



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA:**

**Prevalencia de la enfermedad de Dupuytren en pacientes del  
servicio de cirugía plástica del HTMC desde el 2021 al 2023**

**AUTORES:**

**Aguayo Zambrano Jaime Andrés  
Bodero Ceballos Felipe Eduardo**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**TUTOR**

**Dr. Vicente Enrique Yuen Chon Monroy**

**Guayaquil, Ecuador  
10 de MAYO del 2024**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Aguayo Zambrano Jaime Andrés y Boderó Ceballos Felipe Eduardo**, como requerimiento para la obtención del título de **Medico**.

**REVISOR**



Firmado electrónicamente por:  
VICENTE ENRIQUE  
YUEN CHON MONROY

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Vicente Enrique Yuen Chon Monroy**

**DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Dr. Juan Luis Aguirre Martínez**

**Guayaquil, a los 10 del mes de mayo del año 2024**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

### **DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotros, **Aguayo Zambrano Jaime Andrés y Bodero Ceballos Felipe Eduardo**

#### **DECLARO QUE:**

El trabajo de titulación, **“Prevalencia de le enfermedad de Dupuytren en pacientes del servicio de Cirugía Plástica del HTMC desde el 2021 a 2023”** previo a la obtención del título de **Medico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 10 del mes de Mayo del año 2024**

#### **LOS AUTORES**



Firmado electrónicamente por:  
**JAIIME ANDRES AGUAYO  
ZAMBRANO**

f. \_\_\_\_\_  
**Aguayo Zambrano Jaime Andrés**



Firmado electrónicamente por:  
**FELIPE EDUARDO  
BODERO CEBALLOS**

f. \_\_\_\_\_  
**Bodero Ceballos Felipe Eduardo**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Aguayo Zambrano Jaime Andrés y Bodero Ceballos Felipe Eduardo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, "**Prevalencia de le enfermedad de Dupuytren en pacientes del servicio de Cirugía Plástica del HTMC desde el 2021 a 2023**", cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 10 del mes de Mayo del año 2024**

**LOS AUTORES:**



Firmado electrónicamente por:  
**JAIME ANDRES AGUAYO  
ZAMBRANO**

f.

\_\_\_\_\_ **Aguayo Zambrano Jaime Andrés**



Firmado electrónicamente por:  
**FELIPE EDUARDO  
BODERO CEBALLOS**

f.

\_\_\_\_\_ **Bodero Ceballos Felipe Eduardo**

## REPORTE DE COMPILATO



CERTIFICADO DE ANÁLISIS  
magister

# PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN EN PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA DEL HTMC DESDE EL 2021 AL 2023

0%  
Textos  
sospechosos

0% Similitudes  
0% similitudes  
entre comillas  
0% entre las  
fuentes  
mencionadas  
4% Idiomas no  
reconocidos  
(ignorado)

Nombre del documento: TT\_AGUAYO-BODERO\_P72.docx  
ID del documento: ecabfc451030f37b031d442908cec0e25d09d7e1  
Tamaño del documento original: 20,99 kB  
Autores: Jaime Aguayo, Felipe Bodero

Depositante: Jaime Aguayo  
Fecha de depósito: 6/5/2024  
Tipo de carga: url\_submission  
fecha de fin de análisis: 6/5/2024

Número de palabras: 2245  
Número de caracteres: 14.492

Ubicación de las similitudes en el documento:



Firmado digitalmente por:  
VICENTE ENRIQUE  
TUEN CHON KENROY

## AGRADECIMIENTO

Quisiera agradecerle a Dios por haberme bendecido con mis padres Margarita y David que estuvieron días, noches, y hasta madrugadas durante estos últimos 6 años apoyándome y dándome aliento a darlo todo en mi carrera. A mi Abuela Margarita, mi tío Alejandro, mis tías María José y María Isabel, quisiera agradecerles por estar ahí y brindarme sus cálidas palabras en cada logro obtenido. A mis amigos Ricardo, Melina, Marisol y Sebastián, gracias por haberse convertido en la familia que me dio Medicina, gracias por tantas risas, lágrimas y éxitos que hemos logrado. No hay duda de que me llevare y atesorare todos los momentos juntos que vivimos a lo largo de nuestra formación como médico. A mis maestros y mentores durante la carrera Diego, Eric, Giomar y Paulo César, gracias por todo el conocimiento y formación académica, gracias haber confiado en mi y abrirme las puertas de sus cátedras que me ayudaron a crecer como estudiante y persona. A mi familia M.E.T.A., en especial a Sebastián, Camila y John, gracias por enseñarme los pilares de la medicina, el estudio, el trabajo y la amistad que llevare conmigo siempre.

Finalmente, a mi Abuelo Alejandro, pilar fundamental en mi formación como persona, gracias por tanta paciencia, tantas enseñanzas, tanto ejemplo y por todo el apoyo durante todos estos años, sin duda este y muchos otros logros obtenidos durante mi carrera no hubieran sido posible sin ti.

- Jaime Andrés

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi familia, especialmente a mis padres Carlos y Candela, por todo el apoyo dado durante la carrera y haber sido una fuente de inspiración hasta el día de hoy. Por haberme siempre guiado en todos los momentos desde explicarme anatomía básica hasta temas de especialidades, espero haberlos hecho sentir orgullosos y poder algún día alcanzar lo que ustedes lograron.

Agradezco también a los amigos que hice durante esta carrera que se volvieron un pilar fundamental para lograr este objetivo y servir también como soporte y ayuda en los momentos más difíciles.

Agradezco también a los doctores que fueron mis maestros que siempre estuvieron con la predisposición de ayudar y demostrar por que hice una buena elección al seguir esta carrera.

-Felipe Boderó

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo primero a mi Héroe, mi ídolo, mi estrella, mi ejemplo a seguir, mi Madre Margarita, gracias mama por haberme enseñado desde pequeño el valor y las recompensas del trabajo honesto y sacrificado, gracias mama por tenerme tanta paciencia en este capítulo de mi vida de formación como médico que muchas veces nos privaron de compartir momentos familiares juntos, gracias mama por haber sido también mi compañera en esta carrera que alguna vez soñaste en estudiar, por haberme apoyado y asesorado en las 2 campañas que ganamos, por ultimo gracias mama por haber sido la único que creyó en mi desde un inicio que podría lograr ser médico, peleando contracorriente para que este logro se materialice.

Quisiera dedicarle este trabajo a la otra mitad de mi cerebro Melina, este logro es tan tuyo como lo es mío, gracias por tanta paciente y aguante, gracias por enseñarme el valor de una verdadera amistad, gracias por enseñarme lo resiliente que puede llegar a ser una persona frente a tanta adversidad.

Finalmente le dedico este trabajo a una persona muy especial. Romina, gracias por tus cariñosas palabras, apoyo incondicional y saber que en ti tengo un pilar que me levanta y me motiva a querer ser la mejor versión de mi todos los días.

-Jaime Andrés



## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres por ser mi ejemplo a seguir y la razón por la que quise ser médico, por enseñarme los valores necesarios para poder crecer como persona y como profesional. A mi novia Milena, por brindar siempre su apoyo cuando lo necesitaba y saber que siempre puedo contar contigo para todo. A mis grandes amigos de la universidad Eduardo, Valeria, Jorge, Vicente y Daniel que compartimos momentos difíciles y más que todo momento de risas y memorables que llevare por siempre conmigo. Momentos que hicieron estos 6 años una experiencia increíble de mi vida y saber que más que compañeros los considero familia. A mis amigos del internado, especialmente a los de mi guardia que hicieron del año del internado una experiencia increíble y como amigos pudimos siempre sacar lo mejor de situaciones complicadas y demostrar que los amigos de verdad siempre estarán para ti cuando lo necesites, como mi amiga Melina.

-Felipe Boderó



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. JUAN LUIS AGUIRRE MARTINEZ**  
DECANO O DIRECTOR DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**DR. DIEGO ANTONIO VASQUEZ CEDEÑO**  
COORDINADOR DEL ÁREA

f. \_\_\_\_\_

**(NOMBRES Y APELLIDOS)**  
OPONENTE

## INDICE

Resumen .....	XIII
Abstract .....	XIV
CAPÍTULO I.....	2
1.1.    Introducción .....	2
1.2.    Problema para investigar .....	3
1.3.    Objetivos de la investigación.....	3
1.3.1.    Objetivo general .....	3
1.3.2.    Objetivos específicos.....	3
1.4.    Justificación .....	3
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	4
2.1.    Definición .....	4
2.2.    Historia .....	4
2.3.    Anatomía .....	5
2.4.    Epidemiología .....	6
2.5.    Etiología y fisiopatología .....	7
2.6.    Clínica.....	9
2.7.    Diagnostico .....	9
2.8.    Tratamiento.....	11
2.8.1.    Manejo conservador .....	11
2.8.2.    Manejo quirúrgico.....	12
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	13
3.1.    Diseño del estudio .....	13
3.2.    Consideraciones éticas y legales .....	13
3.3.    Población de estudio.....	13
3.3.1.    Criterios de inclusión .....	13
3.3.2.    Criterios de exclusión .....	13
3.4.    Método de recolección de datos .....	13
3.5.    Variables .....	14
3.6.    Entrada y gestión de información .....	15
3.7.    Estrategia de análisis estadístico .....	15
CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....	16

4.1. Variables cuantitativas .....	16
4.2. Variables cualitativas.....	18
CAPÍTULO V.....	20
5.1. Discusión .....	20
5.2. Conclusiones .....	22
5.3. Recomendaciones .....	22
FUENTES .....	23

## Resumen

**Introducción:** La enfermedad de Dupuytren es una patología que afecta la fascia palmar, de lenta progresión, molesta e incapacitante la cual la única resolución absoluta es la vía quirúrgica. **Objetivo:** Estimar la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren en el HTMC en el periodo 2021 al 2023. **Materiales y Métodos:** Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, que tuvo como población 51 pacientes con diagnóstico de Dupuytren que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, ingresados al servicio de Cirugía Plástica del HTMC, la recolección de los datos fue obtenida mediante del AS400. **Resultados:** Se obtuvo una prevalencia del 0.24%, donde el sexo más prevalente es el masculino 54.9%(n=28), el grupo etario más frecuente fue el de 61-70 años 31.37% (n=16), entre las comorbilidades la presencia de hipertensión y diabetes en conjunto fue la más prevalente 33.33% (n=17), la presentación de la enfermedad del lado derecho fue la de mayor frecuencia 47.05% (n=24), el grupo con IMC<24.9 presento mayor prevalencia 42% (n=21). **Conclusiones:** El sexo con mayor prevalencia fue el masculino. El grupo etario más frecuente fue el de 61-70 años, las comorbilidades con mayor prevalencia fueron la presentación combinada de hipertensión y diabetes.

**Palabras claves:** Dupuytren, prevalencia, comorbilidades, edad, etiología, fibrosis palmar

## Abstract

**Introduction:** Dupuytren's disease is a pathology that affects the palmar fascia, slowly progressive, annoying, and disabling, the only absolute resolution of which is surgery. **Objective:** To estimate the prevalence of Dupuytren's disease in HTMC in the period 2021 to 2023. **Materials and Methods:** This is an observational, retrospective, cross-sectional, descriptive study that had a population of 51 patients diagnosed with Dupuytren who met the inclusion and exclusion criteria, admitted to the Plastic Surgery Service of the HTMC, data collection was obtained by means of the AS400. **Results:** A prevalence of 0.24% was obtained, where the most prevalent sex was male 54.9% (n=28), the most frequent age group was 61-70 years 31.37% (n=16), among the comorbidities the presence of hypertension and diabetes together was the most prevalent 33.33% (n=17), the presentation of right-sided disease was the most frequent 47.05% (n=24), the BMI group <24.9 had a higher prevalence of 42% (n=21). **Conclusions:** The sex with the highest prevalence was male. The most frequent age group was 61-70 years, and the most prevalent comorbidities were the combined presentation of hypertension and diabetes.

**Key words:** Dupuytren, prevalence, comorbidities, age, etiology, palmar fibrosis

## **CAPÍTULO I**

### **1.1. Introducción**

La enfermedad de Dupuytren es una patología común de la mano que afecta la fascia palmar. Inicialmente, se manifiesta como un engrosamiento de la piel de la palma. La enfermedad de Dupuytren oscila una prevalencia mundial del 8%. Los factores genéticos constituyen el 80% de los casos de esta enfermedad, sea por factores hereditario o enfermedades asociadas. (1) Es una enfermedad molesta e incapacitante la cual la única resolución absoluta es la vía quirúrgica. (2)

Debido a su carácter generalmente benigno, el tratamiento no es obligatorio, por lo que el paciente debe tener parte en la decisión, ya que la observación es una opción perfectamente viable en pacientes con manifestaciones leves de la enfermedad. Se han propuesto diferentes tratamientos para la enfermedad de Dupuytren, según su gravedad, preferencia del paciente y del cirujano. (3)

Como la enfermedad de Dupuytren es una enfermedad de progresión lenta, la espera vigilante es una opción para pacientes con presencia de una contractura mínima y sin discapacidad funcional significativa. Se aconseja una intervención cuando la prueba de la mesa de Hueston es positiva, es decir, cuando no se puede colocar la mano afectada sobre una mesa mirando con la palma hacia abajo. (5)

## 1.2. Problema para investigar

¿Cuál es la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren en pacientes del servicio de Cirugía Plástica del HTMC desde el 2021 al 2023?

## 1.3. Objetivos de la investigación

### 1.3.1. Objetivo general

- Estimar la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren en el HTMC en el periodo 2021 al 2023.

### 1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar en cual sexo existe mayor prevalencia de la enfermedad de Dupuytren
- Identificar en qué rango etario existe mayor prevalencia de la enfermedad de Dupuytren
- Reconocer que comorbilidades presentan los pacientes con la enfermedad de Dupuytren

## 1.4. Justificación

Actualmente en el Ecuador no hay ningún estudio estadístico sobre la enfermedad. Esto genera que exista una falta de conocimiento acerca de la enfermedad. Lo que podría generar un mal diagnóstico de la enfermedad y consecuentemente un mal tratamiento de la patología. A pesar de que el dolor no es una molestia para algunos pacientes, no deja de ser una enfermedad que dificulte el desarrollo de la vida cotidiana. (6)

El propósito de este estudio es poder dimensionar la prevalencia de esta enfermedad a nivel hospitalario. Consiguiendo así tener una base de información sobre la realidad de esta enfermedad en nuestro medio. Al realizar este estudio de la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo se puede lograr comparar la prevalencia mundial y regional con la de nuestro medio.



## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### 2.1. Definición

Kristján G Gudmundsson et, al. definen la contractura de Dupuytren como un trastorno relativamente común caracterizado por fibrosis progresiva de la fascia palmar (7).

### 2.2. Historia

El 5 de diciembre de 1831, el barón Guillaume Dupuytren dictó una conferencia sobre las retracciones permanentes de los dedos flexionados que se publicó con el título “Leçon sur la rétraction permanente des doigts”. Hasta el día de hoy, la afección lleva su nombre, a pesar de que la historia muestra que Felix Platter en 1680, Henry Cline, Jr., y Sir Astley Cooper en 1808 y 1818 respectivamente, ya habían descrito una afección similar. Cline notó que había un compromiso de la fascia palmar específicamente. Cooper y Dupuytren ya se conocían y en varias ocasiones se comunicaron antes de la famosa conferencia de Dupuytren en diciembre de 1831 (8).

La creencia de Dupuytren de que la enfermedad se limitaba a la aponeurosis palmar no explicaba la extensión de la enfermedad a los dedos y las subsiguientes contracturas de la articulación interfalángica proximal. En 1833, Jean-Gaspard Blaise Goyrand presentó disecciones para respaldar su teoría de que un tejido nuevo era el responsable de la contractura. Describió que este tejido es profundo a la aponeurosis palmar y superficial a los tendones flexores. Este tejido se extendía hacia los tendones y era responsable de la contractura en flexión de la articulación interfalángica proximal. Durante los siguientes 20 años la atención quirúrgica de esta enfermedad se extendió por toda Europa. En la década de 1840, con la llegada de la anestesia, se pudo realizar una disección más meticulosa. Desde mediados de la década de 1850 hasta la actualidad, los avances en la comprensión de la antisepsia, la fisiopatología, la técnica

quirúrgica y la rehabilitación postoperatoria sólo han sido refinamientos de los tratamientos y teorías propuestos a mediados del siglo XIX (9).

### 2.3. Anatomía

Para comprender el proceso patológico responsable de las contracturas en la enfermedad de Dupuytren, es necesario estar familiarizado con la anatomía normal de las capas fasciales de la palma y los dedos vs. lo que podría presentarse en la patológica. (figura 1).

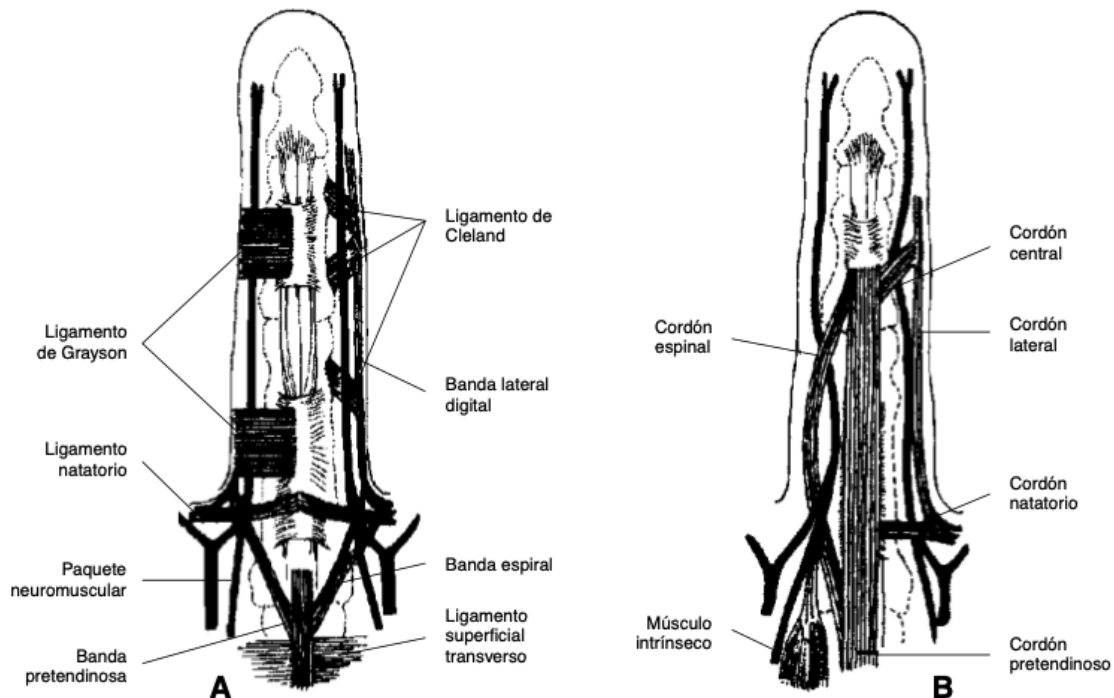


Figura 1. A: La anatomía de las bandas digitales sin patología. B: Anatomía de los cordones patológicos que se forman en la enfermedad de Dupuytren. Imagen obtenida de Fernández VJM y cols. An Med Asoc Med Hosp ABC 2004.

La aponeurosis palmar es una capa facial triangular con su vértice superpuesto al palmar mayor. Esta lámina fascial se divide distalmente en las bandas pretendinosas que llegan al borde distal de los metacarpianos. En este nivel, la banda pretendinosa se divide en 3 capas. La capa superficial se adhiere a la piel en el pliegue digital-palmar. La capa central da lugar a 2 bandas en espiral. Estos viajan distal y dorsalmente para formar la coalescencia del espacio interdigital. A medida que progresan distalmente, giran 90° y pasan del plano coronal al

plano sagital. La capa más profunda de la banda pretendinosa se sumerge dorsalmente alrededor de la articulación metacarpofalángica para insertarse en la fascia del músculo interóseo y el ligamento metacarpiano transverso profundo. Estas extensiones sagitales, crean siete compartimentos que contienen los tendones flexores y las estructuras neurovasculares. Estos septos se unen a las bandas espirales y a los ligamentos natatorios en la coalescencia del espacio interdigital. El ligamento palmar transverso superficial corre perpendicular y profundo a las bandas pretendinosas, proximal a la división de las bandas espirales. Distalmente a esta división, los ligamentos natatorios corren transversalmente. Aunque los ligamentos palmares transversos superficiales permanecen esencialmente en el plano coronal, los ligamentos natatorios dan origen a fibras profundas que se unen a la coalescencia del espacio interdigital y a fibras que se unen a la vaina del tendón flexor a nivel de la articulación metacarpofalángica (9).

La coalescencia del espacio interdigital da lugar a una capa fascial orientada sagitalmente en el dedo denominada lámina digital lateral. Estas láminas son laterales al haz neurovascular. Las láminas digitales laterales emiten fibras coronales tanto palmarés como dorsales al haz neurovascular que se inserta en el periostio falángico y la vaina del tendón flexor. La estructura palmar se denomina ligamento de Grayson y la estructura dorsal se denomina ligamento de Cleland que es lo que se logra observar en la FIGURA 1A. Próximamente se explicará cómo y dónde estas estructuras anatómicas se ven afectadas en la enfermedad de Dupuytren.

#### 2.4. Epidemiología

La prevalencia mundial de Dupuytren se ha establecido en un valor aproximado del 8.2%. Mientras que en el continente americano se estima una prevalencia del 2.3%. En un estudio realizado en Brasil de la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren se evidencio que el 45% de la población estudiada padecida de

Diabetes. Subsecuentemente dentro de este grupo el 62% era insulino dependiente (4, 10, 11, 12).

Otro estudio realizado en el continente americano describió una distribución en cuanto al género en el cual el 70% de la población estudiada fue masculina y el 30% femenina. Subsecuentemente se evidencio que el 59.3% de la población estudiada presentaba comorbilidades entre las cuales se encontraba la hipertensión, diabetes, epilepsia, entre otras. (13)

## 2.5. Etiología y fisiopatología

La enfermedad de Dupuytren es común en personas de raza blanca, especialmente de origen noroccidental de Europa, pero no es muy prevalente en otros grupos étnicos. La enfermedad afecta principalmente a hombres y se asocia con el avance de la edad. La prevalencia más alta se ha reportado en Escocia, Noruega e Islandia, donde alrededor del 40% de los hombres de edad avanzada están afectados. La enfermedad se ha relacionado con varias afecciones médicas, entre ellas diabetes mellitus, enfermedad hepática, hiperlipidemia y epilepsia. Por el contrario, los trastornos reumáticos se observan con menos frecuencia en la enfermedad de Dupuytren. El tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y el trabajo manual también se han asociado con esta afección, pero muchas de estas asociaciones han sido cuestionadas.

La enfermedad de Dupuytren puede ser familiar, pero el mecanismo genético aún no está claro. Se han realizado pocos estudios formales sobre la herencia, pero se ha sugerido una causa autosómica dominante con penetrancia variable. Sin embargo, la herencia podría ser poligénica o podría haber una interacción entre factores ambientales y genéticos. Es de importancia mencionarlo porque Houston habla sobre una diátesis en la enfermedad de Dupuytren que en ocasiones puede ser más agresiva y recurrente como veremos en la Figura 2. En estos pacientes, hay un inicio temprano de la enfermedad, antecedentes familiares positivos, bilateralidad y afectación de otras áreas además de la mano. Cuando se revisaron los datos de 736 pacientes internacionales, los

investigadores encontraron que cuando todos los factores que contribuyen a la diátesis estaban presentes, la tasa de recurrencia o extensión era del 78%, mientras que cuando todos los factores estaban ausentes, la tasa era sólo del 17% (14) (Figura 2).

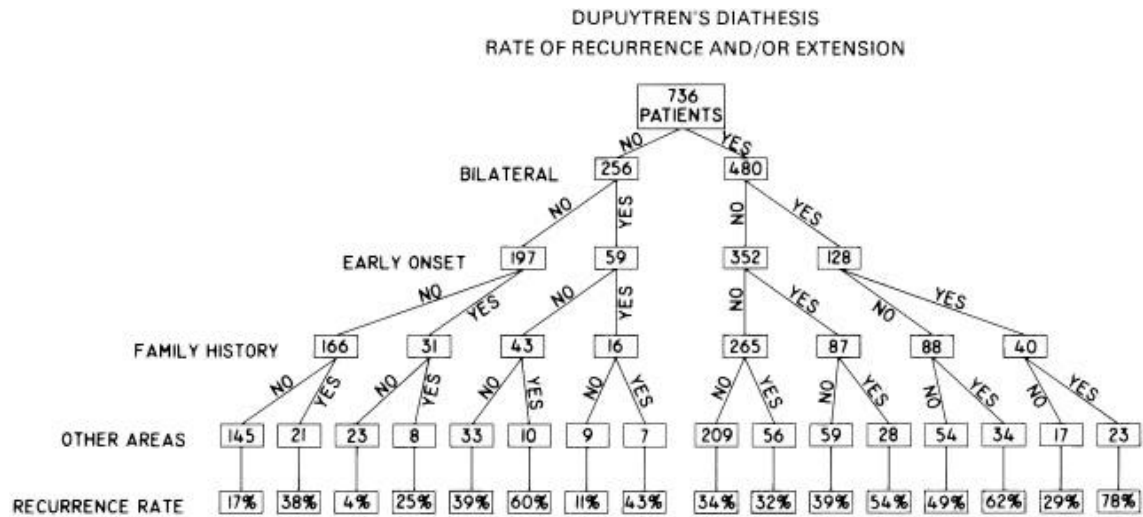


Figura 2. Diátesis Dupuytren. Imagen obtenida de McFarlane RM. Algunas observaciones sobre la epidemiología de la Enfermedad de Dupuytren. En Hueston JT, Tubiana R. London, Churchill Livingstone, 1985.

Si bien la etiología nos orienta un poco hacia las posibles causas de la enfermedad no se ha descrito una fisiopatológica. UpToDate indica que la enfermedad de Dupuytren se caracteriza por proliferación fibroblástica y depósito desordenado de colágeno con engrosamiento fascial. La formación de uno o más nódulos ocurre en la etapa proliferativa temprana de la enfermedad y es la lesión patognomónica de la contractura de Dupuytren. Los nódulos se forman debido a la proliferación de fibroblastos en la fascia palmar superficial e histológicamente están compuestos por fibroblastos y colágeno tipo III. En los nódulos hay fibroblastos y miofibroblastos de músculo liso; También se encuentran concentraciones elevadas de prostaglandinas dentro de los nódulos y pueden influir en la contractilidad de los miofibroblastos. Los tendones flexores no están intrínsecamente afectados, pero se produce invasión de la dermis y produce arrugas y anclajes característicos de la piel (15). Otro estudio nos reporta que la presencia de linfocitos CD3 positivos y la expresión de proteínas

de clase II del complejo mayor de histocompatibilidad también sugieren un posible papel de una respuesta autoinmune mediada por células T en este trastorno (16).

## 2.6. Clínica

Por lo general, los pacientes notan primero un engrosamiento o un nódulo en la palma de la mano que inicialmente puede ser doloroso o indoloro, y la pérdida de movimiento del dedo o los dedos afectados se experimenta años más tarde en el curso de la enfermedad. El paciente a menudo se frota la palma y los dedos en un intento de enderezarlos al describir la afección. Las cuerdas o contracturas suelen ser indoloras; en raras ocasiones, se produce tenosinovitis (inflamación de la vaina del tendón) concurrente y es dolorosa. El lado cubital de ambas manos está afectado en la mayoría de los pacientes, siendo el cuarto y luego el quinto dedo los más comúnmente afectados y generalmente antes que otras áreas de la mano. El tercer dedo se ve afectado con menos frecuencia y el dedo índice y el pulgar son los menos afectados (15).

## 2.7. Diagnóstico

El diagnóstico de contractura de Dupuytren es clínico y se basa en la historia de pérdida indolora de la extensión de los dedos y en los siguientes hallazgos en el examen físico: El signo más temprano es un "fruncimiento" triangular del tejido dérmico sobre el tendón flexor justo proximal al pliegue flexor del dedo. La extensión pasiva de los dedos afectados demostrará el fruncimiento de la piel a medida que recorre la articulación metacarpofalángica. El signo que más nos llama la atención es que pueden ser visibles y palpables nódulos discretos a lo largo del trayecto de los tendones flexores cerca del pliegue palmar distal (Figura 3).



Figura 3. Lesiones fibrosantes nodulares con bandas que se irradian distalmente en el cuarto y quinto dedo. Imagen obtenida de: Sheon, RP, Moskowitz, RW, Goldberg, VM. 3rd ed, Williams & Wilkins, Baltimore 1996

Además, la presencia de un cordón palpable que corre longitudinalmente en el tejido subcutáneo que arruga la piel y limita la extensión de la articulación metacarpofalángica o interfalángica proximal se lo puede observar en etapas más avanzadas de la enfermedad (Figura 4).

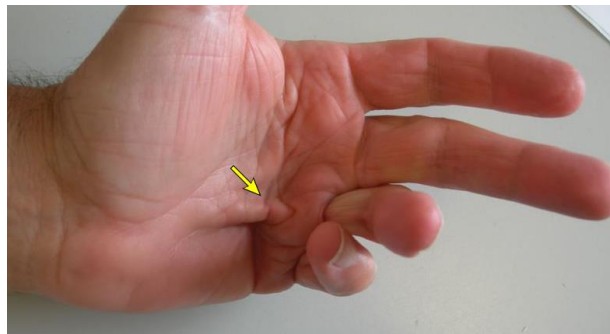


Figura 4. La flecha indica el cordón de la fascia palmar. Imagen Obtenida de: UpToDate, Dupuytren's contracture.

Finalmente, es importante mencionar que el nódulo típicamente progresa durante un período de tiempo variable para formar un cordón fibroso que se extiende desde la palma hasta los dedos, causando una contractura en flexión de la articulación metacarpofalángica. Los nódulos o cordones también pueden originarse en los dedos, lo que puede provocar una contractura de la articulación interfalángica proximal, lo que nos orienta hacia un diagnóstico netamente

clínico de enfermedad de Dupuytren tan solo con seguir la historia natural de la enfermedad (15).

En la mayoría de los casos no hay signos de inflamación; No hay sensibilidad local, hinchazón ni dolor con la flexión y extensión pasivas, a menos que haya tenosinovitis concurrente.

Las radiografías simples de mano no son necesarias para el diagnóstico de la enfermedad de Dupuytren ya que no se produce calcificación de los tendones.

## 2.8. Tratamiento

Los objetivos del tratamiento son restaurar el movimiento de los dedos y evaluar la necesidad de cirugía u otras intervenciones. La terapia elegida depende de la gravedad de la enfermedad.

### 2.8.1. Manejo conservador

Los pacientes con síntomas leves de nódulos en las primeras etapas de la enfermedad pueden beneficiarse de la modificación de las herramientas (p. ej., mediante mangos contruidos con aislamiento de tuberías o cinta acolchada) y, cuando sea posible, mediante el uso de un guante con acolchado en la palma durante el fuerte agarre en tareas que lo demanden. Los síntomas de los nódulos suelen desaparecer espontáneamente en unos pocos meses. Un estudio reportó que indican que el masaje, el entablillado o el ejercicio evitarán la progresión de la contractura (17).

En pacientes con síntomas persistentes o progresivos la inyección intralesional de glucocorticoides con acetónido de triamcinolona y clorhidrato de lidocaína puede ser útil si el dolor local es molesto por ejemplo si el paciente desarrolla tenosinovitis o el nódulo está persistentemente doloroso o si el nódulo palmar está creciendo rápidamente. Pero es importante mencionar que, en algunos pacientes, no hubo impacto a largo plazo en la progresión de la enfermedad. La inyección de glucocorticoides se considera



útil sólo en pacientes con nódulos porque los cordones con o sin contractura significativa no responden a la inyección de glucocorticoides (18).

### 2.8.2. Manejo quirúrgico

La cirugía ha sido el tratamiento de elección para las etapas avanzadas de la enfermedad, si la función está deteriorada o si una contractura está progresando. En la actualidad, las intervenciones típicas son una sección de los cordones (fasciotomía) o una escisión de los cordones fasciales afectos (fasciectomía) con o sin escisión de la piel suprayacente.

La fasciectomía palmar limitada debe considerarse sólo en caso de deterioro funcional o en presencia de una contractura progresiva. Los resultados iniciales son generalmente buenos, pero la tasa de recurrencia es alta especialmente si el paciente presenta factores de riesgo asociados como discutimos previamente. Finalmente, se han sugerido como indicaciones de cirugía las deformidades en flexión >30 a 40 grados en la articulación metacarpofalángica o >20 grados en la articulación interfalángica proximal (19).

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño del estudio**

Es un estudio Observacional, Retrospectivo, Transversal, Descriptivo.

### **3.2. Consideraciones éticas y legales**

El presente estudio fue aprobado por la Comisión de Investigación Científica de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil encargado por el Dr. Vásquez, el cual posterior a esto se presentó un perfil de investigación y anteproyecto aprobado por el director de docencia del hospital Teodoro Maldonado Carbo, se obtuvo la base de datos por medio de la gestión del departamento de estadísticas y de docencia, se mantuvo la confidencialidad de los pacientes. La realización de este estudio no tuvo conflictos de interés por parte de los investigadores.

### **3.3. Población de estudio**

Pacientes de sexo masculino y femenino que han sido atendidos en el hospital "Teodoro Maldonado Carbo", en el área de cirugía plástica, que cumplieron los siguientes criterios de selección:

#### **3.3.1. Criterios de inclusión**

- Pacientes atendidos en el HTMC en el periodo 2021-2023
- Pacientes con diagnóstico de Dupuytren

#### **3.3.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes con otras fibromatosis palmares.

### **3.4. Método de recolección de datos**

Revisión de historias clínicas en el Sistema Integrado de Información de Salud del Hospital Teodoro Maldonado Carbo AS400 mediante su base de datos.

### 3.5. Variables

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala</b>
<b>EDAD</b>	Años cumplidos desde el nacimiento evidenciado en el documento de identidad	Años cumplidos	20-30 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81-90
<b>SEXO</b>	Características fenotípicas que corresponden al fenotipo	Sexo	Masculino Femenino
<b>PRESENTACIÓN</b>	Afección de la región palmar de la mano por la formación de nódulos que imposibilitan la correcta movilidad de los dedos.	Presentación	Derecha Izquierda Bilateral
<b>COMORBILIDADES</b>	Coexistencia, en una misma persona, de una o varias enfermedades o	Comorbilidad	Diabetes Hipertensión Diabetes e Hipertensión Otras

	trastornos asociados a una enfermedad primaria.		No Refiere
<b>IMC</b>	El índice de masa corporal (IMC) es un número que se calcula con base en el peso y la estatura de la persona.	IMC	IMC>30 IMC 25-29.9 IMC<24.9

### 3.6. Entrada y gestión de información

Información recolectada y tabulada en un archivo de Excel.

### 3.7. Estrategia de análisis estadístico

Se utilizará el Software SPSS. El estudio de tipo descriptivo que tiene un nivel del 100% de confianza ya que se usó toda la población. Los datos se analizarán para determinar la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren en la población de estudio.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se obtuvo una población de 51 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Dupuytren que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, que fueron atendidos en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo. De la cual se obtuvo información acerca de la edad, sexo, miembro afectado, entre otros. Con estos datos se prosiguió a realizar un análisis descriptivo, donde la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren fue 0.24%.

### *Prevalencia de enfermedad de Dupuytren*

$$= \frac{\text{Diagnostico confirmado de Dupuytren}}{\text{Pacientes atendidos en la unidad de Cirugia Plastica}} \times 100$$

$$= \frac{51}{21741} \times 100$$

$$= 0.24\%$$

#### 4.1. Variables cuantitativas

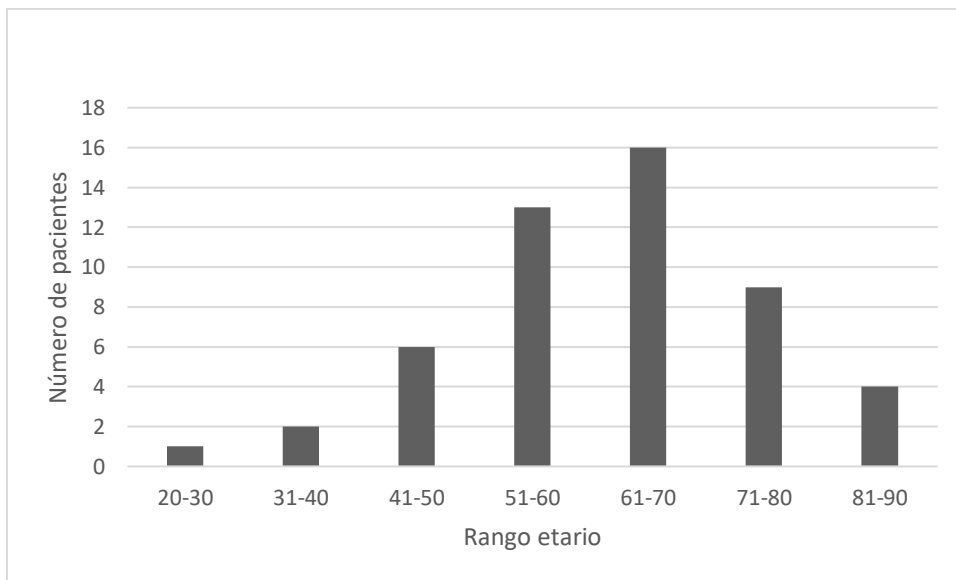
Se obtuvo una población de 51 pacientes que fueron diagnosticados con enfermedad de Dupuytren durante los años 2021-2023, y se determinó que el grupo etario más susceptible a padecer esta enfermedad van desde los 61-70 años de edad con un total de 16 pacientes (31%), en comparación con un grupo de un paciente (1.9%) que se encontraba en el grupo etario de 20-30 presentándose en menor frecuencia.

Ocupando el segundo lugar de mayor frecuencia se encontró el rango etario de 51-60 con 13 casos (25%), seguido por 9 pacientes diagnosticados (17%) en el grupo etario de 71-80.

Tabla 1. Distribución de pacientes con enfermedad de Dupuytren: Edad

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE VALIDO</b>
<b>20-30</b>	1	1.96	1.96
<b>31-40</b>	2	3.92	3.92
<b>41-50</b>	6	11.76	11.76
<b>51-60</b>	13	25.49	25.49
<b>61-70</b>	16	31.37	31.37
<b>71-80</b>	9	17.64	17.64
<b>81-90</b>	4	7.84	7.84
<b>Total</b>	51	100	100

Gráfico 1. Distribución de pacientes con enfermedad de Dupuytren: Edad



#### 4.2. Variables cualitativas

De los 51 pacientes del grupo de estudio 28 fueron de sexo masculino (54.9%) y 23 de sexo femenino (45.1%).

Tabla 2. Caracterización de pacientes con enfermedad de Dupuytren: Sexo

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE VALIDO</b>
<b>Masculino</b>	28	54.9	54.9
<b>Femenino</b>	23	45.1	45.1
<b>Total</b>	51	100	100

La presentación de la enfermedad en la población estudiada demostró un predominio en la afección derecha de la mano, afectando a 24 pacientes (47%), en comparación con la afección de la mano izquierda, la cual solo presentaron 14 pacientes (27%) y sólo 13 pacientes (25%) tuvieron una presentación bilateral.

Tabla 3. Caracterización de pacientes con enfermedad de Dupuytren: Presentación

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE VALIDO</b>
<b>Derecha</b>	24	47.05	47.05
<b>Izquierda</b>	14	27.45	27.45
<b>Bilateral</b>	13	25.5	25.5
<b>Total</b>	51	100	100

Referente a la frecuencia del índice de masa corporal-IMC, se encontró una mayor prevalencia en los pacientes con  $IMC < 24.9$ , con un total de 21 pacientes (42%). Secundario a este grupo estuvo el de los pacientes con IMC en el rango de 25 a 29.9 IMC compuesto por 19 pacientes (37%). Por último estuvo el grupo con  $IMC > 30$  conformado por 11 pacientes (21%).

Tabla 4. Caracterización de pacientes con enfermedad de Dupuytren: IMC

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE VALIDO</b>
<b>IMC &gt; 30</b>	11	21	21
<b>IMC 25-29.9</b>	19	37	37
<b>IMC &lt; 24.9</b>	21	42	42
<b>Total</b>	51	100	100

Los resultados del análisis de las comorbilidades de la población estudiada dieron como grupo de mayor prevalencia a los pacientes con diabetes e hipertensión con un total de 17 pacientes (33%). Se encontró una prevalencia similar entre tres grupos, con un total de 9 pacientes (17%), estos grupos siendo los de pacientes con diabetes, hipertensión y otras comorbilidades. Por último, se encontró en una menor prevalencia entre los pacientes con Dupuytren el grupo que no refería comorbilidades con un total de 7 pacientes (13%).

Tabla 5. Caracterización de pacientes con enfermedad de Dupuytren: Comorbilidades

	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>PORCENTAJE VALIDO</b>
<b>Diabetes</b>	9	17.65	17.65
<b>Hipertensión</b>	9	17.65	17.65
<b>Diabetes e Hipertensión</b>	17	33.33	33.33
<b>Otras</b>	9	17.65	17.65
<b>No Refiere</b>	7	13.73	13.73
<b>Total</b>	51	100	100



## **CAPÍTULO V**

### **5.1. Discusión**

En nuestro estudio de tipo observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo sobre la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren en el servicio de cirugía plástica del Hospital Teodoro Maldonado Carbo desde el año 2021 al 2023, pudimos determinar que la prevalencia es del 0.24%. Aportando así los primeros datos epidemiológicos sobre esta enfermedad en el país.

Corresponde a una patología que afecta con mayor frecuencia a los hombres, condicionada por las comorbilidades y edad. La epidemiología regional que compartimos con Colombia nos llevó a comparar nuestro estudio con uno similar publicado por Henao, J. et al., donde pudimos observar que al igual que nuestro estudio la enfermedad de Dupuytren suele presentarse en mayor frecuencia en hombres, a partir de la sexta década de vida, de manera unilateral y que presentan diabetes mellitus. Esto nos llevó a deducir que la manifestación unilateral podría estar más ligada a las comorbilidades de los pacientes a diferencia de una manifestación bilateral que podría tener un vínculo genético, puesto que la enfermedad de Dupuytren históricamente se la ha relacionado con los países nórdicos (8), y se ha visto una mayor prevalencia bilateral realizada en países nórdicos (25).

A pesar de la comparación hecha previamente, en otro estudio realizado en España por Couto González, I. et al., donde incluyeron mayor cantidad de variables como tipo de labor, epilepsia, síndrome del túnel carpiano, y otras variables que si se incluyeron en nuestro estudio, pudimos observar que nuestro estudio reporta una menor prevalencia en pacientes únicamente con diabetes mellitus, el estudio realizado reporta 28,8% de los pacientes mientras que en nuestro estudio reporta un 17,65%. Ahora bien, nuestro estudio tomó en consideración y como variable aparte, el hecho de que un paciente padezca de un trastorno vascular periférico como la hipertensión y a la vez diabetes mellitus, mientras que el estudio previamente mencionado las toma como variables

independientes una de otra. Esto podría demostrar un vínculo entre padecer ambas patologías y desarrollar la enfermedad de Dupuytren al reportarse que el 33.33% de nuestra población que manifestó la enfermedad tiene como comorbilidades la hipertensión y diabetes mellitus simultáneamente.

Símilmente, tomando en consideración los estudios realizados por Loos, et al., en Alemania, Couto Gonzales, et al., en España, y Overbeek et al., en Holanda pudimos observar que todos estos estudios al igual que el nuestro reportan una mayor prevalencia en hombres que en mujeres; sin embargo, la brecha en nuestro estudio es menor que los previamente mencionados reportando una prevalencia en hombres del 54.9% versus lo que reportan el resto de estudios con una prevalencia en hombres del 88,35%, 85,9% y 76% respectivamente. Además de esto, Loose, et al., reporta que la mitad de su población tenía una afectación bilateral correspondiente al 50,32% mientras que el nuestro reporta a penas el 25,5% de nuestra población, marcando así una diferencia epidemiológica en cuanto a la prevalencia del compromiso de una o ambas manos. Corroborando lo anteriormente dicho, Henao, J. et al., en su estudio realizado en Colombia que comparte una etnia y epidemiología similar a la nuestra, reporta unos resultados similares a nuestro estudio reportando que apenas el 15% de los pacientes manifestaba una afectación bilateral, estableciendo así que la mayor prevalencia tanto en ese estudio realizado en Colombia y el nuestro realizado en Ecuador reporta mayor afectación unilateral.

Por último, los hallazgos en nuestro estudio proporcionan una comprensión más profunda de la epidemiología y variables de la enfermedad de Dupuytren en nuestra población. Sin embargo, es importante tener en cuenta algunas limitaciones, como el carácter retrospectivo del estudio y el tamaño de la muestra. Se necesitan investigaciones adicionales, incluidos estudios prospectivos con muestras más grandes y representativas, para validar y ampliar estos resultados y mejorar nuestra comprensión de esta enfermedad.

## 5.2. Conclusiones

En conclusión, se logró determinar que la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, en el periodo del 2021 al 2023 es del 0.24%. Referente a la distribución etaria de los pacientes estudiados, el grupo con mayor prevalencia fue el comprendido entre las edades de 61 a 70 años, representando un 31.37% (n=16). En la caracterización de los pacientes enfocada en el sexo de estos, se encontró una prevalencia mayor en el sexo masculino siendo del 54.9% (n=28). Finalmente se logró evidenciar que las comorbilidades con mayor prevalencia dentro del grupo de estudio fue la hipertensión y la diabetes; siendo la presentación de estas dos comorbilidades juntas la que presento el mayor porcentaje dentro de la población estudiada representando el 33.33% (n=17).

## 5.3. Recomendaciones

Que en los primeros niveles de atención en la salud exista una correcta identificación y derivación a todas las especialidades pertinentes para el correcto manejo multidisciplinario de la enfermedad y sus posibles comorbilidades. Logrando así que los pacientes con esta enfermedad sean distribuidos al nivel de atención necesario para su condición.

Por último, se recomienda un estudio multidisciplinario a mayor escala. Esto con el fin de poder investigar más a fondo la prevalencia nacional y poder identificar los principales factores de riesgo de esta enfermedad en nuestro medio. Para poder establecer comparaciones más efectivas a nivel regional y mundial sobre esta enfermedad.

## FUENTES

1. Ruettermann, M., Hermann, R. M., Khatib-Chahidi, K., & Werker, P. M. N. (2021). Dupuytren's disease—etiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt International*. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0325>
2. Dutta, A., Jayasinghe, G., Deore, S., Wahed, K., Bhan, K., Bakti, N., & Singh, B. (2020). Dupuytren's contracture – current concepts. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*, 11(4), 590–596. <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2020.03.026>
3. Grazina, R., Teixeira, S., Ramos, R., Sousa, H., Ferreira, A., & Lemos, R. (2019). Dupuytren's disease: where do we stand? *EFORT Open Reviews*, 4(2), 63–69. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.4.180021>
4. Gudmundsson, K. G., Arngrímsson, R., Sigfússon, N., Björnsson, Á., & Jónsson, T. (2000). Epidemiology of Dupuytren's disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(3), 291–296. [https://doi.org/10.1016/s0895-4356\(99\)00145-6](https://doi.org/10.1016/s0895-4356(99)00145-6)
5. Nanchahal, J., & Chan, J. K.-K. (2023). Treatments for early-stage Dupuytren's disease: an evidence-based approach. *The Journal of Hand Surgery, European Volume*, 48(3), 191–198. <https://doi.org/10.1177/17531934221131373>
6. Vandecasteele, L., & Degreef, I. (2020). Pain in Dupuytren's disease. *Acta Orthopaedica Belgica*, 86(3). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33581042/>
7. Gudmundsson, K. G., Jónsson, T., & Arngrímsson, R. (2003). Guillaume Dupuytren and finger contractures. *Lancet*, 362(9378), 165–168. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(03\)13871-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(03)13871-8)

8. Flatt, A. E. (2001). The vikings and baron dupuytren's disease. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 14(4), 378–384.  
<https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927791>
9. Hughes, T. B., Jr, Mechrefe, A., Littler, J. W., & Akelman, E. (2003). Dupuytren's disease. *Journal of the American Society for Surgery of the Hand*, 3(1), 27–40.  
<https://doi.org/10.1053/jssh.2003.50005>
10. Mansur HG, Oliveira ER de, Gonçalves CB. Epidemiological analysis of patients with Dupuytren's disease. *Rev Bras Ortop* [Internet]. 2018;53(1):10–4.  
Disponibile: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rboe.2017.12.003>
11. Salari, N., Heydari, M., Hassanabadi, M., Kazeminia, M., Farshchian, N., Niaparast, M., Solaymaninasab, Y., Mohammadi, M., Shohaimi, S., & Daneshkhah, A. (2020). The worldwide prevalence of the Dupuytren disease: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-020-01999-7>
12. Salari N, Heydari M, Hassanabadi M, Kazeminia M, Farshchian N, Niaparast M, et al. The worldwide prevalence of the Dupuytren disease: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *J Orthop Surg Res* [Internet]. 2020;15(1). Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13018-020-01999-7>
13. Nakamoto, H. A., Gonçalves, R. B., Oliveira, L. T., Macedo, L. S., Sambuy, M. T. C. de, Rodrigues, M. P., & Mattar Júnior, R. (2022). Epidemiological aspects of Dupuytren's disease in Brazil. *Acta Ortopedica Brasileira*, 30(spe1), e244900. <https://doi.org/10.1590/1413-785220223001e244900>
14. Hueston JT, Tubiana R, eds. Dupuytren's Disease. London: Churchill Livingstone, 1985:123.
15. *UpToDate*. (n.d.). Uptodate.com. Retrieved May 5, 2024, from <https://www.uptodate.com/contents/dupuytrencontracture?search=dupuytren&s>

ource=search\_result&selectedTitle=1%7E19&usage\_type=default&display\_rank=1

16. Baird, K. S., Crossan, J. F., Alwan, W. H., & Wojciak, B. (1993). T-cell-mediated response in Dupuytren's disease. *\*Short Reports\**, 341(8861), 1622-1623.  
[https://doi.org/10.1016/0140-6736\(93\)90760-E](https://doi.org/10.1016/0140-6736(93)90760-E)
17. Larocerie-Salgado, J., & Davidson, J. (2012). Nonoperative treatment of PIPJ flexion contractures associated with Dupuytren's disease. *The Journal of Hand Surgery, European Volume*, 37(8), 722–727.  
<https://doi.org/10.1177/1753193411422680>
18. Ketchum, L. D., & Donahue, T. K. (2000). The injection of nodules of Dupuytren's disease with triamcinolone acetonide. *The Journal of Hand Surgery*, 25(6), 1157–1162. <https://doi.org/10.1053/jhsu.2000.18493>
19. Townley, W. A., Baker, R., Sheppard, N., & Grobbelaar, A. O. (2006). Dupuytren's contracture unfolded. *BMJ*, 332(7538), 397–400.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.332.7538.397>
20. Henaro, J., Ospina, D., Idarraga, D., García, D., & Quintana Duque, M. A. (2018). Contractura de Dupuytren. Estudio de 33 casos en Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*, 26. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2017.12.002>
21. Overbeek JA, Beest FP, Heintjes EM, Gerber RA, Cappelleri JC, Hovius SE, et al. Dupuytren's contracture: A retrospective database analysis to determine hospitalizations in the Netherlands. *BMC Res Notes*. 2011;4:402.
22. Loos B, Puschkin VE, Horch R. 50 years experience with Dupuytren's contracture in the Erlangen University Hospital – A retrospective analysis of 2919 operate hands from 1956 to 2006. *BMC Musculoskelet Disord*. 2007;8:60

23. Couto González I, Máiz Bescansa J, Taboada Suárez A, Brea García B, González Álvarez E. Enfermedad de Dupuytren en una población del noroeste de España: hallazgos clínicos en 184 pacientes. *Cir. Plást. Iberolatinoam.* 2010;36:149–51.
24. Henao Ruiz, J. E., Ospina Vargas, D., Idarraga López, D. A., García Ospina, D. A., & Quintana Duque, M. A. (Fecha de publicación). Contractura de Dupuytren. Estudio de 33 casos en Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*. Vol. XX, páginas XX-X
25. Gudmundsson, K. G., Arngrímsson, R., Sigfússon, N., Björnsson, Á., & Jónsson, T. (2000). Epidemiology of Dupuytren's disease: Clinical, serological, and social assessment. The Reykjavik Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 291–29



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**

Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Nosotros, **Aguayo Zambrano Jaime Andrés**, con C.C: # 0921877304 y **Bodero Ceballos Felipe Eduardo**, con C.C: # 0929378370 autores del trabajo de titulación: **Prevalencia de le enfermedad de Dupuytren en pacientes del servicio de Cirugía Plástica del HTMC desde el 2021 a 2023** previo a la obtención del título de **Medico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **10 de Mayo de 2024**



Firmado electrónicamente por:  
**JAIME ANDRES AGUAYO  
ZAMBRANO**

f. \_\_\_\_\_

**Aguayo Zambrano Jaime Andrés**

**C.C: 0921877304**



Firmado electrónicamente por:  
**FELIPE EDUARDO  
BODERO CEBALLOS**

f. \_\_\_\_\_

**Bodero Ceballos Felipe Eduardo**

**C.C: 0929378370**





**REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

**FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de le enfermedad de Dupuytren en pacientes del servicio de Cirugía Plástica del HTMC desde el 2021 a 2023		
<b>AUTOR(ES)</b>	Aguayo Zambrano Jaime Andrés Bodero Ceballos Felipe Eduardo		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Vicente Enrique Yuen Chon Monroy		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	10 de Mayo de 2024	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	40
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Cirugía plástica, Cirugía de Mano		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Dupuytren, prevalencia, comorbilidades, edad, etiología, fibrosis palmar		
<p><b>Introducción:</b> La enfermedad de Dupuytren es una patología que afecta la fascia palmar, de lenta progresión, molesta e incapacitante la cual la única resolución absoluta es la vía quirúrgica.  <b>Objetivo:</b> Estimar la prevalencia de la enfermedad de Dupuytren en el HTMC en el periodo 2021 al 2023. <b>Materiales y Métodos:</b> Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal, descriptivo, que tuvo como población 51 pacientes con diagnóstico de Dupuytren que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, ingresados al servicio de Cirugía Plástica del HTMC, la recolección de los datos fue obtenida mediante del AS400. <b>Resultados:</b> Se obtuvo una prevalencia del 0.24%, donde el sexo más prevalente es el masculino 54.9%(n=28), el grupo etario más frecuente fue el de 61-70 años 31.37% (n=16), entre las comorbilidades la presencia de hipertensión y diabetes en conjunto fue la más prevalente 33.33% (n=17), la presentación de la enfermedad del lado derecho fue la de mayor frecuencia 47.05% (n=24), el grupo con IMC&lt;24.9 presento mayor prevalencia 42% (n=21). <b>Conclusiones:</b> El sexo con mayor prevalencia fue el masculino. El grupo etario más frecuente fue el de 61-70 años, las comorbilidades con mayor prevalencia fueron la presentación combinada de hipertensión y diabetes.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593984979544 +593959938141	E-mail: felipe.bodero@cu.ucsg.edu.ec jaime.aguayo@cu.ucsg.edu.ec	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio</b>		
	<b>Teléfono: +593982742221</b>		
	<b>E-mail: diego.vasquez@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			