno. En el caso de la enfermedad de Dupuytren, la afección comienza en la palma de la mano, con la aparición de nódulos de tejido fibroso en la aponeurosis palmar superficial, generalmente sobre el pliegue palmar distal, a nivel del cuarto dedo. En la medida en que la enfermedad progresa, aparecen más nódulos y también engrosamientos fibrosos alargados, llamados “cuerdas” o “bridas”, que se extienden desde la palma hasta los dedos comprometidos. 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)<sup>3</sup>. Entendemos que se establece un círculo vicioso, en el que la fibrosis lleva a la flexión articular y, posteriormente, el esfuerzo por extender las articulaciones actúa como un nuevo estímulo para la generación de más fibrosis.

Podemos distinguir un primer momento dentro de la evolución de la enfermedad, que se caracteriza por la proliferación fibrosa que ocasiona un engrosamiento de la aponeurosis palmar. En un segundo momento, el tejido fibroso comienza a contraerse, determinando una progresiva retracción de la aponeurosis, lo que impide la extensión de la palma y de los dedos afectados, flexionando las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas comprometidas. Esta

---

<sup>1</sup> La bibliografía médica que consultamos para este trabajo es: Bunnel (1951); Carcuro (2012); Fitzgerald (2004); Green (1999); Nuñez-Samper (1997); PROATO (2000); Salazar Hurtado (1997); Rouviere, H. y Delmas, A., (1987). En los lugares donde nos refiramos a otra bibliografía la citaremos aparte.

<sup>2</sup> Por ello se la denomina también “enfermedad de los vikingos”. Pensamos que esta característica de la enfermedad, así como la predominancia en el sexo masculino, resultan significativas. Sin embargo, no hemos logrado arribar aún a una interpretación al respecto que nos resulte convincente.

<sup>3</sup> 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.

retracción es un elemento esencial de la enfermedad de Dupuytren, a la que también se la denomina “retracción de la aponeurosis palmar”<sup>4</sup>.

Suele indicarse tratamiento kinesiológico para enlentecer la progresión de la enfermedad, que se centra en el uso de férulas y en la realización de ejercicios que procuran la extensión de los dedos. En relación a estos ejercicios, un punto central es realizarlos de manera suave, lenta y reiterada. Si, en cambio, se los realiza de manera brusca, rápida y con poca frecuencia, lo único que se logra es incrementar la fibrosis y la retracción de los tejidos<sup>5</sup>.

En casos avanzados, se recomienda el tratamiento quirúrgico, que consiste en “cortar” las cuerdas, realizando una resección parcial o total de la aponeurosis palmar. Entre las complicaciones postoperatorias se destaca la formación de nuevas retracciones debidas al proceso de cicatrización<sup>6</sup>. Además, a menudo la enfermedad recidiva tras la cirugía.

Esta enfermedad forma parte de las “fibromatosis superficiales”, que constituyen un grupo de afecciones caracterizadas por la proliferación nodular de tejido fibroso, de comportamiento benigno, que pueden aparecer en la fascia palmar de la mano (enfermedad de Dupuytren), en la fascia plantar del pie (enfermedad de Ledderhose) o en la túnica albugínea del pene (enfermedad de La Peyronie). Nos parece interesante que en algunos casos coexisten dos o tres de ellas, expresándose así una “tendencia” a la fibrosis.

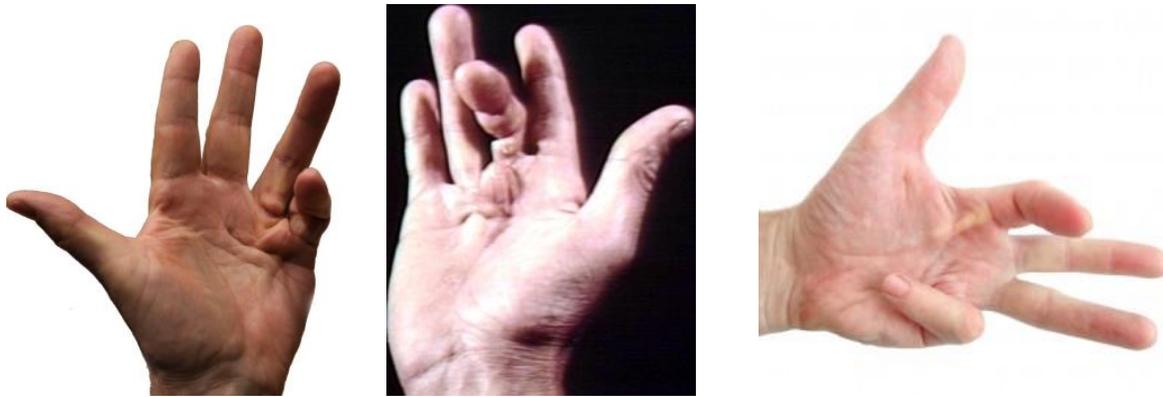
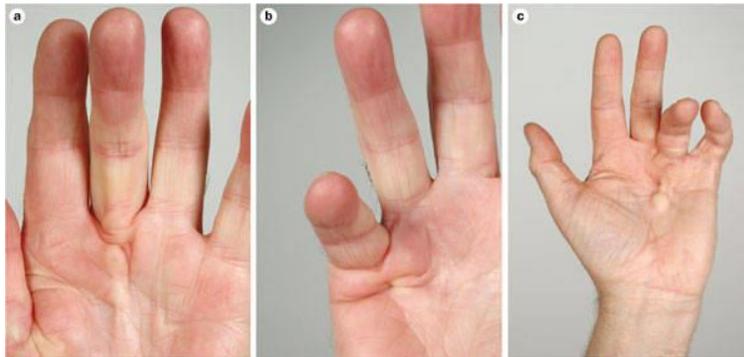
A continuación traemos algunas imágenes para ilustrar mejor el aspecto que adquiere la mano en esta enfermedad.

---

<sup>4</sup> También se la denomina “contractura de Dupuytren”. Sin embargo, no se trata en realidad de una contractura muscular, sino de una retracción aponeurótica. La contractura muscular es, en todo caso, secundaria a la retracción de la aponeurosis (Dr. Poitevin, comunicación personal).

<sup>5</sup> Comunicación personal de la Lic. Regina Friebe.

<sup>6</sup> Comunicación personal del Dr. Pilat.



## Acerca del gesto de abrir 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.

Como dijimos, lo que se altera en la enfermedad de Dupuytren 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.

En un trabajo anterior (Adamo, M. y García Belmonte, S. 2016) planteamos que el gesto de abrir la mano está vinculado al acto de soltar o dejar ir aquello que se tiene agarrado, como refleja la expresión “abrir mano de”, que significa *“abandonar alguna cosa”* (Chevalier, J. y Gheerbrant, A., 1969). Guiadas por ideas del Dr. Chiozza<sup>7</sup>, señalamos también que el acto de abrir la mano expresa *“una disposición para entrar en contacto con los otros. La mano que se abre<sup>8</sup> es la mano que se extiende y que se despliega hacia las cosas. Abrimos la mano para agarrar algo, pero también para realizar una caricia o para tomar a alguien de la mano. Abrimos la mano cuando entregamos algo, así como para pedir y para recibir algo”* (pág. 12). La mano, decíamos, constituye un “puente” que nos permite comunicarnos, entrar en contacto y realizar un intercambio con los demás.

Siguiendo los desarrollos de Benítez de Bianconi (2014), dijimos que existen dos vertientes de significados en torno a las manos, relacionadas con un accionar individual y uno colectivo, respectivamente. La primera se vincula con la posibilidad de hacer cosas en el mundo destinadas a mitigar las propias carencias, sustituyendo así al objeto auxiliador. La segunda está relacionada con la comunicación y con la capacidad de “hacer mancomunadamente”, es decir con la posibilidad de unirse a otros para colaborar en una tarea común y trascendente. La autora explica que estos dos aspectos sólo aparentemente son contradictorios, dado que, si lo comprendemos mejor, vemos que estas “dos manos” constituyen en verdad una misma: *“la mano integrada sería aquella que no sólo hace, maneja y se apodera, avanzando hacia donde la necesidad y el deseo impulsan. También tantea con cuidado, sopesando sus sensaciones y sus recuerdos con su accionar y los de quienes están a su alrededor, con quienes con-tacta”* (pág. 170).

---

<sup>7</sup> Participación realizada durante la presentación el trabajo “Algunas ideas acerca de la enfermedad de Dupuytren” (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2015b).

<sup>8</sup> Una de las acepciones de “abrir” es “extender lo que estaba encogido, doblado o plegado” (DRAE, 1992).

Benítez de Bianconi (1991) plantea que la mano es un órgano especializado en el hacer, pero también en el sentir, y destaca que el tacto es fundamental para un adecuado accionar manual. Señala que el sentido del tacto me informa de la existencia de mi “yo” individual, pero también me indica que este “yo” sólo existe en relación a otras “individualidades” *“frente a las que tengo que proceder con tacto, que me informan y forman”* (pág. 14-15).

En el trabajo anterior vinculamos el gesto de abrir la mano con la disposición a dar y a aceptar, es decir a intercambiar con los demás. Planteamos que *“cuando se ejercen de manera saludable, la capacidad de dar y la de aceptar constituyen dos caras de una misma moneda e implican asumir la necesidad de entrar en contacto y de realizar un intercambio con los otros”*. Y agregamos que *“esto, a su vez, conlleva una disposición a modificar y adaptar los límites del propio yo en función de los demás, es decir a ‘formarse con’ los otros”* (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2016, pág. 15).

En función de estas ideas, planteamos que si la mano que se abre, como un puente que se extiende hacia los demás, simboliza la disposición a dar y a aceptar, la mano del paciente con Dupuytren, que no puede abrirse por completo, parecería expresar un conflicto entre esta disposición al intercambio y la intención inconciente opuesta, de retraerse y cerrarse.

### **Una referencia a otras afecciones que también dificultan la apertura de la mano**

En la discusión de aquel trabajo (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2016) se planteó que la dificultad para abrir la mano no es específica de la enfermedad de Dupuytren y que, por lo tanto, estas ideas deberían poder aplicarse también a otras patologías que presentan una dificultad similar. Esto nos llevó a profundizar en el tema y vimos que, efectivamente, existen otras alteraciones en donde los dedos se encuentran flexionados o presentan algún tipo de dificultad en su extensión. A modo de ejemplo, describiremos brevemente dos de estos trastornos, que fueron mencionados en aquella ocasión.

El primero de ellos es la artritis reumatoide, una enfermedad que se caracteriza por ser dolorosa y que consiste en una inflamación de las articulaciones<sup>9</sup>, debida al ataque autoinmunitario que se realiza sobre el tejido sinovial. Los dedos se encuentran más deformados<sup>10</sup> que flexionados, presentan rigidez articular y en ocasiones se desvían en sentido cubital (“mano en ráfaga”). Las manos pueden encontrarse semiflexionadas a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas,

---

<sup>9</sup> Además de las articulaciones de las manos, se afectan las muñecas, los codos, las rodillas y los pies.

<sup>10</sup> Se describe la deformación “en cuello de cisne” (flexión de la articulación interfalángica distal y metacarpofalángica, con hiperextensión de la articulación interfalángica proximal) y “en ojal” (flexión de la articulación interfalángica proximal con hiperextensión de la interfalángica distal).

presentando dificultad para extenderse por completo. Si bien a veces la mano no puede extenderse del todo, es significativo que tampoco puede cerrarse bien: *“Con el paso del tiempo, la afectación de las articulaciones de la mano comienza a dificultar notablemente la flexión de los dedos e impide la acción de cerrar el puño, una maniobra que, además, suele intensificar el dolor”*<sup>11</sup>. Entendemos que la mano del paciente con artritis reumatoide no se caracteriza por ser una mano que se va cerrando progresivamente, como ocurre en el caso de Dupuytren, sino por ser una mano deformada y dolorosa, que presenta rigidez articular.



DEDOS EN “CUELLO DE CISNE”



FLEXIÓN DE LA ARTICULACIÓN METACARPOFALÁNGICA y “MANO EN RÁFAGA”

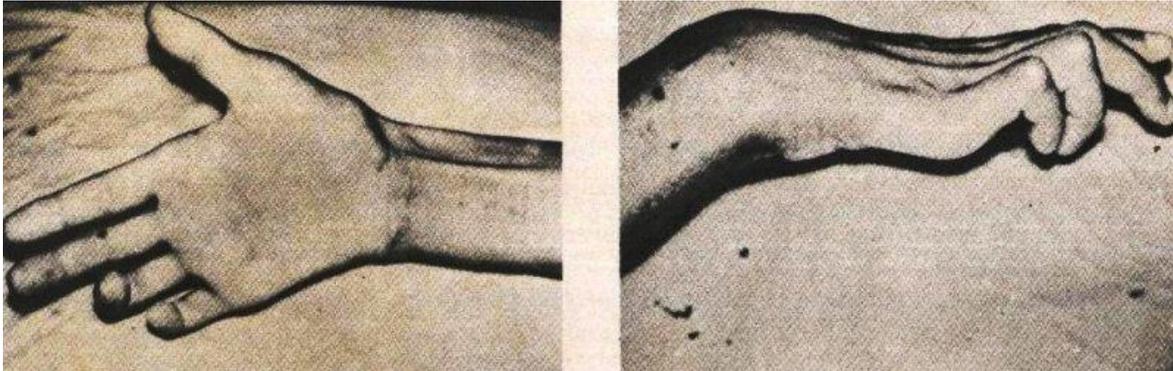
La otra afección que queremos mencionar es aquella que se conoce como “mano en garra”. Este término es inespecífico y se utiliza en general para referirse a una mano que presenta extensión de las articulaciones metacarpofalángicas y flexión de las articulaciones interfalángicas primera y segunda<sup>12</sup>. Esto se debe a una acción excesiva del extensor común de los dedos y de los flexores de los dedos por falta de la acción antagónica que normalmente ejercen los músculos lumbricales e interóseos, cuya función es flexionar la primer falange y extender las otras dos. Existe una gran cantidad de trastornos que dan lugar a esta postura de la mano.

Una patología que la ocasiona y que puede asemejarse, en cierto modo, a la enfermedad de Dupuytren es la parálisis debida a una lesión del nervio cubital. Cuando este nervio se lesiona a nivel de la muñeca, da lugar a lo que se denomina “mano en garra cubital”. La mano presenta hiperextensión de las articulaciones metacarpofalángicas de los dedos anular y meñique, con flexión de las articulaciones interfalángicas proximales y distales de estos dedos. El paciente

<sup>11</sup> <http://www.conartritis.org/todo-sobre-artritis/que-es-la-ar/manifestaciones/>

<sup>12</sup> En términos aún menos específicos, se denomina “mano en garra” a cualquier afección que presente algún tipo de flexión de los dedos, aunque no presente hiperextensión de las articulaciones metacarpofalángicas. Dentro de esta concepción, la enfermedad de Dupuytren podría considerarse un tipo de “mano en garra”.

suele tener dificultad para cerrar el puño, ya que la mano no puede cerrarse sobre sí misma. En esta afección es posible movilizar pasivamente las falanges, llevándolas a la extensión, mientras que en la enfermedad de Dupuytren la flexión de los dedos es fija e inamovible. Además, en esta última enfermedad las primeras falanges se encuentran en flexión permanente, mientras que en la garra cubital, como dijimos, se encuentran hiperextendidas.



“MANO EN GARRA CUBITAL”

En la medida en que hay diferentes enfermedades que presentan algún tipo de dificultad para abrir la mano, pensamos que es posible considerar que existiría un conflicto común a todas estas patologías, vinculado al significado de este gesto, pero al que se puede “llegar” por diferentes “camino”. Cada uno de estos caminos expresará, a su vez, un matiz particular dentro del significado general.

Como consignamos en el apartado anterior, pensamos que la mano que se abre es como un puente que se extiende hacia el mundo y los demás y, por lo tanto, la dificultad para abrirla expresaría algún tipo de impedimento para “abrirse” a los otros y entrar en contacto, para dar y aceptar. Partiendo de este conflicto “básico”, pensamos que no significará exactamente lo mismo no poder abrir la mano debido, por ejemplo, a una parálisis del nervio cubital, que no poder hacerlo por haber desarrollado un proceso de fibrosis como ocurre en Dupuytren. De hecho, como vimos, la dificultad para abrir la mano tampoco es exactamente igual en ambos trastornos. Pensamos que, en cada caso, los procesos que participan de cada enfermedad aportarán significados propios que, a la manera de un mosaico, se combinarán con el significado referido a la dificultad para abrir la mano.

A continuación, intentaremos describir algunos aspectos que caracterizan a la enfermedad de Dupuytren y la diferencian de otras patologías de la mano, con la intención de encontrar allí apoyo para una comprensión más específica del drama inconsciente que se oculta tras esta afección.

Para ello, tomaremos en consideración los siguientes puntos:

- La enfermedad comienza en la palma de la mano y luego se extiende a los dedos, predominantemente los del lado cubital;
- se desarrolla sobre la aponeurosis palmar superficial, que forma parte de lo que se denomina “fascia superficial”;
- consiste en un proceso de fibrosis con formación de “cuerdas” de tejido fibroso que posteriormente se retraen;
- se relaciona con otros trastornos similares que afectan la fascia superficial del pene y la de la planta del pie.

## La palma de la mano

Un punto característico de la enfermedad de Dupuytren es que comienza siempre a nivel de la palma de la mano. En ella aparecen los primeros nódulos y engrosamientos fibrosos. En los casos en que la enfermedad progresa con virulencia, la palma queda totalmente deformada.

Como sabemos, la palma corresponde a la cara anterior o ventral de la mano, tiene forma cóncava y presenta un hundimiento llamado “huevo de la mano”. La palma constituye la parte más sólida de la mano; soporta el peso del cuerpo en los casos en donde el miembro torácico sirve de columna de sustentación, y también resiste y amortigua el peso y el choque de otros objetos cuando se la lleva hacia los obstáculos para rechazarlos.

En esta parte de la mano los vasos y los nervios se encuentran eficazmente protegidos por el ligamento anular y por la aponeurosis palmar, que contribuyen a mantener -junto a otros elementos- la arquitectura del arco de la palma, oponiéndose al achatamiento de la bóveda que forman los huesos de la mano en esta región (Blandin, P., 1834; Lafosse, J.M y Constantin, A., 2010).

Gracias a su capacidad de encorvarse, la palma se adapta a los objetos y sirve, por ejemplo, a la prensión de alimentos; los líquidos pueden, a su vez, quedar contenidos en el huevo de la palma.

Benítez de Bianconi (2014, pág. 169) destaca que un elemento importante que encontramos en las manos es que ellas, *“como los genitales, (...) son órganos que pueden acoplarse”* con los del prójimo. El término “acoplar<sup>13</sup>” remite al significado de unirse, “atarse” o “ligarse” al otro, para lo cual es necesario poder adaptarse y amoldarse a él.

Como dijimos, la palma forma parte del lado “ventral” de la mano, que, en la especie humana es *“el lado relacional primordial; el lado donde quedan la cara y los sentidos mejores; el lado de la genitalidad; el lado hacia donde el cuerpo se dirige en su normal desplazarse; se anda o camina hacia adelante”*. El lado dorsal, en cambio, es aquel que brinda protección: *“Al sufrir un ataque se tiende a proteger lo anterior cubriéndose la cara con los brazos o a ofrecer el dorso pasivo al enemigo ‘volviendo grupas’”* (Santos Gutiérrez, L.; 1997; pág. 25)

Pensamos que la cara palmar puede considerarse la superficie de contacto “por excelencia” de la mano. Por un lado, si necesitamos alejarnos de un objeto, podemos apartarlo de nosotros y allí la palma funciona como una barrera que

---

<sup>13</sup> “Acoplar” deriva de “ad-” (aproximación) y el verbo latino “copulare” (atar, unir). “Cópula” es en su origen “co-apula”, palabra compuesta por los términos “co-” (conjuntamente) y “apere” (atar, ligar). “Atar”, a su vez, deriva del latín “aptare”, que significa “adaptar, ajustar una cosa a otra” (<http://etimologias.dechile.net>).

separa o se interpone entre nuestra persona y el objeto. En cambio, frente a un objeto al que queremos acercarnos, abrimos la mano para agarrarlo o para tocarlo, y allí la palma, que se amolda a él, nos permite establecer un contacto más “íntimo”, que nos acerca o, en cierto modo, nos “une” a él. Pensemos, por ejemplo, que cuando tenemos que agarrar algo que nos despierta asco, lo hacemos utilizando sólo los dedos índice y pulgar, como si quisiéramos minimizar nuestro contacto con eso. En cambio, si se trata de acariciar a alguien querido, lo hacemos utilizando todos los dedos e incluso la palma de la mano.

En este punto, recordemos que el Dr. Chiozza<sup>14</sup> enfatizó que aunque se diga que el tacto se encuentra conservado en esta enfermedad, esto no significa que la función sensitiva de la mano esté conservada, ya que lo motor y lo sensitivo configuran una unidad funcional inseparable. Así, la alteración motora se acompaña inevitablemente de una alteración en la posibilidad de sentir de la misma manera. Si la mano no puede abrirse bien, también se afecta su capacidad de tocar y sentir, de realizar un buen “con-tacto”.

Mencionemos, por último, que mientras la mano cerrada expresa la idea de un secreto o de algo que se mantiene “guardado” (Chevalier, J. y Gheerbrant, A., 1969), mostrar la palma abierta representa lo contrario: la mano abierta es una mano franca, que no oculta nada. En este sentido, es interesante que el término “palmario” significa “claro, patente, manifiesto” (DRAE, 1992). Ortega y Gasset (1957) explica que el saludo consistió en un principio en el gesto de exhibir la palma de la mano, para mostrar que no se llevaban armas. Señala que el acto de saludar nace de la necesidad de proclamar “*la voluntad de paz y socialidad con el otro*” (pág. 2311) y constituye una “*técnica de aproximación*” (pág. 2312).

Pensamos que estos significados refuerzan la idea de que la palma es la parte de la mano más vinculada al acto de “entrar en contacto” con los objetos, un “entrar en contacto” para el cual hace falta “abrirse” y dirigirse hacia el otro.

---

<sup>14</sup> Participación durante la presentación el trabajo “Algunas ideas acerca de la enfermedad de Dupuytren” (Adamo, M. y García Belmonte, S., 2015b).

## La prensión

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).

Respecto de la función prensil, la mano puede dividirse, a grandes rasgos, en dos partes: por un lado, el así llamado “ojo de la mano”<sup>15</sup>, compuesto por el dedo pulgar y el índice –en ocasiones también el dedo medio-, que constituyen la pinza digital y permiten realizar un agarre de destreza. Por otro lado, la unidad constituida por el dedo anular y el meñique –en ocasiones también el dedo medio-, que permiten desarrollar un agarre de fuerza<sup>16</sup>. Esto último se logra gracias a que estos dedos pueden apresar al objeto contra la palma de la mano, es decir que la palma también participa en la prensión de fuerza. Pensamos que este tipo de prensión podría vincularse con un modo de “agarrar” que toma las características del “aferrar”, término que significa “agarrar o asir fuertemente” (DRAE, 1992).

Como vimos, en la enfermedad de Dupuytren la pinza digital no suele verse comprometida y, 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<sup>17</sup>-, pero lo que no puede es abrirla del todo.

Antes dijimos que el paciente con Dupuytren siente dificultad para disponerse a entrar en contacto y realizar un intercambio con los otros. Pensamos que, al mismo tiempo, siente la necesidad de mantener “aferrado” algo que no quiere o no puede “soltar”<sup>18</sup>, lo cual configuraría otro aspecto de la misma dificultad. Para comprender mejor esta idea nos referiremos a continuación a los aspectos de esta enfermedad vinculados al tejido conectivo, incluyendo en este recorrido a la aponeurosis palmar superficial y al proceso de fibrosis que caracteriza a este trastorno.

---

<sup>15</sup> Comunicación personal del Dr. Poitevin.

<sup>16</sup> Ambos sectores de la mano pueden trabajar en concierto, por ejemplo cuando los dedos medio, anular y meñique agarran un objeto y lo sostienen mientras los dedos índice y pulgar lo manipulan. Así ocurre, por ejemplo, si sostenemos una lapicera y la destapamos con la misma mano.

<sup>17</sup> La enfermedad no presenta disminución de fuerza. Ésta sólo se pierde en la medida en que la enfermedad progresa, como efecto secundario a la disminución del uso de la mano.

<sup>18</sup> Podemos decir que, en cierto modo, agarrar y soltar configuran dos caras de una misma moneda, ya que, por ejemplo, cuando no quiero soltar algo, es porque quiero mantenerlo agarrado. Asimismo, para poder agarrar algo nuevo tengo que soltar primero lo que tengo en mis manos.

## El tejido conectivo<sup>19</sup>

La aponeurosis palmar superficial está formada por tejido conectivo denso, que es el más rico en fibras de colágeno.

El tejido conectivo tiene como función principal permitir la cohesión de los demás elementos estructurales del cuerpo y brindarles soporte. Pilat señala que una función esencial de este tejido es la de proporcionar un equilibrio entre una eficiente estabilidad y una apropiada flexibilidad, lo cual se consigue combinando adecuadamente las proporciones de los diferentes componentes.

El principal tipo celular del tejido conectivo es el fibroblasto, que sintetiza las diferentes fibras presentes en la matriz extracelular. En respuesta a lesiones, los fibroblastos proliferan e incrementan la fibrogénesis. En el tejido conectivo también existen miofibroblastos, que son fibroblastos modificados<sup>20</sup>, que además de sintetizar colágeno poseen una capacidad contráctil similar a la de las células musculares lisas. Los miofibroblastos intervienen en los fenómenos de cicatrización, donde gracias a su contracción contribuyen a reducir el tamaño del área dañada. También participan en los procesos de fibrosis que se presentan en diferentes enfermedades<sup>21</sup>, incluyendo la de Dupuytren<sup>22</sup>.

El colágeno es el principal componente fibroso del tejido conectivo y sus fibras se caracterizan por ser flexibles, pero muy resistentes a la tensión, proporcionándole al tejido resistencia frente a los estiramientos excesivos<sup>23</sup>.

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 (2003) subraya que el movimiento es *“una acción preventiva contra la formación de retracciones y adherencias”* (pág. 98). Explica que cuando existe hipomovilidad o un estrés mecánico excesivo, el colágeno se densifica, perdiendo flexibilidad, lo cual contribuye a “fijar” la zona afectada en una misma posición. 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.

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

---

<sup>19</sup> Para este apartado consultamos los textos de Fawcett, D.W (1987) y Pilat, A. (2003, 2012)

<sup>20</sup> Diferentes factores de crecimiento, así como las fuerzas mecánicas y los requerimientos tensionales del tejido, determinan la diferenciación de fibroblastos en miofibroblastos.

<sup>21</sup> Se encuentran presentes, por ejemplo, en los ateromas de las arterias, en la fibrosis pulmonar y en la cirrosis hepática.

<sup>22</sup> Pilat (2012) subraya que el fenómeno de contracción de los miofibroblastos puede darse en cualquier 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.

<sup>23</sup> 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.

fases en la evolución de esta afección. 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.

En un trabajo anterior planteamos que la fibrosis y la retracción presentes en la enfermedad de Dupuytren expresarían el deseo de limitar la movilidad de la zona comprometida. Recordemos que, en este caso, el movimiento que la fibrosis impide realizar es la extensión de la palma y de los dedos afectados: el paciente tiene dificultad para abrir la mano. Sostuvimos que esto expresaría una ambivalencia entre un deseo conciente de abrir la mano y un deseo inconciente de cerrarla.

Como vimos, una vez que la fibrosis está instalada, la falta de movimiento que ella ocasiona actúa como un círculo vicioso, generando cada vez más fibrosis. Pero también sucede que si se fuerza la extensión de los dedos de una manera brusca y rápida, esto funciona como un estímulo que genera aún más fibrosis, lo que 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”*.

## La aponeurosis palmar y el sistema fascial

Como dijimos, la aponeurosis palmar superficial es el tejido que se afecta en esta enfermedad. Se trata de 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 mano<sup>24</sup>. Tiene forma de triángulo, con el vértice en la muñeca y la base dirigida hacia los dedos, desde donde parten sus prolongaciones digitales.

Esta aponeurosis protege las estructuras subyacentes de la palma de la mano frente al peso de los objetos y del propio cuerpo. También evita un excesivo deslizamiento de la piel a los fines de procurar suficiente estabilidad para lograr una mejor prensión de los objetos. Además, como dijimos, contribuye a mantener la forma cóncava de la palma de la mano. Es decir que la aponeurosis palmar protege a la mano y también le brinda estabilidad, tanto para mantener la arquitectura abovedada, como para asegurar la prensión y contención de los objetos.

La aponeurosis palmar superficial forma parte del tejido fascial superficial<sup>25</sup>. La fascia es una suerte de membrana resistente de tejido conectivo que envuelve y conecta todas las estructuras corporales. El sistema fascial separa y organiza; por un lado, “compartimentaliza” a los órganos, pero a la vez los intercomunica. La fascia *“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”* (Pilat, 2003, págs. 17-18). Además, la fascia le brinda soporte a las estructuras somáticas y viscerales, determinando su forma.

Pilat (2003) 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.

La fascia superficial es una lámina de tejido conectivo que recubre el organismo y que presenta mayor densidad en la palma de la mano, adhiriéndose a la piel y disminuyendo así su capacidad de deslizamiento. Pilat explica 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*

---

<sup>24</sup> Existe además una aponeurosis palmar profunda, que recubre los músculos interóseos.

<sup>25</sup> 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.

*de subdivisiones e interconexiones) como la unidad protectora y de soporte funcional para el tronco y las extremidades” (Ibíd., pág. 28).*

Como dijimos, una de las principales funciones de la fascia es la protección del cuerpo, ya que 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. Gracias a su resistencia, permite mantener la integridad anatómica de los diferentes segmentos corporales y conservar su forma fisiológica.

Pilat (2003) destaca que esta función de protección no implica un incremento gradual de rigidez, sino un proceso de adaptabilidad en el cual la fascia ajusta sus tensiones y su densidad en respuesta a las necesidades funcionales. En la medida en que se mantiene saludable, no llega a la rigidez, sino que conserva siempre un grado de elasticidad.

Nos parece interesante que, según lo que explica Pilat, la fascia no sólo se adapta “pasivamente” a las demandas tensionales, sino que posee también una cierta capacidad de “contracción activa”, brindada por los miofibroblastos que forman parte de su estructura y que se contraen frente a los diferentes requerimientos tensionales del organismo<sup>26</sup>.

Como vimos, en la enfermedad de Dupuytren la aponeurosis palmar primero se engrosa y luego se retrae, llevando al cierre progresivo de la mano.

Dijimos que este tejido le brinda protección a las estructuras subyacentes de la palma de la mano. Antes planteamos que, cuando queremos apartarnos de algo o de alguien, la palma puede funcionar como una barrera que nos separa o que se interpone entre nosotros y los objetos. Si tenemos esto presente, podríamos pensar que, tal vez, el engrosamiento de la aponeurosis palmar, que caracteriza a la primera fase de la enfermedad, expresa el deseo de protegerse, aumentando la “separación” entre el individuo y su entorno, como si se intentara engrosar la superficie que lo separa a uno de los demás.

Mencionamos también que la aponeurosis palmar tiene además la función de evitar un excesivo deslizamiento de la piel, para proporcionar una mayor estabilidad que permita la adecuada prensión de los objetos. Si vinculamos esto con lo que dijimos respecto de cómo la palma y los dedos anular y meñique intervienen en la prensión de fuerza, podemos pensar que el engrosamiento de la aponeurosis palmar y la formación de cuerdas fibrosas que “traccionan” de los dedos, junto al compromiso predominante del lado cubital de la mano, estarían expresando la intención de mantener algo aferrado o la renuencia a soltarlo.

---

<sup>26</sup> Según Pilat, esto puede tener influencia en la formación de contracturas fasciales patológicas, como la enfermedad de Dupuytren.

Por último, como vimos, la fascia delimita la “individualidad” de cada órgano y, a su vez, los interrelaciona con los demás órganos o estructuras del cuerpo. Si tenemos presente el vínculo estrecho que existe entre la fascia superficial y la piel<sup>27</sup> -dos tejidos que, como dijimos, constituyen una “*unidad protectora y de soporte funcional*”-, podríamos considerar que, de un modo análogo a lo que ocurre a nivel de los órganos, la fascia superficial recubre y delimita al organismo en su conjunto y, al mismo tiempo, contribuye a formar la superficie de contacto a través de la cual éste se interrelaciona con otros organismos. Recordemos lo que dijimos respecto de que las manos constituyen un “puente” que nos permite comunicarnos y entrar en contacto con los demás. Podemos pensar que cuando agarramos algo o acariciamos a alguien, transitoriamente estamos, en cierto modo, “siendo uno” con él. En este sentido, el engrosamiento y la retracción de la aponeurosis palmar podrían estar expresando una renuencia para unirse a los otros y asumir que uno forma parte de un “organismo” más amplio. Esta dificultad estaría expresándose así en dos niveles, tanto en el órgano que se afecta –la mano, que no puede extenderse del todo y se “retrae” del contacto- como en el tejido que, dentro de dicho órgano, se enferma –la fascia-.

Nos referiremos ahora a los significados inherentes al proceso de fibrosis, para lo cual recurriremos a los desarrollos de Chiozza y colaboradores en relación a los fenómenos de esclerosis. Pensamos que estas ideas nos permitirán iluminar mejor la relación entre la dificultad para establecer un contacto e intercambiar con los otros, por un lado, y la renuencia a soltar algo que se mantiene aferrado, por el otro.

---

<sup>27</sup> En la investigación sobre psoriasis, Chiozza y colaboradores (1991 / [1990]) plantean que la piel, entre otras funciones, configura una superficie de contacto y una barrera limitante entre el organismo y su entorno.

## La fibrosis

En términos generales, podemos definir al término “fibrosis” como una proliferación excesiva o patológica<sup>28</sup> de tejido fibroso, es decir de tejido conectivo denso<sup>29</sup>. Se trataría de un fenómeno diferente o, en algunos casos, de una exageración o de una alteración de lo que sucede en los procesos normales de cicatrización, donde la proliferación de tejido fibroso ocurre a los fines de rellenar el espacio que queda luego de una lesión<sup>30</sup>.

A pesar de que no significan exactamente lo mismo, los términos “fibrosis” y “esclerosis” con frecuencia se utilizan como sinónimos en los textos médicos y ambos procesos parecen estar estrechamente relacionados<sup>31</sup>. 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 cicatriza*” (pág. 211). Agreguemos que esta induración de la trama de sostén suele implicar una proliferación de tejido conectivo -es decir un proceso de fibrosis- que luego se endurece.

Entendemos que en el caso de la enfermedad de Dupuytren ambos procesos se encuentran presentes y entramados. En un comienzo, lo que se destaca es la proliferación de tejido conectivo (fibrosis) y, posteriormente, su retracción y endurecimiento (esclerosis).

Como dijimos, la síntesis de tejido fibroso que puede funcionar bien, dentro de ciertos límites, en un proceso “fisiológico” de cicatrización, se vuelve un impedimento cuando ocurre fuera de este marco.

Recordemos además lo que consignamos en los apartados anteriores, acerca de que el colágeno es el componente que predomina en el tejido conectivo denso, brindándole resistencia a la tracción y a los estiramientos excesivos. Mencionamos también que la fascia puede adaptarse a las necesidades funcionales incrementando su rigidez, lo cual ocurre, en parte, gracias al aumento de la síntesis y de la densidad del colágeno. A partir de estas ideas, nos preguntamos si

---

<sup>28</sup> El sufijo “osis”, que en su sentido originario significa “proceso”, se utiliza en el vocabulario médico para designar un proceso patológico. Algunos autores utilizan el término “fibrosis” también para referirse a la producción de tejido fibroso que forma parte de los procesos normales de cicatrización.

<sup>29</sup> En muchos casos se trata de fenómenos asociados a procesos inflamatorios crónicos (fibrosis pulmonar, cirrosis, etc.), en donde el tejido fibroso interfiere con la función normal del órgano y el proceso de cicatrización termina formando parte de la enfermedad.

<sup>30</sup> 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.

<sup>31</sup> Si bien hay casos -como por ejemplo los tumores desmoides, que son un tipo de fibroma- donde parecería existir fibrosis en ausencia de esclerosis, entendemos que se trataría de situaciones excepcionales.

es posible relacionar los procesos de fibrosis con un deseo de adquirir mayor resistencia.

Al estudiar los significados inconcientes de la esclerosis, Chiozza y colaboradores relacionan el hecho de que la trama conjuntiva sostiene y da forma al cuerpo, con la identidad y las creencias en las que *“nos movemos, vivimos y somos”* (pág. 205). 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.

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 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.

Teniendo presente estos significados, podemos pensar que la resistencia que se intenta adquirir a través de la proliferación de tejido conectivo y la mayor síntesis de colágeno, sería una resistencia a modificar la propia forma, es decir, las propias creencias. En el caso de la cicatrización normal se trataría de una resistencia saludable que procura restablecer la forma de los órganos dañados. Por el contrario, en los procesos patológicos se trataría de una resistencia fallida a los cambios, que desemboca en un progresivo endurecimiento y en rigidez.

Pensamos que estas ideas pueden integrarse con lo que plantean Chiozza y colaboradores acerca de los procesos de esclerosis. 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).

En los apartados anteriores relacionamos la dificultad para extender los dedos y el compromiso predominante del lado cubital de la mano, junto con los significados de la aponeurosis palmar, con la renuencia a soltar algo que se tiene aferrado. A la luz de los significados de los procesos de esclerosis, podemos agregar ahora que aquello que el sujeto siente que no puede soltar son, justamente, sus propias creencias, su manera de ser<sup>32</sup>.

Pensamos que también es posible considerar esta “renuencia a soltar algo que se tiene aferrado” en términos de un vínculo de objeto. En este sentido, creemos que la enfermedad de Dupuytren expresa de forma simbólica el deseo de mantener aferrado a un objeto. No se trata del objeto actual, con el cual justamente se experimenta una renuencia al contacto. Se trata, en cambio, de un objeto “antiguo” que representa para el paciente con Dupuytren un objeto que se amoldaba a su manera de ser. Es a *este objeto* al que no se quiere soltar.

Así, en lugar de asumir su necesidad de dar y de aceptar, que lo llevaría a asumir también la necesidad de amoldarse a los demás, de “con-formarse” con ellos, de interesarse en los otros, intenta retraerse y cerrarse, buscando, tal vez, conservar la ilusión de que puede prescindir de los demás. En este sentido, nos parece significativo que la expresión “retraerse” significa “retirarse” y “refugiarse”, y que, a su vez, se considera “retraída” a una persona que es reservada y de poca comunicación.

---

<sup>32</sup> Una de estas creencias podría ser, incluso, la idea de que no hace falta abrirse a los demás, entrar en contacto y disponerse a un intercambio con ellos.

## Reflexiones finales

A lo largo de este recorrido intentamos desarrollar la idea de que la enfermedad de Dupuytren se relaciona con un conflicto entre la necesidad de “abrirse” para entrar en contacto y realizar un intercambio con los demás -disponerse a dar y a aceptar-, y el deseo opuesto, de retraerse y cerrarse. Pensamos que cuando este deseo no se tolera en la conciencia, se lo reprime y se desarrolla, en su lugar, la alteración orgánica.

Entrar en contacto con un objeto -o con otro individuo- implica tener que amoldarse y “con-formarse” con él, es decir tener que modificar la propia forma. Por el contrario, retraerse de este contacto expresaría la intención opuesta, de resistirse a dicho cambio. En este sentido, pensamos que la mano del paciente con Dupuytren, que se va cerrando progresivamente, podría estar simbolizando el deseo del sujeto de “retraerse”, mientras niega el hecho de que todos necesitamos de las personas con las que convivimos, cuyo contacto con nosotros define en cada momento los límites de nuestro yo. Agregamos que el compromiso predominante del lado cubital de la mano, vinculado con la prensión de fuerza, así como el proceso de fibrosis que ocurre sobre la aponeurosis palmar, podrían relacionarse con el deseo de mantenerse aferrado al propio estilo, es decir con la renuencia a “soltar” las propias creencias.

Como señalamos al comienzo del trabajo, la enfermedad de Dupuytren se incluye dentro de las fibromatosis superficiales, junto con la fibrosis de la fascia plantar del pie (enfermedad de Ledderhose) y la de la túnica albugínea del pene (enfermedad de La Peyronie). Pensamos que así como la mano funciona como un “puente” que se extiende entre nosotros y los demás, el pene también podría representar un “puente” que permite la unión de dos individuos durante la relación genital. En la enfermedad de Dupuytren, como vimos, las cuerdas fibrosas impiden la extensión de los dedos. De una manera que presenta cierta analogía, las placas fibrosas que se forman en la enfermedad de Peyronie provocan la curvatura del pene durante la erección, impidiendo su extensión completa y “desviándolo” de su dirección habitual, lo que dificulta la penetración durante el coito. Nos parece que tanto la mano que no puede abrirse, como el pene que no logra una erección “completa”, estarían expresando una dificultad en la intención de “ir hacia” el objeto. En la enfermedad de Ledderhose no se presenta tanto una “desviación” del pie, sino que lo que se destaca es la formación de fibromas en la planta del pie, que pueden generar una sensación de cuerpo extraño en el apoyo plantar, dificultando en algunas ocasiones el uso de calzado. Si bien aquí la analogía con Dupuytren no resulta tan clara, nos parece no obstante significativo el hecho de que los nódulos fibrosos aparecen sobre la planta del pie, que constituye el punto de encuentro entre nosotros y el suelo; los fibromas se interponen en este contacto, dificultando que el pie pueda amoldarse al terreno.

Pensamos que las tres enfermedades tendrían en común el hecho de darse en lugares del cuerpo que constituyen superficies de contacto que necesitan adaptarse y amoldarse a un objeto –aquello que vamos a agarrar o tocar en el

caso de la mano, la vagina en el caso del pene y el suelo en el caso del pie-. Se trataría, además, de un contacto que implica, en cierto modo, “salir de uno” para dirigirse a los otros o al entorno. Esta actitud de “salir de uno” podría quedar representada, a nuestro entender, por la mano que se extiende hacia los objetos, por el pene que toma la forma erecta para poder introducirse en la vagina y por el pie que, al propulsarse contra el suelo, nos permite movernos y avanzar por el mundo. Pensamos que no es casual que se trate en todos los casos de afecciones del tejido conectivo que, como vimos, se vinculan a una alteración en la capacidad de conformación y a una dificultad para “interesarse”, para “ser entre” las cosas y las personas.

Una idea que queremos dejar planteada, para pensarla y explorarla, es que estas tres afecciones puedan representar diferentes “variantes” de una misma problemática, centrada en la dificultad para amoldarse y establecer un buen contacto con los objetos, un contacto que implica “con-formarse” con ellos para poder “unirse”, al menos transitoriamente, a ellos. Las tres enfermedades que mencionamos serían, así, expresión de una misma fantasía, vinculada al deseo de retraerse de dicho contacto, de separarse de los objetos, con la ilusión, quizás, de llegar a prescindir de ellos<sup>33</sup>.

Por último queremos mencionar que las tres enfermedades suelen aparecer en la edad media de la vida, alrededor de los 50 años. Sabemos que esta edad marca el ingreso a una etapa en la que se acrecienta la necesidad de realizar obras dirigidas hacia una meta que trascienda la propia individualidad. En esta etapa, más que nunca, hace falta “salirse” de uno y poder volcarse hacia el entorno, aceptando que uno es parte de un todo que lo trasciende, asumiendo la propia incompletitud y la necesidad del otro para existir. Entendemos que esto puede poner en crisis al paciente, que siente, por un lado, una necesidad cada vez más inminente de abrirse y de integrarse con su entorno, pero, al mismo tiempo, experimenta una profunda resistencia a aceptar esto, ya que hacerlo lo llevaría a tener que asumir su carencia y su necesidad de amoldarse a los demás y de “con-formarse” con ellos. Esto puede alimentar la idea de que la única esperanza consistiría en lograr retraerse y aislarse, un deseo que, cuando se desaloja de la conciencia, se “hace carne” en la proliferación y retracción del tejido fibroso.

---

<sup>33</sup> Pensamos, que las ideas de Benítez de Bianconi (2015) respecto de la relación entre lo masculino y la capacidad de penetrar y de incluirse en el otro podrían constituir una vía de acceso para comprender mejor por qué estas tres afecciones se presentan con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres. La actitud de “replegarse” o “retraerse” podría estar expresando, tal vez, una dificultad de características “masculinas” para “incluirse en el otro”, es decir para unirse o “fundirse” con él. Sin embargo en esta ocasión no llegamos a profundizar estas ideas.

## 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.

BLANDIN, P. (1834)

*Traité d'Anatomie Topographique: ou, Anatomie des Régions du Corps Humain.* Seconde édition, Ed. GermerBailliere, libraire, Paris, 1834/

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.

CHEVALIER, J. y GHEERBRANT, A. (1969)

*Diccionario de símbolos,* Editorial Herder, 1999.

CHIOZZA, Luis y colab. (1991 i [1990])

“Una aproximación a las fantasías inconcientes específicas de la psoriasis vulgar”, en *Obras Completas*, t. XI, 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.

DRAE (1992)

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

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.

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.

ORTEGA Y GASSET (1957)

“X. Meditación del saludo”, en *El hombre y la gente*, en *Obras Completas (CD)*, Tomo VII.

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.

SANTOS GUTIÉRREZ, L. (1997)  
*Anatomía*. Ediciones Universidad Salamanca, 1997, España.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ADAMO, M. y GARCÍA BELMONTE, S. (2015b)  
“Algunas ideas acerca de la Enfermedad de Dupuytren”. Fundación Luis Chiozza, 2015.

ADAMO, M. y GARCÍA BELMONTE, S. (2016)  
“Volviendo a pensar sobre la enfermedad de Dupuytren”. Simposio 2016. Fundación Luis Chiozza, 2016.

BENÍTEZ DE BIANCONI, S. (1999)  
“Algunas reflexiones sobre las manos”. Fundación Luis Chiozza. 1999.

BENÍTEZ DE BIANCONI, S. (2015)  
“En torno a lo masculino”. Fundación Luis Chiozza. 2015

LAFOSSE, J.M.; CONSTANTIN, A. (2010)  
*Sémiologie – Examen clinique de la main*, en [www.medecine.ups-tlse.fr](http://www.medecine.ups-tlse.fr).

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

