

Jerarquización de la nomenclatura de Tubiana en la enfermedad de Dupuytren. Evaluación pre y postoperatoria de las lesiones. Nuestra conducta en 1997

Dres. JUAN C. MILLER, MONICA I. FERNANDEZ, OSCAR A. LOZANO*

RESUMEN

Los autores proponen, basados en los trabajos de Tubiana⁸⁻¹⁰, un esquema de clasificación y evaluación de las deformidades causadas por la enfermedad de Dupuytren. El mismo es simple y de fácil aplicación y permite, además, hacer una evaluación de los resultados obtenidos con el tratamiento quirúrgico.

SUMMARY

The authors propose, based on Tubiana's works, a scheme of classification and evaluation of the Dupuytren disease deformities. It is simple and easy to use, and it also allows the evaluation of post-operative results.

Para evaluar con precisión los resultados quirúrgicos en la enfermedad de Dupuytren es fundamental unificar criterios de utilización de un sistema que permita:

1. Localizar y analizar las retracciones digitales.
2. Evaluar las deformidades del pulgar y de la primera comisura.
3. Indicar el estado cutáneo.
4. Valorar eventuales rigideces.
5. Que todos los hallazgos puedan ser, mediante cifras, archivados y manejados por un sistema informático.
6. Que se puedan hacer precisiones pronósticas.
7. Que sea posible cuantificar y realizar evaluaciones postoperatorias.

No es intención de los autores realizar en este trabajo consideraciones etiopatogénicas

sobre la enfermedad, tema profundamente analizado, discutido y actualizado en el importante trabajo de Eduardo Zancolli y colaboradores¹¹.

Por el contrario, el objeto del presente trabajo es tratar de que todos los cirujanos de mano unifiquemos criterios de valoración que nos permitan cuantificar las deformaciones de la misma manera.

A medida que se fue difundiendo el conocimiento de la enfermedad fueron apareciendo diferentes métodos de evaluación de las deformaciones: Meyerling⁵ (1936), Einarsson² (1946), Skoog⁷ (1948), Davis¹ (1965), Tubiana, Michon, Thomine⁸ (1972), Tubiana¹⁰ (1985), Rus Mompo⁶ (1988).

A la mano se la divide en 5 rayos, cada uno formado por un dedo y la zona palmar que le corresponde (Figura I)⁴. Asimismo, desde el punto de vista de la aponeurosis cada rayo incluye:

- En los últimos 4 dedos:
—Banda pretendinosa.
—Parte de la aponeurosis palmar media.
—Parte correspondiente del ligamento palmar interdigital.

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Ramos Mejía, Buenos Aires.

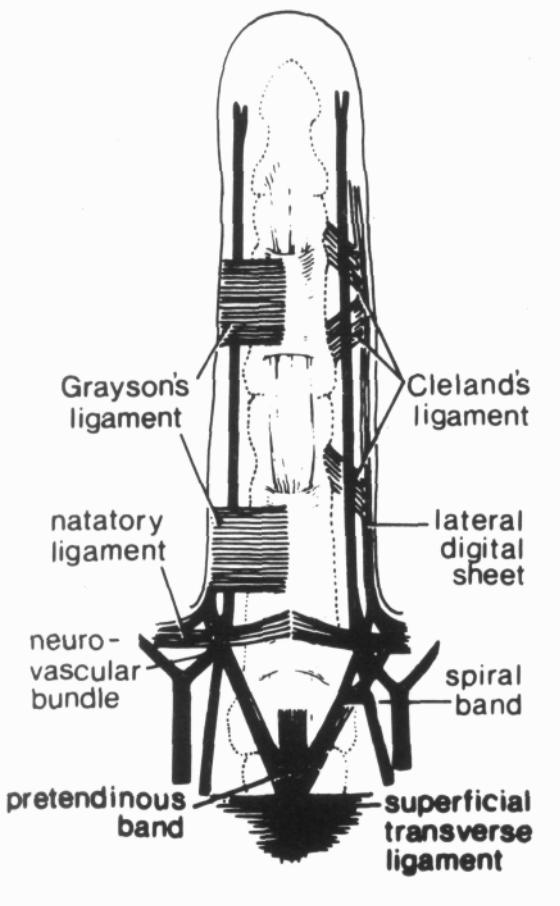


Figura 1

En el pulgar además se agregan: —La fascia de la eminencia tenar. —El espacio de la primera comisura. Los principales factores que establecen el déficit funcional son:

- La severidad de las retracciones digitales.
- La dispersión de las lesiones de la mano.

El grado de evolución de estas lesiones se inscribe según 4 estadios. Cada estadio corresponde a una progresión de 45° en el déficit de extensión de los dedos, tomando cada rayo por separado y luego sumando los resultados.

Las diferentes retracciones digitales involucrarán a las articulaciones metacarpofalángicas (MF), interfalángica proximal (IFF) e interfalángica distal (IFD) juntas o separadas.

Por ejemplo: en el estadio 1 existe imposibilidad de extensión, que varía entre 0 y 45° (banda fibrosa) (Figura 2), en el 2 entre 45 y 90° (Figura 3), entre 90 y 135° en el estadio 3 (Figura 4) y más de 135° en el estadio 4 (Figura 5).



Figura 2



Figura 3

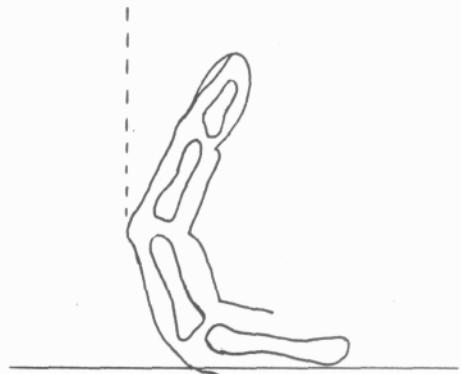


Figura 4

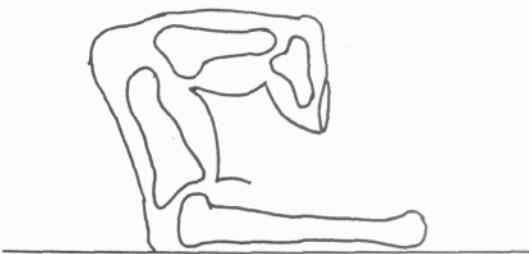


Figura 5

Este sistema de valoración, además de mostrar la intensidad de las retracciones digitales, localiza las lesiones en la mano; por ejemplo, para el dedo pulgar, por una parte se toma en cuenta el grado de retracción de la primera comisura que entra en la codificación de las

alteraciones palmares. De esta manera, considerando que el ángulo normal entre el 1º y el 2º metacarpiano es de 45°, cada estadio es la progresión de un déficit de 15°, a saber:

- 0 Palmar (P) Normal (Figura 6).
- 0,5 Palmar (P) Si hay sólo un nódulo sin retracción (figura 7).
- 1 Palmar (P) Déficit entre 45° y 30° (Figura 8).
- 2 Palmar (P) Déficit entre 30° y 15° (Figura 9).
- 3 Palmar (P) Déficit entre 15° y 0° (Figura 10).



Figura 6



Figura 7

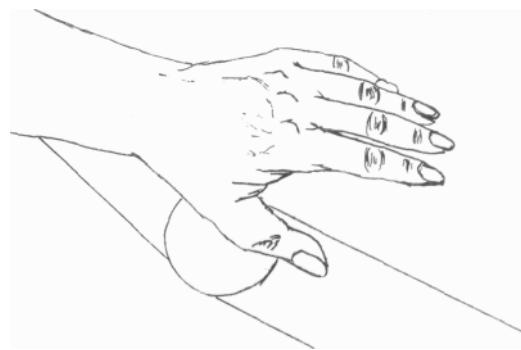


Figura 8

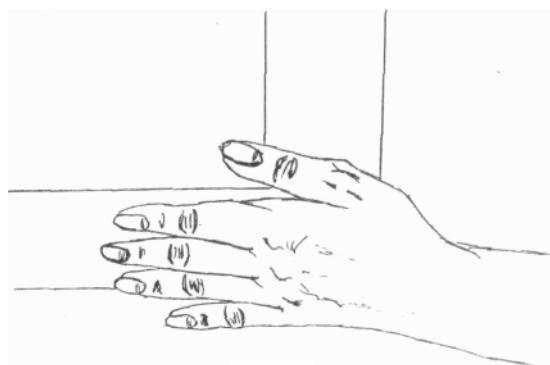


Figura 9

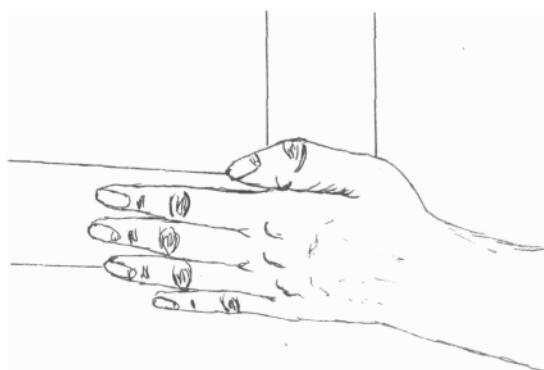


Figura 10

Por otra parte, las retracciones metacarpofalángica e interfalángica del pulgar van desde 180° (extensión completa) hasta 90° de flexión interfalángica y corresponden a la codificación de las alteraciones digitales:

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 0 Digital (D) | Normal (Figura 11). |
| 1 Digital (D) | 180° a 140° (Figura 12). |
| 2 Digital (D) | 140° a 100° (Figura 13). |

3 Digital (D) > de 100° de la metacarpofalángica (Figura 14).



Figura 11

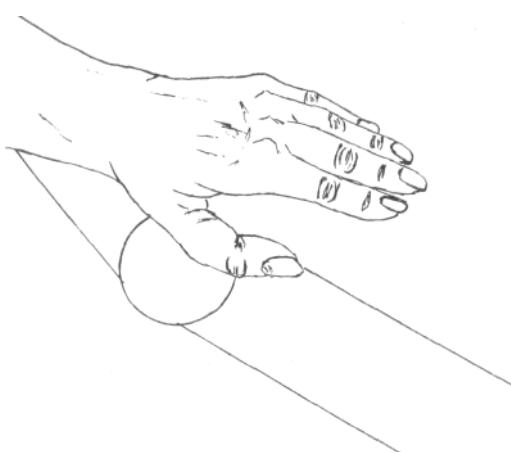


Figura 12

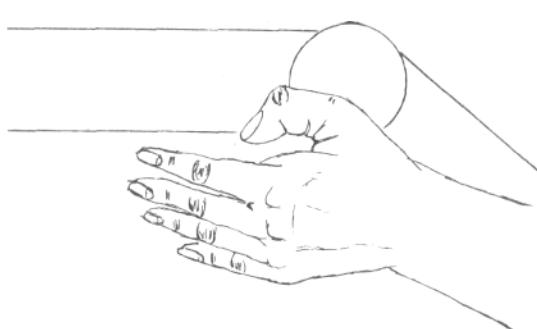


Figura 13

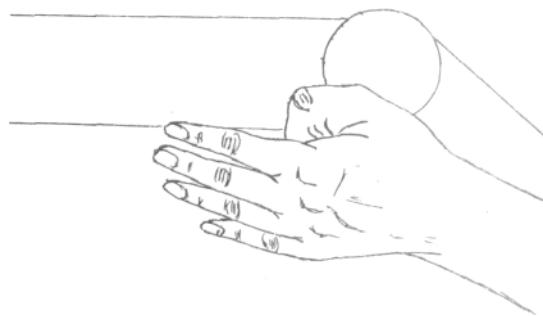


Figura 14

De esta manera se evalúa cada uno de los cinco rayos (de cada mano) con una cifra, lo que nos permite tener un resumen clínico de la enfermedad tanto en el pre como en el postoperatorio.

Las iniciales básicas para la codificación de las lesiones son: P: palmar; D: digital.

Hay determinaciones suplementarias para codificar las deformaciones que, aunque complican algo esta clasificación, están destinadas a precisar mejor las lesiones.

El esquema que proponemos es simple y práctico. Todos los cirujanos de la mano podrán confeccionarlo rápidamente en la historia clínica según el Cuadro 1.

CUADRO 1

Fecha:	Pulgar	Indice Medio	Anular	Meñique	Total
Mano der.					
Mano izq.					

Las iniciales suplementarias utilizadas para codificar deformaciones agregadas son: B: *boutonnierre*; R: rigidez.

Si durante el tratamiento quirúrgico se debe realizar injerto de piel se coloca una inicial suplementaria más: G: *graft* (injerto).

Si existiese recidiva debe agregarse esta palabra a la valoración del dígito.

A las cuatro últimas se les antepone el signo (+).

Hacemos énfasis en el uso de esta práctica tan útil como necesaria. La familiarización con este método nos permitirá clarificarnos acerca de la gravedad y del pronóstico de cada mano afectada con la enfermedad de Dupuytren.

En el Cuadro 2 mostramos un paciente afectado (Figura 15).

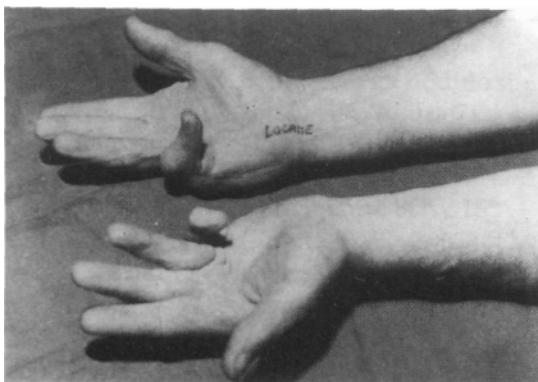


Figura 15

CUADRO 3

Fecha:	Pulgar	Indice	Medio	Anular	Meñique	Total	
Mano der.	0P1D	0P0D	0,5P1D	IPD	3PD	4PD	8,5
Mano izq.	1PD	0,5P0D	1PD		2PD	4PD	8,5

Presentamos un ejemplo en la Figura 16.



Figura 16

Sugerimos al lector que haga su propio esquema para la mano izquierda.

Interpretación de datos

Son formas leves aquellas que presentando nódulos o algún cordón fibroso no impiden que el paciente extienda completamente sus dedos en forma activa.

Por ejemplo, nódulos palmares en los cinco rayos o algún cordón fibroso que pudiera haber retraído el dígito hasta el grado 1.

Son formas severas aquellas que suman 8 puntos antes de la operación o (aunque no sumen 8 puntos) tienen una articulación interfalángica proximal en actitud flexa $> 70^\circ$ o $< 90^\circ$.

Queremos dejar sentado que el valor total puede, en determinadas circunstancias, no ser un elemento que nos induzca a decidir la cirugía. Así, por ejemplo, nódulos palmares en los 5 rayos ($0,5P \times 5 = 2,5$) o meñique flexo en 90° con nódulo palmar ($2D + 0,5P = 2,5$); el primer caso no es de resolución quirúrgica mientras que el segundo caso debe tratarse quirúrgicamente.

CUADRO 2

Fecha:	Pulgar	Indice	Medio	Anular	Meñique	Total
Mano der.	IP0D	OPOD	0,5P1D	IPD	3PD + B	7,5
Significación:	retracción MF	normal palmar y digital	+<45° de retracción	nódulo palmar	retracción palmo digital y MF>45° y 90°	actitud flexa de 90° + boutonniere

Así podemos representar mediante una cifra, que puede ir desde 0,5 (un sólo nódulo sin retracción digital) hasta 19 (cuatro dedos deformados en estadio 4, el pulgar en estadio 3 y/o la primera comisura en estadio 3). Además nos permite hacer una evaluación de resultados postoperatorios.

Postoperatorio: evaluación de resultados

Utilizamos para su evaluación el coeficiente de Tubiana¹⁰, en el que se deben tener en cuenta los valores obtenidos en el pre y en el postoperatorio.

$$\text{Coeficiente de mejoría} = \frac{N^{\circ} \text{ pre (X)} - N^{\circ} \text{ post (Y)}}{N^{\circ} \text{ pre (X)}} = N^{\circ}$$

En el caso de una mejoría completa el valor postoperatorio es igual a 0; de esta manera:

$$\frac{X - 0}{X} = 1$$

Por el contrario, un fracaso absoluto representa un valor igual tanto en el pre como en el postoperatorio. Si, por ejemplo, la deformidad en el preoperatorio era 5 y en el postoperatorio sigue siendo 5:

$$\frac{5 - 5}{5} = 0$$

Se puede hacer una representación porcentual de este resultado como apreciamos a continuación:

<i>Coefficiente</i>	<i>Ganancia</i>
1	100%
0,75	75%
0,50	50%
0,25	25%

Valoración de los resultados

Calificamos los resultados de acuerdo al valor obtenido en el coeficiente de Tubiana¹⁰; de esta manera se puede hacer una valoración más exacta de los resultados obtenidos en el postoperatorio y permite realizar consideraciones estadísticas.

De 0,90 a 1	Excelente
De 0,75 a 0,89	Bueno
De 0,50 a 0,74	Pobre
Menos de 0,50	Malo

Breves consideraciones quirúrgicas

El momento de la indicación quirúrgica es aquel en que comienza la retracción metacarpofalángica e interfalángica proximal¹². Los dedos más afectados son aquellos del lado cubital de la mano (meñique y anular)³.

Nosotros realizamos la exéresis de la aponeurosis enferma lo más amplia posible y no abrimos el túnel del carpo salvo que fuera necesario.

Hacemos presente que la deformidad en flexión de más de 60° en la articulación interfalángica proximal del meñique es la retracción más difícil de vencer, lo que nos llevó en los últimos años a planificar la solución de este problema con una resección artrodesis interfalángica proximal en posición funcional.



Figs. 17 y 18. Normal y patológico. 1. Banda pretendinosa. 2. Banda espiroidea. 3. Vaina digital lateral. 4. Ligamento de Grayson.

Dejamos claramente establecido que, dadas las imprevisibles relaciones que se establecen entre los elementos vasculonerviosos y lasbridas aponeuróticas enfermas (Figuras 17 y 18)⁴, está contraindicado realizar esta cirugía sin magnificación y el adecuado instrumental delicado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Davis JE: On surgery of Dupuytren's contracture. Plast Reconstr Surg 1965; 36: 277.
2. Einarsson F: On the treatment of Dupuytren's contracture. Acta Chir Scand 1946; 93: 1.
3. Howner R, Lam DW, James JIP: Dupuytren's contracture. Long term results after fasciectomy. J Bone Jt Surg 1971; 53-B (2): 240-246.
4. Mc Farlane RM: Enfermedad de Dupuytren. In: McCarthy JG, May JW, Littler JW (eds): Cirugía plástica - La mano (Parte 2), Vol 8. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1992; 819-851.
5. Meyerding HW: Dupuytren's contracture. Arch Surg 1936; 32: 320.

6. Rus Mompo A: Proposición de un método de valoración de las deformidades en la enfermedad de Dupuytren. Rev Ortop Traum 1988; 32 IB (6): 491-492.
7. Skoog T: Dupuytren's contraction. Acta Chir Scand 1948; Suppl: 139.
8. Tubiana R, Michon J: Classification de la Maladie de Dupuytren. Main Acad Chir 1961; 87 (30): 886-887.
9. Tubiana R, Michon J, Thomine JM: Evaluation des deformations dans la maladie de Dupuytren. In: Tubiana R, Hueston JT: Maladie de Dupuytren, monographic du GEM (2^a ed). Paris, Expansion Scientifique Franchise, 1972; 63-66.
10. Tubiana R: Evaluation des deformations dans la maladie de Dupuytren. Ann Chir Main 1986; 5 (1).
11. Zancolli ER Jr, Zancolli EA, Gallardo H et al: Inervación de la aponeurosis palmar en la enfermedad de Dupuytren - Teoría etiopatogénica. Rev AAOT 1990; 55 (3): 387-417.
12. Zemel N, Balcomb T, Stark H et al: Dupuytren's disease in women: Evaluation of long term results after operation. J Hand Surg 1987; 12 (6): 1012-1015.