

TRASPOSICIÓN DEL FLEXOR HALLUCIS LONGUS EN EL TRATAMIENTO DE LA ROTURA CRÓNICA DEL TENDÓN DE AQUILES.

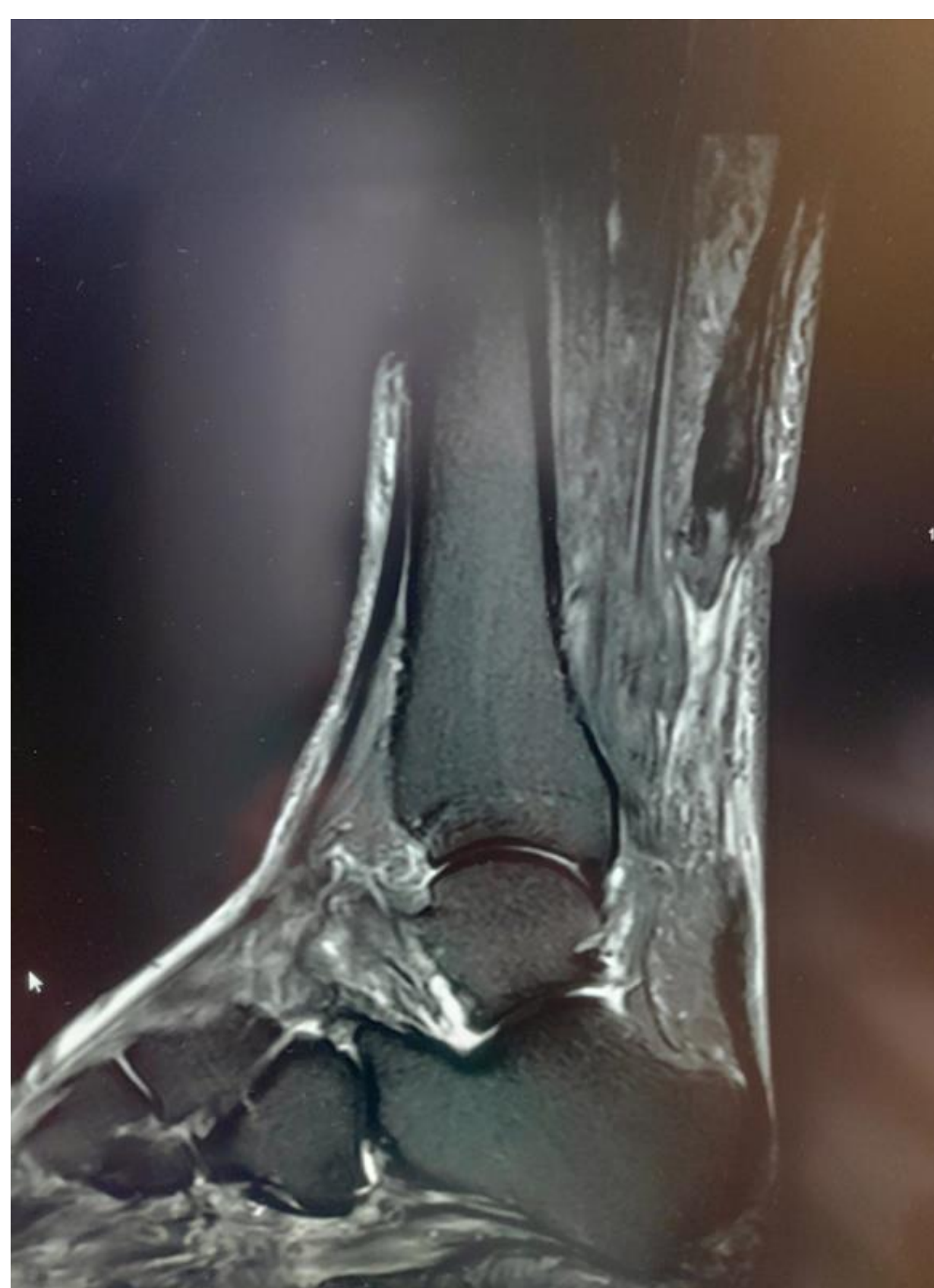
JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ PALOMO, MARTA ELVIRA SOLER, IRENE HERNÁNDEZ MARTÍNEZ, EDUARDO ARBEO PLANELLES, JOSÉ LUIS BATALLER ALORCH, JOSÉ MANUEL VALIENTE VALERO.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE.

INTRODUCCIÓN.

Las roturas del Tendón de Aquiles (TA) son la rotura tendinosa más frecuente. Hasta el 20% de las lesiones agudas no llegan a diagnosticarse o lo hacen erróneamente, lo que da lugar a una rotura crónica, que puede definirse como aquella con un retraso en el diagnóstico o tratamiento de más de seis semanas. Dentro de las opciones de tratamiento de la rotura crónica del TA se encuentran las transferencias tendinosas, y entre ellas la transferencia del Flexor Hallucis Longus (FHL), que se demuestra útil sobre todo en pacientes mayores y con baja demanda funcional.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Presentamos el caso de un varón de 71 años que en junio del 2019 al subir un escalón apoyando la punta del pie siente un dolor agudo en la región del TA, con impotencia funcional y caída. Paciente en seguimiento por rehabilitación por cuadro de tendinitis del TA previa, acude a revisión objetivándose en consulta rotura completa del TA con maniobra de Thompson positiva y signo de hachazo. Se realiza estudio ecográfico en consulta en el que se observa rotura tendinosa con separación de extremos de 3,57 cm. En Agosto de 2019 acude por primera vez a consulta de traumatología donde se solicita RMN en la que se pone de manifiesto una rotura completa del tendón de Aquiles a unos 4 cm de la inserción distal y con unos 6 cm de retracción del tendón hacia el margen. Se valora con el paciente las distintas opciones de tratamiento optándose finalmente por la Trasposición de FHL, que se lleva a cabo en Noviembre de 2019.



RESULTADOS.

El procedimiento se llevó cabo mediante técnica artroscópica utilizándose para ello los portales de cámara posterior. Una vez identificado el FHL se avanzó la óptica, consiguiéndose la entrada en el canal osteofibroso. Se realizó un “miniopen” en cara medial, a nivel del túnel anterior, llevándose a cabo la tenotomía a través del mismo najo control artroscópico. Extracción del cabo proximal del FHL por el portal posteromedial y sutura de tracción tipo Krackow. Se realiza tunelización del calcáneo y se desciende la plastia a través del mismo comprobándose la adecuada tensión de la misma y se fija con un tornillo interferencial. Para finalizar se procede al cierre de los portales con monofilamento e inmovilización del pie con férula posterior en equino.



CONCLUSIONES.

En las roturas crónicas del TA debemos tener en cuenta qué actuamos sobre un tejido degenerado con escaso potencial biológico para la reparación. Las transferencias tendinosas se han mostrado como una técnica segura y útil en el tratamiento de las roturas crónicas y re-roturas del TA pues transferimos un tendón biológicamente intacto. El FHL, tanto por su facilidad de obtención mediante artroscopia de cámara posterior como por sus propiedades biomecánicas, se convierte en uno de los más apropiados. El uso de técnicas artroscópicas disminuye la tasa de complicaciones relacionadas con la herida quirúrgica.

