

¿PUEDE CONSIDERARSE LA CONTRACTURA DE DUPUYTREN ACCIDENTE DEL TRABAJO? ⁽¹⁾

por el doctor

ANTONIO OLLER

Director facultativo del Instituto de Reeducción Profesional.

En el último curso hemos visto y operado tres casos de contractura de DUPUYTREN, uno en un músico, otro en un panadero y un tercero en un albañil. Este caso planteó ante su patrono, desde el primer momento, la cuestión de la baja como accidente del trabajo, y el patrono y la Compañía aseguradora responsable subsidiariamente accedieron a abonar la incapacidad temporal, pero con reservas, ya que tenían duda de si la afección alegada por el obrero entraba o no en los beneficios de nuestra ley de accidentes.

Nota clínica.—N. N., de 38 años, casado, y de profesión albañil. No hay antecedentes hereditarios ni personales dignos de mención. Ha trabajado casi siempre de albañil y hace nueve años tuvo un accidente del trabajo, que le ocasionó la fractura del primer metacarpiano, curando sin incapacidad.

Hace once meses empezó a notar la formación de un callo en la cara palmar de la mano izquierda en un sitio que correspondía a la quinta articulación metacarpo falángica, callo doloroso, especialmente al manejar los útiles del trabajo. Poco a poco el dedo pequeño de la mano izquierda empezó a flexionarse, impidiendo los movimientos activos de extensión; días después, sin que pueda precisar la fecha, el dedo anular izquierdo empezó con la misma sintomatología, aun cuando más atenuada. El obrero siguió trabajando unos tres meses hasta que, convencido de que cada vez se encontraba peor, pidió la baja como accidente que le fué concedida por el patrono y enviado a nosotros para tratamiento e informe.

En el primer reconocimiento apreciamos de una manera clara e inconfundible la C. de D. La retracción de la aponeurosis palmar izquierda es muy pronunciada, con fruncimiento de la piel y nódulos disseminados. El dedo meñique estaba en flexión de 90° sobre la mano, y sus articulaciones, flexionadas a su vez, en 45 grados. La extensión activa y pasiva es imposible por impedirlo la retracción. El dedo anular inmediato está también en flexión, pero menos pronunciada. En la mano derecha no hay síntomas de retracción ni tampoco en otras regiones del cuerpo. La exploración neurósica acusa normalidad (Dr. GERMAIN), salvo una pequeña influencia alcohólica. La exploración del aparato respiratorio da síntomas de tuberculosis antigua (Dr. GARCÍA TRIVIÑO).

El 22 de mayo del 28 intervenimos haciendo en anestesia local la extirpación de la aponeurosis palmar previa incisión en Y de la piel. El curso es satis-

factorio, pero poco a poco se ve que la enfermedad se reproduce, a pesar del masaje y de las sesiones de mecanoterapia. El 29 de septiembre hacemos una segunda intervención para extirpar el tejido cicatricial. El enfermo pretendía que le desarticulásemos el dedo meñique, diciendo que así podría trabajar mucho mejor, pero nosotros no accedimos e intentamos la curación por una intervención en anestesia local del tipo de la primera.

A pesar de esta segunda extirpación, la C. de D. no se ha corregido, y como ocurre en muchos casos, la tendencia es constante hacia la flexión, ya que en el sitio de la aponeurosis extirpada se forma un tejido cicatricial que retrae y engloba los flexores aun cuando se haya interpuesto grasa o cualquier otro tejido a modo de aislador.

(En cambio, en otros, como en los dos a que hacemos mención en este trabajo, mejoraron notablemente con una sola intervención. La mecanoterapia y el masaje completan el tratamiento, no siendo partidario de las inyecciones locales modificadoras).

En la actualidad, el obrero N. N. continúa con su retracción, aun cuando mucho menos acentuada, pero en cambio hay una torpeza evidente en los movimientos activos y pasivos, sobre todo en el meñique y en el anular. La tuberculosis pulmonar se ha agravado.

Concepto del accidente del trabajo.—Expuesta la nota clínica, veamos primero lo que en la legislación española y en las obras científicas especializadas se comprende como a. de t.

En primer término, todas las lesiones y enfermedades derivadas de un traumatismo único, brusco, capaz de ser medido y precisado ocasionado durante el trabajo.

En segundo lugar, y por no haber todavía una legislación en España, las enfermedades profesionales o sea aquéllas que se adquieren por el uso continuado y prolongado de una profesión reputada, como tóxica (plomo, mercurio, arsénico, cáncer de alquitrán, etc., etc.).

(1) Comunicación a la Real Academia de Madrid.

Faltan, en cambio, las lesiones corporales y las enfermedades comunes ocurridas en el trabajo, pero sin que se pueda atribuir a ésta una influencia directa en su etiología.

Examinemos ahora si la C. de D. entra en alguna de estas condiciones, y para ello y después de hacer constar una vez más que la afección es una retracción de la aponeurosis palmar, reparemos las principales teorías formuladas para explicar su patogenia.

Teoría constitucional.—El hecho de presentarse la retracción en sujetos de edad algo avanzada, de ser en muchos casos simétrica, de aparecer en otras regiones inflamaciones de la fascia o tejido conjuntivo, el coincidir con la induración plástica del pene, y, sobre todo, el recaer en individuos artríticos, reumáticos, etc., hizo pensar a ciertos autores en la posibilidad de una constitución especial como causa predisponente y hasta determinante de la contractura. La teoría no se ha confirmado sin negar las coincidencias señaladas.

Herencia.—La influencia hereditaria ha sido señalada por muchos autores. KOCHER cita el caso de un médico con C. de D., cuyo padre, tío y hermano, la presentaban también. SPRONGIS (1), publicó un trabajo en que la C. de D. aparecía en tres generaciones de una misma familia; de 76 personas, 17 estaban afectos, y de éstos 15 hombres; la esclerosis existía en diferentes tejidos, aponeurosis, tendones, articulaciones y hasta algún caso como induración plástica del *septus penis*. KARTSCHIKJAN, en un trabajo reciente (2) cita otra familia con cinco casos. Para RIEDINGER, la influencia hereditaria es debida a una disposición anatómica especial que favorece la esclerosis en ciertos tejidos.

Teoría neurógena. — Fué señalada desde que se estudiaron los primeros casos. BROWN SEQUARD, CHARCOT, y algunos más, pensaron en una alteración del sistema nervioso central o periférico como causa de la retracción. Más tarde, EULENBURG habló de la neuritis del cubital con motivo de un caso observado en un pianista de 42 años, con contractura de D. doble y neuritis evidente. Esta teoría tiene partidarios entre los autores modernos, sin que puedan darnos una prueba completa.

Teoría traumática.—Ha sido una de las más generalizadas y de las más discutidas. DUPUYTREN consideraba la retracción como la consecuencia de una irritación mecánica continua. MADELUNG sostenía que por tratarse de la región metacarpiana de una de las partes del organismo que menos grasa tienen, es muy fácil la inflamación crónica de la aponeurosis y

de los flexores por la influencia de los traumas repetidos.

Modernamente se va desechando la teoría traumática, lo mismo por lo que se refiere a un trauma único que por lo que respecta a los traumas pequeños pero continuos y muy repetidos. COENEN y ROSENBERG (3) y (4), que han estudiado muy bien este asunto, afirman que para que la contractura de D. pueda ser considerada como producida por un traumatismo único, éste necesita reunir alguna de las siguientes condiciones:

- 1.º Ser consecuencia de una herida infectada y localizada, precisamente «in situ» de la retracción.
- 2.º Ser consecuencia de un traumatismo cerrado que haya provocado un hematoma de importancia y de muy lenta reabsorción.

Otros autores señalan la posibilidad de un proceso crónico inflamatorio de origen traumático, pero en estos casos no se trata de verdaderas C. de D., sino de retracciones cicatriciales inflamatorias con preferencia tendinosas.

Más difícil es combatir la teoría del trauma repetido, y sin embargo, y a poco que mentemos, nos convencemos de lo infundado de la hipótesis. Como ROSENBERG dice muy bien, hay cuatro afirmaciones que la destruyen en absoluto.

1. Que entre tantos millones de trabajadores que sufren hematomas, traumatismos repetidos de las manos, etc., sólo hay un número limitadísimo con C. de D.
2. Que un gran número de las C. de D. se presentan en personas intelectuales.
3. Que la retracción es casi siempre doble, mientras que en casi todos los trabajos es sólo una mano la activa.
4. Que cuando la C. de D. es única, asienta casi siempre en la mano que trabaja menos.

Y estas afirmaciones se ven comprobadas en una monografía verdaderamente magnífica que acaba de publicar KANAVAL, KOCK y MASON (5). Refiriéndose a la profesión presenta la siguiente estadística:

Autor	Casos	Otrercs	Intele-tual
Keen.	123	49	74
Blach.	131	63	68
Byford.	38	24	14
Kanavel, Koch y Mason.	29	10	19
Totales:	321	146	175

Y refiriéndose a la mano, afecta estos otros:

Autor	Casos	Derecha	Izquierda	Bilateral ¹
Keen.	184	58	23	103
Anderson.	39	10	5	24
Hume.	118	57	21	40
Flach.	240	89	47	104
Byford.	38	9	4	25
Kanavel, Koch y Mason.	29	4	8	17
Totales:	648	227	108	313

(1) SPRONGIS. *Deutsche Zeitsch. für Chirurgie*. Bd. 194. Heft. 34.

(2) KARTSCHIKJAN. *Zeitsch. für Orthop. Chirurgie*. 1927.

(3) COENEN. *Brg. Chirurg. und Ortop.* 1918.

(4) ROSENBERG. *Mónasch. für Chifallheilkunde*. 1926, 4.

(5) *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. Febrero 1929.

En nuestra pequeña estadística de este año, los tres casos de C. de D. observados corresponden a un pianista, a un panadero y a un albañil, y en éste en la mano izquierda y en los otros doble.

Pero hay más: se ha hecho en muchos sitios una investigación concienzuda entre los obreros que por su oficio debían estar más expuestos a la retracción, y a este objeto se examinaron principalmente los mineros, los obreros que manejan perforadoras enérgicas que tienen una constante vibración en la mano, los paleros, picapedreros, etc., y lo mismo en Bochum, que en Bonn, Coblenza, Colonia, lo mismo en las fábricas que en las profesiones al aire libre o en las minas, el resultado ha sido completamente negativo: los obreros que manejan constantemente perforadoras eléctricas, de aire comprimido y de gasolina; los que están más expuestos a traumatismos enérgicos continuos y repetidos, no presentan la C. de D. en mayor proporción que los obreros en cualquier otra clase de oficio.

El panadero trabajó normalmente durante 15 años; dos años y medio después de retirarse del trabajo fué cuando le empezó la C. de D.

Resulta, pues, que por regla general, la C. de D. no depende de un traumatismo único ni repetido.

Particularidades de nuestro caso. — Recuérdese que se trata de un albañil, que la lesión comenzó por un callo, y que poco a poco se fué estableciendo la flexión del dedo meñique y del anular, sin que el mismo obrero pueda precisarnos cuando empezó realmente la enfermedad.

Faltan, pues, todos los detalles que se exigen en primer término al A. del T. La actuación rápida, o por lo menos capaz de ser medida y precisada, que permite establecer con toda claridad el momento de la baja.

No hace falta ni siquiera razonar que la C. de D. no es ninguna enfermedad profesional, pues le faltan todos los requisitos exigidos en España y en todos los países.

Queda, por último, la cuestión a resolver si el hecho de manejar este obrero la llana constantemente es motivo suficiente para considerar su afección como de etiología traumática y si debe de ser en este caso considerado como accidente. La opinión de los autores modernos es francamente opuesta, y ya hemos visto las razones alegadas en contra de la influencia de los traumatismos repetidos, y es contraria, asimismo a considerarla como A. del T. En las actas del Congreso Internacional de A. del T. (6), celebrado en Amsterdam, se expresó concretamente esta opinión, y en las obras científicas modernas LINGER, MOLINEUS, JOTKOWITZ, publicadas en Alemania en 1928, se dice también que no es A. del T. ni enfermedad profesional.

RESUME

La contracture de DUPUYTREN ne doit pas être considérée comme un accident du travail.

SUMMARY

DUPUYTREN'S contraction should not be regarded as a labour accident.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Muskelabzehrung von DUPUYTREN darf nicht als Arbeitsunfall betrachtet werden.

(6) VIERDE. SNTER. Congreso von Ongevallengeneskunde. 1925.