



**Enfermedad de Ledderhose en paciente con enfermedad de Dupuytren en Colombia. A
propósito de un caso**

Autor:

Andres Felipe Fonseca Arias

Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de especialista en cirugía de mano

Bogotá - Colombia

2025

**Enfermedad de Ledderhose en paciente con enfermedad de Dupuytren en Colombia. A
propósito de un caso**

Autor

Andres Felipe Fonseca Arias

Tutores

Dra. Elena Leonor Delgado Nieto (temático)

Dr. José Alejandro Daza Vergara (metodológico)

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Programa de Cirugía de mano

Universidad del Rosario

Bogotá - Colombia

2025

Identificación del proyecto

Institución académica: Universidad del Rosario

Dependencia: Escuela de Medicina y Ciencias de la salud

Título de la investigación: Enfermedad de Ledderhose en paciente con enfermedad de Dupuytren en Colombia. A propósito de un caso

Instituciones participantes: Universidad del Rosario / Hospital de Mederi

Tipo de investigación: Reporte de caso

Investigador principal: Andres Felipe Fonseca Arias

Asesor clínico o temático: Elena Leonor Delgado Nieto

Asesor metodológico: José Alejandro Daza Vergara

1 Contenido

1. Introducción	7
1.1 Planteamiento del problema.....	7
1.2 Justificación	8
2. Marco Teórico	9
3. Pregunta de investigación	12
4. Objetivos	12
4.1 Objetivo general.....	12
4.2 Objetivos específicos	12
5. Caracterización del caso	13
5.1 Información del paciente.....	13
5.2 Hallazgos clínicos.	13
5.3 Calendario.....	14
5.4 Evaluación diagnóstica.	14
5.5 Intervención terapéutica.....	15
5.6 Seguimiento y resultados.	15
5.7 Discusión.....	16
5.8 Perspectiva del paciente.....	17
5.9 Consentimiento informado.	18
6. Aspectos éticos	19
7. Administración del proyecto	20
7.1 Presupuesto	20
7.2 Cronograma.....	20
8. Referencias	22
9. Anexos	24
Anexo 1. Formato entrega de avances.....	24
Anexo 2. Formato de recolección de datos.....	25
Anexo 3. Consentimiento informado.....	26
Anexo 4. Fotos clínicas del paciente.....	27
Anexo 5. Reporte de caso escrito final.....	29

Resumen

La enfermedad de Dupuytren es una fibromatosis superficial benigna que afecta predominantemente la fascia palmar y digital de la mano. Se caracteriza por una proliferación fibroblástica con formación de bandas y nódulos que progresivamente generan contracturas en flexión de los dedos. Aunque su presentación más común es aislada, puede coexistir con fibromatosis en otras localizaciones, como la fascia plantar, conocida como enfermedad de Ledderhose. Ambas entidades comparten una base fisiopatológica similar y pueden evolucionar de manera lenta y asintomática en fases iniciales, hasta producir limitación funcional importante, con impacto significativo en la calidad de vida, la capacidad laboral y el bienestar psicosocial del paciente.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 62 años, diestro, con antecedentes de tabaquismo leve, quien consultó al servicio de cirugía de mano del Hospital Universitario Mederi, por retracción progresiva del cuarto y quinto dedo de la mano derecha, asociada a presencia de bandas fibrosas palmares. Durante la valoración preoperatoria se identificaron nódulos plantares bilaterales compatibles con enfermedad de Ledderhose. El paciente fue tratado mediante fasciectomía palmar y dígito-palmar, con confirmación histológica de fibromatosis palmar. La evolución postoperatoria fue favorable, sin recidiva ni complicaciones, con recuperación completa de la función y reincorporación laboral.

Este caso resalta la importancia de explorar la coexistencia de fibromatosis en otros sitios anatómicos ante el diagnóstico de enfermedad de Dupuytren, y aporta evidencia sobre su manejo exitoso en el contexto latinoamericano.

Palabras clave: Dupuytren, Ledderhose, fibromatosis superficial.

Abstract:

Dupuytren's disease is a benign superficial fibromatosis that predominantly affects the palmar and digital fascia of the hand. It is characterized by fibroblastic proliferation with the formation of cords and nodules that progressively lead to flexion contractures of the fingers.

Although it most commonly occurs in isolation, it may coexist with fibromatosis in other locations, such as the plantar fascia, known as Ledderhose disease. Both entities share a similar pathophysiological basis and may evolve slowly and asymptotically in early stages, eventually causing significant functional limitation with a considerable impact on quality of life, occupational performance, and psychosocial well-being.

We report the case of a 62-year-old right-handed male with a history of mild smoking who presented to the Hand Surgery Service at Hospital Universitario Mederi with progressive retraction of the fourth and fifth fingers of the right hand, associated with palmar fibrous cords. During preoperative evaluation, bilateral plantar nodules compatible with Ledderhose disease were identified. The patient underwent palmar and digito-palmar fasciectomy, with histopathological confirmation of palmar fibromatosis. Postoperative evolution was favorable, with no recurrence or complications, achieving full functional recovery and return to work.

This case highlights the importance of assessing the potential coexistence of fibromatosis in other anatomical sites when diagnosing Dupuytren's disease and contributes evidence of its successful management in a Latin American context.

Keywords: Dupuytren's disease, Ledderhose disease, superficial fibromatosis.

1. Introducción

1.1 Planteamiento del problema

La enfermedad de Dupuytren, también conocida como fibromatosis palmar benigna, es un trastorno fibroproliferativo crónico que afecta la fascia palmar y digital de la mano. Caracterizada por la formación de nódulos y bandas fibrosas que progresivamente generan contracturas en flexión de los dedos, con limitación funcional significativa. Su etiología es multifactorial, involucrando factores genéticos, microvasculares, metabólicos y traumáticos. La prevalencia global estimada varía entre el 3 % y el 6 % en población general[1,2], siendo más común en hombres mayores de 50 años y de ascendencia europea[3,4].

Por su parte, la enfermedad de Ledderhose o fibromatosis plantar benigna comparte mecanismos fisiopatológicos con la enfermedad de Dupuytren, caracterizándose por proliferación de miofibroblastos y depósito excesivo de colágeno tipo III en la fascia plantar. Clínicamente se manifiesta con nódulos o cordones en la planta del pie, que pueden causar dolor, incomodidad al caminar o al usar calzado y en casos muy severos deformidad en la planta del pie [5–7]. Su prevalencia es menor, estimada entre el 0.2 % y el 0.4 % de la población adulta, siendo predominante en hombres y con compromiso bilateral[6,8,9].

La coexistencia de enfermedad de Dupuytren y Ledderhose en un mismo paciente es infrecuente, aunque ambas comparten factores predisponentes como edad avanzada, sexo masculino, antecedentes familiares positivos, diabetes mellitus y consumo de tabaco[10,11]

Algunos estudios reportan que entre 5 a 15 % de los pacientes con enfermedad de Dupuytren pueden desarrollar lesiones plantares compatibles con enfermedad de Ledderhose. Sin embargo, su presentación sincrónica sigue siendo rara y poco documentada, especialmente en Latinoamérica.

El manejo de estas entidades depende del grado de afectación funcional y del estadio clínico. En casos iniciales, puede optarse por observación o fisioterapia; sin embargo, en fases

avanzadas, el tratamiento de elección es la fasciectomía parcial o total, con riesgo de recurrencia postoperatoria cercano al 20 %-40 %[12,13].

En Colombia, la literatura disponible sobre la coexistencia de enfermedad de Dupuytren y enfermedad de Ledderhose en un mismo paciente es escasa[14]. Esta limitada evidencia dificulta la comprensión del curso clínico, la respuesta terapéutica y la caracterización epidemiológica de los casos locales, lo cual resalta la necesidad de documentar y analizar experiencias nacionales que contribuyan a la literatura científica y al desarrollo de estrategias diagnósticas y terapéuticas contextualizadas

1.2 Justificación

El estudio de patologías o asociaciones poco frecuentes, como la coexistencia de enfermedad de Dupuytren y enfermedad de Ledderhose en un mismo paciente, reviste gran importancia, en especial en contextos donde la evidencia local es limitada como ocurre en Colombia[14]

La coexistencia de la enfermedad de Dupuytren y la fibromatosis plantar ha sido descrita en la literatura internacional, aunque su frecuencia es baja. Esta asociación representa un reto diagnóstico y terapéutico, y puede tener implicaciones relevantes para la práctica clínica. En Colombia, la evidencia científica disponible sobre esta presentación simultánea es prácticamente inexistente. Un estudio reciente que incluyó 33 casos de contractura de Dupuytren en población colombiana no identificó coexistencia con fibromatosis plantar, lo que resalta la necesidad de reportar casos que aporten información sobre su comportamiento en nuestro contexto clínico y epidemiológico[14]

El presente trabajo tiene como objetivo describir las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de un paciente colombiano con enfermedad de Dupuytren asociada a nódulos de Ledderhose, con el fin de contribuir al conocimiento sobre esta entidad, su abordaje terapéutico y su impacto funcional, así como compararlo con lo reportado en la literatura internacional.

2. Marco Teórico

La enfermedad de Dupuytren es una condición patológica caracterizada por la presencia de una fibromatosis benigna, progresiva y limitante que afecta la aponeurosis de la palma y los dedos de la mano. Clínicamente se manifiesta por la presencia de cordones fibróticos y/o nódulos en dichas zonas que con el paso del tiempo generan una contractura en flexión del dedo y/o la mano, produciendo una limitación importante para la extensión de los dedos y finalmente limitando al paciente en tareas de agarre [3,4].

Esta fibromatosis se genera por la proliferación anormal de miofibroblastos en la aponeurosis palmar y digital, acompañada de un incremento en la síntesis de colágeno tipo III y la activación de cascadas proinflamatorias, así como la presencia de concentraciones elevadas de factor de crecimiento transformante beta (TGF- β). Lo que genera una retracción gradual del tejido conectivo, pérdida de elasticidad del mismo produciendo los cordones fibróticos y finalmente la retracción digital[3,4].

Epidemiológicamente afecta predominantemente a hombres mayores de 40 años y está descrita extensamente en población de ascendencia europea, aunque también se presenta en población latinoamericana. De igual manera su principal afectación se da en el dedo anular y meñique, siendo muy rara su presencia en el dedo índice. Existen múltiples factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad, los más descritos en la literatura son: diabetes mellitus, tabaquismo, epilepsia, consumo de alcohol, antecedente familiar (patrón de herencia autosómico dominante) y exposición manual a vibraciones repetitivas[4,12,13,15].

El tratamiento depende del grado de afectación funcional y del estadio clínico del paciente. En su fase inicial, cuando existen nódulos sin contractura en flexión de los dedos, suele adoptarse una conducta expectante con seguimiento periódico y fisioterapia orientada a mantener la movilidad articular.

Por el contrario, en etapas avanzadas cuando la contractura en flexión supera los 30° en la articulación metacarpofalángica o si hay afectación de la interfalángica proximal o un test de Hueston positivo, se considera el manejo quirúrgico o con colagenasa de *Clostridium histolyticum*. Esta última actúa degradando el colágeno de los cordones fibróticos y facilita su ruptura mediante manipulación controlada. Desafortunadamente su disponibilidad es limitada en algunos países, incluido Colombia.[3,4].

Cuando existe afectación severa o recurrencia, el tratamiento quirúrgico suele estar indicado de primera opción. Las técnicas más utilizadas son la fasciotomía percutánea que consiste en la ruptura de los cordones fibróticos mediante una aguja o bisturí de forma percutánea, la fasciectomía abierta en la cual se hacen incisiones en piel con resección de dichos cordones fibrosos en toda su extensión y la dermofasciectomía, en la cual se retira la resección de los cordones con la piel comprometida, requiriendo el uso de injertos de piel para la cobertura final[3,4,12].

Por su parte, la enfermedad de Ledderhose o fibromatosis plantar es una condición patológica similar a la enfermedad de Dupuytren, pero con compromiso de la aponeurosis plantar. Clínicamente se evidencian nódulos o cordones fibróticos en la región medial del arco plantar del pie, frecuentemente bilaterales. En la mayoría de los casos suele ser asintomática e imperceptible por el paciente, pero en otros casos puede generar dolor e interferencia en el uso de calzado para el paciente[8,9].

Su fisiopatología y factores de riesgo son similares a la enfermedad de Dupuytren, pero con compromiso en el pie.

La coexistencia de ambas entidades ha sido descrita en la literatura, con frecuencias variables entre 5 % y 41 % según las series clínicas[10,11,16]. También puede asociarse con la enfermedad de Peyronie, una fibromatosis peneana caracterizada por la formación de placas fibrosas en el túnica albugínea. Esta asociación es clínicamente relevante, pues el hallazgo de una de estas patologías debe motivar la evaluación de otras posibles localizaciones, permitiendo un abordaje diagnóstico integral y un manejo más oportuno[11]

En la enfermedad de Ledderhose, el tratamiento también se individualiza según la sintomatología y el grado de afectación funcional. En fases iniciales o casos asintomáticos, se recomienda manejo conservador con plantillas ortopédicas, fisioterapia y analgesia, orientado a reducir la presión local y mejorar la marcha[5–7].

En los pacientes con dolor persistente o progresión de los nódulos, se han descrito opciones como infiltraciones de corticosteroides o radioterapia de baja dosis, las cuales buscan reducir la proliferación fibroblástica y el tamaño de los nódulos. Estas modalidades son efectivas en etapas tempranas y pueden retrasar la necesidad de cirugía.

El tratamiento quirúrgico está indicado en casos con dolor refractario o cuando los nódulos o el cordón fibrótico interfieren significativamente con el apoyo plantar. La fasciectomía parcial o completa es la técnica más empleada, aunque presenta una tasa de recurrencia elevada, reportada entre el 25 % y el 60 % a largo plazo. El éxito del tratamiento depende de una resección cuidadosa del tejido afectado y de la rehabilitación postoperatoria dirigida a mantener la elasticidad de la fascia plantar[5–7].

3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las características clínicas de un paciente con enfermedad de Dupuytren asociada a enfermedad de Ledderhose atendido en un hospital de Bogotá, Colombia?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Describir las características clínicas, diagnóstico y tratamiento de un paciente con enfermedad de Dupuytren asociada a enfermedad de Ledderhose atendido en un hospital de Bogotá, Colombia.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de un paciente con enfermedad de Dupuytren asociada a enfermedad de Ledderhose atendido en un hospital de Bogotá, Colombia
2. Describir el abordaje terapéutico aplicado a un paciente con enfermedad de Dupuytren asociada a enfermedad de Ledderhose atendido en un hospital de Bogotá, Colombia.
3. Comparar los hallazgos sociodemográficos y clínicos de un paciente con enfermedad de Dupuytren asociada de Ledderhose atendido en un hospital de Bogotá, Colombia; respecto a los casos existentes en la literatura científica.

5. Caracterización del caso

5.1 Información del paciente.

Paciente masculino de 62 años, diestro, oriundo de Bogotá (Colombia). Sin antecedentes patológicos relevantes. Antecedente de tabaquismo durante 5 años. Trabajó como conductor de automóviles por aproximadamente 30 años; actualmente se desempeña como vendedor ambulante. No refiere antecedentes familiares de fibromatosis ni enfermedades sistémicas. No presenta comorbilidades metabólicas ni endocrinas conocidas. Estilo de vida activo, sin consumo actual de alcohol o tabaco.

Consulta por cuadro clínico de 5 años de evolución caracterizado por la aparición de una banda fibrosa en la palma de la mano derecha, en trayecto del cuarto y quinto dedos, asociada a retracción progresiva del meñique y limitación en la extensión completa. Refiere parestesias ocasionales en el quinto dedo, dificultad para el agarre de objetos y percepción subjetiva de pérdida de fuerza. Niega dolor y déficit sensitivo.

5.2 Hallazgos clínicos.

A la exploración física se observa banda fibrótica en la palma de la mano derecha en el eje del quinto dedo, dolorosa a la palpación, con extensión hacia la falange proximal y deformidad en flexión de aproximadamente 45° en la articulación metacarpofalángica (Tubiana II).

Se identifica también una banda fibrosa en eje del cuarto dedo, no dolorosa, con flexión de 10° en la articulación metacarpofalángica (Tubiana I).

El test de Hueston (prueba de la mesa) fue positivo. No se evidencian alteraciones de la sensibilidad ni signos de compromiso neurovascular

5.3 Calendario.

Periodo	Evento clínico relevante
2019	Aparición banda fibrosa en palma mano derecha + retracción de 4to y 5to dedo
2024	Aumento marcado deformidad en flexión del 5to dedo
Consulta inicial (febrero 2025)	Diagnostico formal de enfermedad de Dupuytren
Valoración preoperatoria (abril 2025)	Hallazgo incidental de nódulos plantares bilaterales (enfermedad de Ledderhose)
Cirugía programada (abril 2025)	Fasciectomía palmar y digito-palmar del 5to dedo mano derecha
3 meses post operatorio (julio 2025)	Recuperación funcional completa, sin recidiva ni dolor.

5.4 Evaluación diagnóstica.

Métodos utilizados:

- Examen físico completo en manos y pies con clasificación según Tubiana.
- Realización de Test de Hueston (indicación de manejo quirúrgico)
- Ecografía de tejidos blandos en pies: Utilizado además del examen físico para diagnóstico de enfermedad de Ledderhose
- Estudio histopatológico de la pieza quirúrgica: hallazgos morfológicos compatibles con fibromatosis palmar.

Razonamiento diagnóstico:

Los hallazgos clínicos fueron consistentes con enfermedad de Dupuytren bilateral, con afectación más avanzada en el 5º dedo de la mano derecha. La identificación de nódulos

plantares sugirió enfermedad de Ledderhose asociada, confirmando hallazgos con la ecografía de tejidos blandos en pies.

Tanto la enfermedad de Dupuytren como enfermedad de Ledderhose son patologías de diagnóstico clínico, sin embargo, se realizó estudio anatomopatológico de la banda fibrótica resecada en la mano derecha del paciente, confirmando enfermedad de Dupuytren. A nivel de los pies su confirmación se hizo con la ecografía de tejidos blandos.

Problemas diagnósticos: ninguno relevante.

Características pronósticas: Clasificación de Tubiana (Tubiana II en 5° dedo y Tubiana I en 4° dedo de la mano derecha)

5.5 Intervención terapéutica.

El manejo indicado fue quirúrgico, realizándose una fasciectomía palmar y digito-palmar del quinto dedo derecho. Durante el procedimiento se identificó una banda en espiral que desplazaba las estructuras neurovasculares, la cual fue resecada cuidadosamente siguiendo los planos anatómicos. La intervención transcurrió sin complicaciones intraoperatorias y no fue necesario modificar la técnica inicialmente planeada. El tejido resecado fue enviado a estudio histopatológico, cuyo reporte confirmó los hallazgos de fibromatosis palmar, compatibles con enfermedad de Dupuytren.

5.6 Seguimiento y resultados.

En el seguimiento postoperatorio a tres meses, el paciente presentó una evolución clínica favorable. No se observaron signos de recidiva ni dolor residual, con recuperación completa de los arcos de movilidad del quinto dedo. El paciente manifestó mejoría funcional significativa y se reincorporó por completo a sus actividades laborales y de la vida diaria. Como parte del manejo posquirúrgico, completó diez sesiones de fisioterapia con buena adherencia y respuesta satisfactoria. No se registraron eventos adversos ni complicaciones durante el proceso de rehabilitación.

5.7 Discusión.

Este caso presenta la coexistencia de enfermedad de Dupuytren y enfermedad de Ledderhose, ambas fibromatosis superficiales con base fisiopatológica común. La afectación sincrónica de la mano y la planta del pie es infrecuente, especialmente en población latinoamericana, donde existen escasos reportes publicados[10,11,17]. La enfermedad de Dupuytren se caracteriza por la proliferación de miofibroblastos y la formación de nódulos y cuerdas fibrosas en la fascia palmar, lo que genera contracturas progresivas en flexión, predominantemente del cuarto y quinto dedos. La enfermedad de Ledderhose, o fibromatosis plantar, comparte este mismo mecanismo proliferativo, afectando la aponeurosis plantar y generando nódulos firmes en la planta del pie.

En el caso descrito, el diagnóstico de Dupuytren fue clínico, confirmado histológicamente tras la resección quirúrgica, mientras que la enfermedad de Ledderhose se identificó de manera incidental durante la evaluación preoperatoria mediante ecografía de tejidos blandos. Este hallazgo pone de manifiesto la importancia de realizar una exploración física completa y de considerar otras localizaciones cuando se diagnostica una fibromatosis superficial en la mano.[4,9]

La evolución postoperatoria fue favorable, con restitución completa de la extensión y función del quinto dedo, sin complicaciones ni signos de recidiva en el seguimiento a tres meses. Estos resultados son consistentes con los reportes de la literatura, que describen buenos resultados funcionales en grados leves o moderados (Tubiana I–II) tratados mediante fasciectomía[3,4,12,13]. Sin embargo, la coexistencia de enfermedad de Ledderhose podría representar un marcador de predisposición sistémica a la recurrencia o a la aparición de nuevas lesiones, lo que hace necesario un seguimiento prolongado.

Desde el punto de vista epidemiológico, la asociación entre Dupuytren y Ledderhose se ha descrito en un rango del 5% al 15% de los pacientes con fibromatosis palmar, generalmente en hombres mayores de 50 años, como en el presente caso[10,11]. Aunque se han relacionado factores genéticos, metabólicos y de estilo de vida (como el tabaquismo y la diabetes), este paciente no presentaba comorbilidades relevantes, lo que sugiere que otros factores predisponentes podrían estar implicados.

Entre las principales fortalezas de este caso se destaca la descripción detallada de la coexistencia de enfermedad de Dupuytren y enfermedad de Ledderhose, una asociación poco reportada en la literatura latinoamericana. El diagnóstico clínico fue corroborado mediante estudio histopatológico, lo que aporta validez al reporte. Además, la presentación del caso incluye documentación fotográfica, descripción quirúrgica precisa y seguimiento funcional temprano, elementos que enriquecen su valor educativo y clínico. Otro aspecto relevante es que se trata de un paciente sin comorbilidades asociadas, lo que permite aislar la relación entre ambas fibromatosis sin interferencia de factores metabólicos o sistémicos.

En cuanto a las limitantes, se reconoce el corto tiempo de seguimiento, que limita la evaluación de posibles recurrencias o progresión de la enfermedad en otras localizaciones. Asimismo, no se realizaron estudios genéticos o familiares que permitieran explorar la predisposición hereditaria, un aspecto cada vez más relevante en el entendimiento de las fibromatosis superficiales. Finalmente, al tratarse de un solo caso, los hallazgos no son generalizables, aunque sí contribuyen a ampliar la base de conocimiento regional sobre estas patologías infrecuentes

5.8 Perspectiva del paciente.

El paciente a la fecha se encuentra satisfecho con el resultado obtenido, pues es enfático en decir, que se le realizó un diagnóstico adecuado y rápido, además de un tratamiento quirúrgico eficaz y rápido que hasta el momento le ha permitido desarrollar sus funciones de la vida diaria sin limitantes, actualmente esta trabajando. Sin embargo, tiene conocimiento de la posibilidad de recidiva de la enfermedad por lo cual continua en seguimiento.

5.9 Consentimiento informado.

HOSPITAL UNIVERSITARIO MÉDERI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS PERSONALES EN REPORTE DE CASO EN INVESTIGACIÓN

Fecha: 07 - IV - 2025

1. Información general

Debido a las características que tiene su condición de salud, la cual se presenta con poca frecuencia, queremos solicitar su autorización para poder profundizar en el conocimiento de esta condición y/o intervención realizada para su tratamiento. Para ello, requerimos utilizar la información contenida en su Historia Clínica como son: datos, imágenes diagnósticas y/o fotografías.

El uso que tendrá esta información será exclusivamente para fines académicos y/o científicos, conocido como reporte de caso. Un reporte de caso es la descripción de una condición con características únicas, pero relevante para su profundización y divulgación de su conocimiento.

Las publicaciones que se harán para fines académicos y/o científicos no harán uso de ningún dato que pueda identificarlo o relacionarlo, ya que esta información estará anonimizada, es decir, la forma como se presenta imposibilita la identificación de la persona.

2. Consentimiento

El Dr. (a) Elena Delgado me ha explicado la naturaleza de la enfermedad y/o intervención, la poca frecuencia de presentación y lo importante que es poder profundizar en su comprensión y/o endar a conocer esta patología o abordaje en un ámbito estrictamente científico para mejorar su reconocimiento oportuno, atención y/o tratamiento en otros casos similares.

Se me ha explicado en forma clara como será tratada la información de mi caso y he tenido la oportunidad de resolver todas mis inquietudes o dudas, por medio de una respuesta por parte del personal de salud

Aceptación de consentimiento


Yo EUISES CHACOP SAITAN, identificado con C.C. 19460327, doy mi consentimiento voluntario y autorizo al Dr. (a) ELENA DELGADO para que acceda a mi historia clínica, recopile los datos requeridos para el reporte de caso y haga uso de la información o imágenes. Teniendo en cuenta, que toda información que se utilice por medio escrito, fotográfico o de imágenes diagnósticas será anonimizada, evitando que no se relacione con mi identidad y protegiendo mi privacidad. Así mismo, la información que se publique será exclusivamente con intereses científico y/o académico.

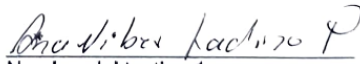
Rechazo o revocatoria de consentimiento


Yo _____ después de recibir la información, comprenderla y consciente de mi negación () / revocatoria (), No deseo compartir mi información para el reporte de caso. Entiendo que esto es voluntario y su no aceptación no afecta de ninguna forma el proceso normal de atención de estos casos.


Es importante aclaro que una vez publicado en medios científicos el caso no es posible hacer la revocación del consentimiento.

3. Firmas


Paciente
C.C. 19460327


Nombre del testigo 1
C.C. 21078814


Nombre del testigo 2
C.C. 34946668


Nombre del Médico
RM 992862 C.C. 2037193

6. Aspectos éticos

El estudio se realizó dentro de los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos según la Declaración de Helsinki - 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, Octubre 2008.[18]

Se tuvo en cuenta las regulaciones locales del Ministerio de Salud de Colombia Resolución 8430 de 1993 en lo concerniente al Capítulo I “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” [19]

La presente investigación es clasificada dentro de la categoría sin riesgo, dado que corresponde a “estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

Se limitará el acceso de los instrumentos de investigación únicamente a los investigadores según Artículo 8 de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud.

Será responsabilidad de los investigadores el guardar con absoluta reserva la información contenida en las historias clínicas y a cumplir con la normatividad vigente en cuanto al manejo de la misma reglamentados en los siguientes: Ley 100 de 1993, Ley 23 de 1981, Decreto 3380 de 1981, Resolución 008430 de 1993 y Decreto 1995 de 1999.

Todos los integrantes del grupo de investigación estarán prestos a dar información sobre el estudio a entes organizados, aprobados e interesados en conocerlo siempre y cuando sean de índole académica y científica, preservando la exactitud de los resultados y haciendo referencia a datos globales y no a pacientes o instituciones en particular.

Se mantendrá absoluta confidencialidad y se preservará el buen nombre institucional profesional.

El estudio se realizará con un manejo estadístico imparcial y responsable.

No existe ningún conflicto de interés por parte de los autores del estudio que deba declararse.

7. Administración del proyecto

7.1 Presupuesto

RUBROS	FUENTE DE FINANCIACIÓN	TOTAL
Relacione los gastos que usted puede tener, ejemplo investigadores, asesor, insumos, y otras	\$ 0,00	\$ 0,00
	\$ 0,00	\$ 0,00
	\$ 0,00	\$ 0,00
	\$ 0,00	\$ 0,00
TOTAL	\$ 0,00	\$ 0,00

7.2 Cronograma

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Realización Protocolo de Investigación	■	■	■	■	■																			
Sometimiento del protocolo al comité técnico científico y de ética						■																		
Piloto de formatos de recolección de información							■	■																
Recolección de información									■	■	■													
Tabulación de los datos												■	■	■	■									

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Análisis de los datos																									
Redacción de informe final																									
Entrega de primer borrador de artículo																									
Entrega Artículo final																									

8. Referencias

- [1] Gudmundsson KG, Arngrímsson R, Sigfússon N, Björnsson Á, Jónsson T. Epidemiology of Dupuytren's disease Clinical, serological, and social assessment. The Reykjavik Study. vol. 53. 2000.
- [2] Hindocha S, Stanley JK, Watson S, Bayat A. Dupuytren's Diathesis Revisited: Evaluation of Prognostic Indicators for Risk of Disease Recurrence. vol. 31. 2006.
- [3] Shaw RB, Chong AKS, Zhang A, Hentz VR, Chang J. Dupuytren's disease: History, diagnosis, and treatment. *Plast Reconstr Surg* 2007;120. <https://doi.org/10.1097/01.prs.0000278455.63546.03>.
- [4] Khashan M, Smitham PJ, Khan WS, Goddard NJ. Dupuytren's Disease: Review of the Current Literature. vol. 5. 2011.
- [5] Sammarco GJ, Mangone PG, Cincinnati O. Classification and Treatment of Plantar Fibromatosis. 2000.
- [6] Tomac A, Ion AP, Opreș DR, Arbănași EM, Ciucanu CC, Bandici BC, et al. Ledderhose's Disease: An Up-to-Date Review of a Rare Non-Malignant Disorder. *Clin Pract* 2023;13:1182–95. <https://doi.org/10.3390/clinpract13050106>.
- [7] Tersago J, Constantin A. Soleful solutions: Advancements in treatment strategies for ledderhose disease. *Foot and Ankle Surgery* 2025;31:10–4. <https://doi.org/10.1016/j.fas.2024.07.008>.
- [8] Sperone E, Olvi L, Santini-Araujo E, Azulay G, Macklin-Vadell A. Plantar fibromatosis: case report and literature review. vol. 8. 2016.
- [9] Omor Y, Dhaene B, Grijseels S, Alard S. Ledderhose Disease: Clinical, Radiological (Ultrasound and MRI), and Anatomopathological Findings. *Case Rep Orthop* 2015;2015:1–3. <https://doi.org/10.1155/2015/741461>.
- [10] Yun DH, Bonaroti AR, Lin KY. Ledderhose Disease With Concomitant Presence of Dupuytren Contracture: A Case Report and Review of the Literature. *Plastic Surgery*

- Case Studies 2020;6:2513826X2090350.
<https://doi.org/10.1177/2513826x20903501>.
- [11] Mohede DCJ, Riesmeijer SA, De Jong IJ, Werker PMN, Van Driel MF. Prevalence of Peyronie and Ledderhose Diseases in a Series of 730 Patients with Dupuytren Disease. *Plast Reconstr Surg* 2020;145:978–84. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000006642>.
- [12] Weinstein AL, Haddock NT, Sharma S. Dupuytren’s disease in the hispanic population: A 10-year retrospective review. *Plast Reconstr Surg* 2011;128:1251–6. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e318230bf0f>.
- [13] Lanting R, Van Den Heuvel ER, Westerink B, Werker PMN. Prevalence of dupuytren disease in the Netherlands. *Plast Reconstr Surg*, vol. 132, 2013, p. 394–403. <https://doi.org/10.1097/PRS.0b013e3182958a33>.
- [14] Henao Ruiz JE, Ospina Vargas D, Idarraga López DA, García Ospina DA, Quintana Duque MA. Dupuytren’s contracture. Study of 33 cases in Colombia. *Revista Colombiana de Reumatologia* 2019;26:140–4.
- [15] 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* 2020;15.
- [16] DiBenedetti DB, Nguyen D, Zografos L, Ziemiecki R, Zhou X. Prevalence, incidence, and treatments of Dupuytren’s disease in the United States: Results from a population-based study. *Hand* 2011;6:149–58. <https://doi.org/10.1007/s11552-010-9306-4>.
- [17] Raquel Nardelli de Araujo, Daniela Alves Pereira Antelo, Renata Marcarini, Aaron Alarcon Novillo. Ledderhose and Dupuytren case report. *Med Cutan Iber Lat Am* 2018:209–12.
- [18] Declaracion de Helsinki de la AMM. Principios eticos para las investigaciones medicas. 2009.
- [19] Ministerio de Salud. Colombia. Resolución 8430 de 1993. 1993.

9. Anexos

Anexo 1. Formato entrega de avances

UNIDAD DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN FORMATIVA
VICEDECANATURA DE INVESTIGACIÓN Y CONSULTORÍA - EMCS
Anexo 1. Formato de inscripción Opción de grado y entrega de avances



Fecha de Entrega:			
Nombre del Residente (Nombre en citaciones)	Cédula	Especialidad y semestre	
Andres Felipe Fonseca Arias	1144046270	Cirugía de mano	
Por favor seleccione solo una opción. Recuerde que los documentos de soporte del avance deben ser consistentes con la opción que señala:			
Opción de grado: <input checked="" type="checkbox"/> Trabajo de grado	Opción de grado: <input type="checkbox"/> Asistente de investigación en grupos de investigación		
Título del producto:	Enfermedad de Ledderhose en paciente con enfermedad de Dupuytren en Colombia. A propósito de un caso		
<i>Como tutor de la presente investigación o Director del Grupo de Investigación, declaro que he leído y acepto las normas del Núcleo de Investigación de las especializaciones Médico-Quirúrgicas, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Declaro que he revisado y apruebo los documentos adjuntos a este formato, los cuales cumplen con las características necesarias para la continuación de las actividades de investigación por parte del residente:</i>			
Documentos adjuntos	Protocolo de investigación	Avance	Producto final
Trabajo de grado	Carta de aval Técnico-científico	Carta de aval de Comité de Ética	Copia digital del trabajo final
Tipo de estudio:	Reporte / Serie de caso X	Cohorte histórica	Corte transversal
	Casos-controles	Cohortes (analítico)	Revisión sistemática
	Estudio cualitativo	Otro:	
Documentos adjuntos	Certificado cursos plataforma CITI	Informe de investigación	Presentaciones en congresos
Asistente de investigación en grupos de investigación	Informe de actividades	Observaciones DGI:	
Tutor temático:	Dra. Elena Leonor Delgado Nieto	Filiación: Hospital Universitario Mederi, Universidad del Rosario	Firma:
	Correo: elena.delgado@urosario.edu.co		C.C. 52534193
Tutor metodológico:	Dr. José Alejandro Daza Vergara	Filiación: Hospital Universitario Mayor, Mederi, Universidad del Rosario	Firma:
	Correo: jose.daza@mederi.com.co // jose.daza@urosario.edu.co		C.C. 72210238
Institución de donde provienen los datos del estudio:		Hospital Universitario Mederi, Barrios Unidos	
RESUMEN DEL AVANCE			
Indique el estado actual del proyecto de investigación respecto a las actividades planeadas en el cronograma del estudio:			
Reporte de caso terminado, en proceso de aval por comité de ética institucional			
Cuáles son los planes para los próximos seis meses: Entrega de producto finalizado			
DIFUSIÓN DE RESULTADOS			
¿El trabajo fue sometido a revistas académicas para su publicación?	Si	No	X
¿El trabajo fue presentado en algún congreso?	Si	No	X
¿Cuál?			
Firma residente:			

Anexo 2. Formato de recolección de datos

No aplica

Anexo 3. Consentimiento informado

HOSPITAL UNIVERSITARIO MÉDERI
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE DATOS PERSONALES EN REPORTE DE CASO EN
INVESTIGACIÓN

Fecha: 07 - IV - 2025

1. Información general

Debido a las características que tiene su condición de salud, la cual se presenta con poca frecuencia, queremos solicitar su autorización para poder profundizar en el conocimiento de esta condición y/o intervención realizada para su tratamiento. Para ello, requerimos utilizar la información contenida en su Historia Clínica como son: datos, imágenes diagnósticas y/o fotografías.

El uso que tendrá esta información será exclusivamente para fines académicos y/o científicos, conocido como reporte de caso. Un reporte de caso es la descripción de una condición con características únicas, pero relevante para su profundización y divulgación de su conocimiento.

Las publicaciones que se harán para fines académicos y/o científicos no harán uso de ningún dato que pueda identificarlo o relacionarlo, ya que esta información estará anonimizada, es decir, la forma como se presenta imposibilita la identificación de la persona.

2. Consentimiento

El Dr. (a) Elena Delgado me ha explicado la naturaleza de la enfermedad y/o intervención, la poca frecuencia de presentación y lo importante que es poder profundizar en su comprensión y/o endar a conocer esta patología o abordaje en un ámbito estrictamente científico para mejorar su reconocimiento oportuno, atención y/o tratamiento en otros casos similares.

Se me ha explicado en forma clara como será tratada la información de mi caso y he tenido la oportunidad de resolver todas mis inquietudes o dudas, por medio de una respuesta por parte del personal de salud.

Aceptación de consentimiento


Yo EUSEB CHACOP GAITAN, identificado con C.C. 19460327, doy mi consentimiento voluntario y autorizo al Dr. (a) ELENA DELGADO para que acceda a mi historia clínica, recopile los datos requeridos para el reporte de caso y haga uso de la información o imágenes. Teniendo en cuenta, que toda información que se utilice por medio escrito, fotográfico o de imágenes diagnósticas será anonimizada, evitando que no se relacione con mi identidad y protegiendo mi privacidad. Así mismo, la información que se publique será exclusivamente con intereses científico y/o académico.

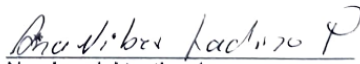
Rechazo o revocatoria de consentimiento


Yo _____ después de recibir la información, comprenderla y consciente de mi negación () / revocatoria (), No deseo compartir mi información para el reporte de caso. Entiendo que esto es voluntario y su no aceptación no afecta de ninguna forma el proceso normal de atención de estos casos.


Es importante aclarar que una vez publicado en medios científicos el caso no es posible hacer la revocación del consentimiento.

3. Firmas


Paciente
C.C. 19460327


Nombre del testigo 1.
C.C. 21078614


Nombre del testigo 2.
C.C. 34946668


Nombre del Médico
RM 99286202 C.C. 5237193

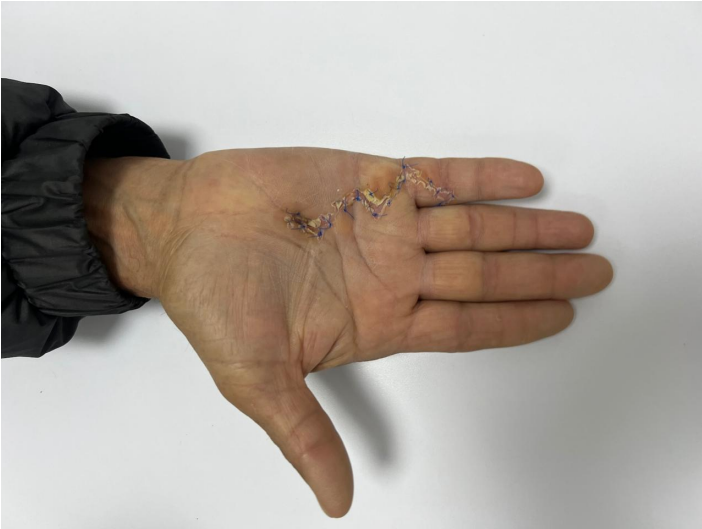
Anexo 4. Fotos clínicas del paciente



Fotografía 1. Cordones y nódulos de Ledderhose en los dos pies



Fotografía 2. Cuerda fibrótica de Dupuytren en trayecto del 5to dedo



Fotografía 3. Recuperación funcional completa en arcos de movilidad de la mano

Anexo 5. Reporte de caso escrito final

Paciente masculino de 62 años, diestro, oriundo de Bogotá (Colombia) sin antecedentes patológicos relevantes, con historia de tabaquismo durante 5 años. Trabajó como conductor de automóviles por aproximadamente 30 años y actualmente es vendedor ambulante. Es valorado en consulta externa de cirugía de mano por presentar cuadro clínico de 5 años de evolución consistente en aparición de banda fibrosa en palma de mano derecha, en trayecto del cuarto y quinto dedo asociado a retracción progresiva del meñique. Dicha banda no había aumentado de tamaño, pero ha presentado incremento progresivo de la deformidad en flexión del quinto dedo; generando limitación en la extensión completa del mismo. Este cuadro se asocia a parestesias en el quinto dedo, incomodidad y dificultad para el agarre de objetos, con percepción subjetiva de pérdida de fuerza, sin déficit sensitivo ni dolor referido.

Al examen físico se identificó una banda fibrótica en la palma de la mano, en eje del 5to dedo, dolorosa al tacto con extensión hacia la cara palmar de la falange proximal de dicho dedo, generando una deformidad en flexión de aproximadamente 45 grados de la articulación metacarpofalángica (Tubiana II). Se evidenció también una banda en la palma de la mano en eje del 4to dedo, no dolorosa al tacto con deformidad en flexión de la articulación metacarpofalángica de 10 grados aproximadamente (Tubiana I). El test de Hueston (prueba de la mesa) fue positivo. Con base en estos hallazgos se hizo el diagnóstico de enfermedad de Dupuytren y se indicó manejo quirúrgico dada la limitación funcional.

El paciente fue llevado a cirugía programada. En la valoración preoperatoria se identificó de forma incidental la presencia de bandas fibrosas plantares con nódulos asociados en ambos pies. Estos hallazgos eran asintomáticos y no habían sido referidos previamente por el paciente. Con estos hallazgos se diagnosticó enfermedad de Ledderhose y se solicitó una ecografía de tejidos blandos de ambos pies que reportó: en el pie derecho un nódulo sólido hipocóico de márgenes definidos de 8x2x4 mm, adyacente a otro nódulo de 12x3x10 mm. En el pie izquierdo un nódulo hipocóico de 22x5x13 mm. Confirmando el diagnóstico. Además, negó la presencia de fibromatosis peneana.

Durante la cirugía se realizó una fasciectomía palmar y digito palmar del 5to dedo, encontrando una banda en espiral que desplazaba las estructuras neurovasculares del 5to dedo. La intervención se realizó sin complicaciones intraoperatorias. Se envió muestra resecada a patología que confirmó los hallazgos con reporte: Hallazgos morfológicos que favorecen fibromatosis palmar.

A los tres meses de la intervención quirúrgica, la evolución clínica ha sido favorable. El paciente no presenta signos de recidiva ni dolor, con recuperación completa de los arcos de movilidad del quinto dedo. Ha retornado a sus actividades laborales y de la vida diaria sin limitaciones. Como parte del manejo posoperatorio, completó 10 sesiones de terapia física con buena adherencia y respuesta funcional.