



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Cirugía por la contractura de Dupuytren de los dedos (Revisión)

Rodrigues JN, Becker GW, Ball C, Zhang W, Giele H, Hobby J, Pratt AL, Davis T

Rodrigues JN, Becker GW, Ball C, Zhang W, Giele H, Hobby J, Pratt AL, Davis T.
Surgery for Dupuytren's contracture of the fingers
(Cirugía por la contractura de Dupuytren de los dedos).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 12. Art. No.: CD010143.
DOI: [10.1002/14651858.CD010143.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010143.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Cirugía por la contractura de Dupuytren de los dedos (Revisión)

Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Cirugía por la contractura de Dupuytren de los dedos

Jeremy N Rodrigues¹, Giles W Becker², Cathy Ball³, Weiya Zhang⁴, Henk Giele⁵, Jonathan Hobby⁶, Anna L Pratt⁷, Tim Davis⁸¹Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology and Musculoskeletal Sciences (NDORMS), University of Oxford, Oxford, UK.²Department of Surgery, University of Arizona Medical Center, Tucson, Arizona, USA. ³Kennedy Institute of Rheumatology, University of Oxford, Oxford, UK. ⁴Division of Academic Rheumatology, The University of Nottingham, Nottingham, UK. ⁵Department of Plastic, Reconstructive and Hand Surgery, Oxford University Hospitals, Oxford, UK. ⁶Trauma and Orthopaedic Surgery, North Hampshire Hospital, Basingstoke, UK. ⁷College of Health and Life Sciences, Brunel University, Uxbridge, UK. ⁸Trauma and Orthopaedics, Nottingham University Hospitals, Nottingham, UK**Contacto:** Tim Davis, Trauma and Orthopaedics, Nottingham University Hospitals, Queens Medical Campus, Nottingham, NG7 2UH, UK. Tim.davis@nuh.nhs.uk.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Enfermedades Musculoesqueléticas.**Estado y fecha de publicación:** Nueva, publicada en el número 12, 2015.**Referencia:** Rodrigues JN, Becker GW, Ball C, Zhang W, Giele H, Hobby J, Pratt AL, Davis T. Surgery for Dupuytren's contracture of the fingers (Cirugía por la contractura de Dupuytren de los dedos). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 12. Art. No.: CD010143. DOI: [10.1002/14651858.CD010143.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010143.pub2).

Copyright © 2015 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La enfermedad de Dupuytren es un trastorno fibroproliferativo benigno que causa que los dedos se retraigan hacia la palma debido a la formación de tejido nuevo bajo la piel glabra de la mano. Este trastorno causa limitaciones funcionales, pero puede tratarse mediante diversas técnicas quirúrgicas. Como afección crónica, tiende a recurrir.

Objetivos

Evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales de diferentes procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la contractura de Dupuytren de los dedos índice, del medio, anular y meñique.

Métodos de búsqueda

Inicialmente, se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos el 17 septiembre 2012, después se buscó otra vez en ellas el 10 marzo 2014 y el 20 mayo 2015: Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), *The Cochrane Library*, the British Nursing Index and Archive (BNI), the Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), EMBASE, the Latin American Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Ovid MEDLINE, Ovid MEDLINE-In-Process and Other Non-Indexed Citations, ProQuest (ABI/INFORM Global and Dissertations & Theses), the Institute for Scientific Information (ISI) Web of Science y clinicaltrials.gov. Se examinaron las listas de referencias de los artículos seleccionados para identificar estudios adicionales apropiados.

Criterios de selección

Se incluyeron los ensayos clínicos aleatorios y los ensayos clínicos controlados en los que los grupos recibieron cirugía para la enfermedad de Dupuytren de los dedos índice, del medio, anular o meñique versus control, o versus otra intervención (quirúrgica o cualquier otra). Se excluyó el pulgar, debido a los cordones que determinan el aspecto radiado del pulgar y que por lo tanto no son fácilmente accesibles en cuanto a la deformidad angular. Además, la enfermedad del pulgar es poco frecuente.

Obtención y análisis de los datos

Un mínimo de dos revisores de manera independiente examinaron los resultados de la búsqueda para seleccionar los estudios para inclusión mediante criterios preespecificados, evaluaron el riesgo de sesgo y extrajeron los datos de los estudios incluidos.

Se agruparon los resultados en las siguientes categorías: (1) función de la mano, (2) otros resultados informados por el paciente (p.ej. satisfacción, dolor), (3) resultados objetivos tempranos (p.ej. corrección de la deformidad angular), (4) resultados objetivos tardíos (p.ej. recurrencia) y (5) efectos adversos.

Resultados principales

Se incluyeron 14 artículos que describieron 13 estudios y comprendieron 11 estudios de centro único y dos estudios multicéntricos. Estos estudios incluyeron 944 manos de 940 participantes; de éstos, 93 participantes se informaron dos veces en artículos separados que describieron los resultados tempranos y tardíos de un ensayo. Tres artículos informaron los resultados de dos ensayos que compararon diferentes procedimientos. Un ensayo comparó fasciotomía con aguja versus fasciectomía (125 manos, 121 participantes), y el otro comparó la interposición de un injerto de piel cortafuego versus el cierre de la fasciectomía con plastia en z (79 participantes). Los otros 11 estudios informaron ensayos de refinamientos técnicos de los procedimientos o complementos de la rehabilitación. De estos estudios, tres investigaron los efectos de la colocación de una férula posoperatoria sobre los resultados quirúrgicos.

Diez estudios (11 artículos) fueron ensayos controlados aleatorios (ECA) de calidad metodológica variable; uno era un ensayo clínico controlado. El diseño del ensayo era incierto en dos estudios en espera de clasificación. Todos los ensayos tuvieron riesgo alto o incierto de al menos un tipo de sesgo. El alto riesgo de sesgo de realización y detección fue particularmente frecuente. La calidad de las pruebas (Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation, GRADE) de los resultados se disminuyó a baja debido a inquietudes por el riesgo de sesgo y la imprecisión.

Los resultados medidos variaron entre los estudios. Cinco artículos evaluaron la recurrencia; dos la definieron como la reaparición de la enfermedad palpable y dos como el deterioro en la deformidad angular; uno no definió explícitamente la recurrencia.

La función de la mano en la Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) Scale (puntuaciones entre 0 y 100, donde las puntuaciones mayores indican un deterioro mayor) fue 5 puntos menor después de la fasciotomía con aguja que después de la fasciectomía a las cinco semanas. La satisfacción del paciente fue mejor después de la fasciotomía a las seis semanas, pero no se especificó la magnitud del efecto. La fasciectomía mejoró las contracturas más eficazmente en la enfermedad grave: la reducción media porcentual en el déficit de extensión pasiva total a las seis semanas para los grados Tubiana I y II fue 11% menor después de la fasciotomía con aguja que después de la fasciectomía, mientras que para la enfermedad grados III y IV fue 29% y 32% menor.

La parestesia (definida como la sensación subjetiva de cosquilleo sin pruebas objetivas de sensibilidad alterada) fue más frecuente en la fasciotomía con aguja una semana después que en la fasciectomía (228/1000 versus 67/1000), pero el informe de las complicaciones fue variable.

A los cinco años, la satisfacción (en una escala de 0 a 10, donde puntuaciones mayores muestran mayor satisfacción) fue 2,1/10 puntos mayores en el grupo de fasciectomía que en el grupo de fasciotomía y la recurrencia fue mayor después de la fasciotomía (849/1000 versus 209/1000). El injerto de piel cortafuegos no mejoró los resultados más que la fasciectomía sola, aunque este procedimiento tardó más en funcionar.

Un ensayo investigó cuatro semanas de colocación de una férula durante el día y durante la noche seguida de dos meses de colocación de una férula durante la noche después de la cirugía. Los otros dos ensayos investigaron tres meses de colocación de una férula durante la noche después de la cirugía, pero los participantes de los grupos "ninguna férula" que presentaron deterioro temprano a la semana fueron derivados al uso de una férula. Los tres estudios no demostraron efectos beneficiosos de la colocación de una férula. Los dos ensayos que investigaron la colocación posoperatoria de una férula durante la noche fueron apropiados para el metanálisis, que no demostraron efectos beneficiosos con la colocación de una férula: La puntuación media DASH en los grupos de férula fue 1,15 puntos menor (intervalo de confianza [IC] del 95%: -2,32 a 4,62) que en los grupos de ninguna férula. La extensión activa total media en los grupos de férula fue 2,21 grados mayor (IC del 95%: -3,59 a 8,01 grados) que en los grupos de ninguna férula. La flexión activa total media en los grupos de férula fue 8,42 grados menos (IC del 95%: 1,78 a 15,07 grados) que en los grupos de ninguna férula.

Conclusiones de los autores

Actualmente no hay pruebas suficientes disponibles para mostrar la superioridad relativa de diferentes procedimientos quirúrgicos (fasciotomía con aguja versus fasciectomía, o interposición de injerto de piel cortafuegos versus cierre de fasciectomía con plastia en z). Pruebas de baja calidad indican que la colocación posoperatoria de una férula puede no mejorar los resultados y puede deteriorar los resultados al reducir la flexión activa. Se necesitan con urgencia ensayos adicionales sobre este tema.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Cirugía para la enfermedad de Dupuytren de los dedos

Pregunta de la revisión

Se realizó una revisión de los efectos de la cirugía en los pacientes con enfermedad de Dupuytren de los dedos y se encontraron 13 estudios con 940 participantes; 93 participantes se informaron dos veces en artículos separados que describieron los resultados tempranos y tardíos de un ensayo.

Cirugía por la contractura de Dupuytren de los dedos (Revisión)

Antecedentes

La enfermedad de Dupuytren es frecuente. Los pacientes desarrollan un tejido similar a una cicatriz bajo la piel palmar de la mano que retrae los dedos hacia la palma y puede afectar la función.

Esta afección se puede tratar quirúrgicamente al operar la enfermedad, y suturar la piel para colocarla en su lugar (fasciectomy) o reemplazarla con un injerto de piel tomada de otro sitio del cuerpo (dermofasciectomy). Los enfoques alternativos incluyen romper el cordón de la enfermedad para enderezar el dedo. Lo anterior se puede hacer al mover una aguja hacia adelante y hacia atrás a través del cordón hasta que se quiebra, de manera similar a cuando se frota una soga reiteradamente sobre una roca (fasciotomía con aguja), o al inyectarle una enzima que digiere un pedazo del cordón (colagenasa). Este procedimiento debilita un punto, permitiéndole al cirujano quebrar el cordón y enderezar el dedo. Como la afección se relaciona en parte con la genética, tiende a regresar, incluso después del tratamiento exitoso. Como los dos últimos tratamientos dejan los bordes rotos del cordón, la recurrencia puede ser más rápida después de estos procedimientos que después de la cirugía de escisión tradicional. Sin embargo, la recuperación también podría ser más rápida. No está claro cuál es el tratamiento más efectivo.

Características de los estudios

Después de buscar todos los estudios relevantes hasta mayo 2015, se encontraron 13 estudios (14 artículos) que cumplieron los criterios de inclusión. Sin embargo, solamente tres compararon diferentes tipos de cirugía. Los otros compararon aspectos de un tipo de cirugía. Un estudio presentó resultados tempranos y tardíos.

Resultados clave

¿Qué les sucede a los pacientes con enfermedad de Dupuytren hasta cinco semanas después de la fasciotomía con aguja en comparación con la fasciectomy?

- La función de la mano puede ser algo mejor después de la fasciotomía con aguja que después de la fasciectomy (pruebas de baja calidad).
- Los pacientes a los que se les ha realizado fasciotomía con aguja pueden estar más satisfechos que los que han recibido fasciectomy (pruebas de baja calidad).
- La fasciectomy probablemente endereza los dedos mejor que la fasciotomía con aguja en los pacientes con enfermedad avanzada, pero probablemente no hay diferencias evidentes en los pacientes con enfermedad más leve (pruebas de baja calidad).
- Probablemente es más frecuente una sensación de cosquilleo en los dedos después de la fasciectomy que después de la fasciotomía con aguja durante la primera semana después del tratamiento (pruebas de baja calidad).

¿Qué les sucede a los pacientes con enfermedad de Dupuytren cinco años después de la fasciotomía con aguja en comparación con la fasciectomy?

- La satisfacción puede ser mejor después de la fasciectomy que después de la fasciotomía con aguja (pruebas de baja calidad).
- La recurrencia puede ser más frecuente después de la fasciotomía con aguja que después de la fasciectomy (pruebas de baja calidad).

¿Qué les sucede a los pacientes con enfermedad de Dupuytren hasta 36 meses después del cierre de una fasciectomy limitada con plastia en z en comparación con el uso de un pequeño injerto de piel "cortafuegos" (una forma de dermofasciectomy)?

- Es probable que haya poca o ninguna diferencia en los resultados entre los pacientes que recibieron plastia en z y los que recibieron pequeños injertos de piel, aunque los procedimientos de injerto de piel tardan más en funcionar (pruebas de baja calidad).

¿Qué les sucede a los pacientes con enfermedad de Dupuytren que utilizan una férula durante la noche después de la cirugía?

- El uso de una férula durante la noche después de la cirugía probablemente no ayuda a enderezar los dedos ni a mejorar la función de la mano, y puede empeorar ligeramente la capacidad del paciente de hacer un puño completo (pruebas de baja calidad).

Efectos secundarios en los pacientes con enfermedad de Dupuytren después de la cirugía y en los que utilizan una férula durante la noche después de la cirugía

El informe de las complicaciones fue variable. A menudo no se cuenta con información precisa acerca de los efectos secundarios y las complicaciones, especialmente sobre los efectos secundarios poco frecuentes pero graves. Los efectos secundarios pueden incluir alteración de la sensación en los dedos o reducción de la capacidad de hacer un puño completo. Las complicaciones poco frecuentes pueden incluir lesión a los tendones que mueven los dedos hacia la palma.