

Rotura del tendón flexor superficial tras tratamiento con colagenasa clostridium histolyticum (Xiapex) en enfermedad de Dupuytren

Ángel Rodríguez Álvarez¹, Julio De las Heras Sanchez-Heredero¹, Jorge Muñoz Ledesma¹

¹ Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Introducción

La enfermedad de Dupuytren es una afección común de la mano que se caracteriza por la proliferación fibroblástica nodular benigna de la fascia palmar que da lugar a la contractura en flexión de los dedos, especialmente cuarto y quinto, y provoca dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria.

El tratamiento más utilizado se trata de la fasciectomía selectiva abierta, realizando la extirpación de la fascia palmar afecta. Existen otras opciones terapéuticas, como la fasciotomía percutánea o el tratamiento con colagenasa (*Clostridium histolyticum*)

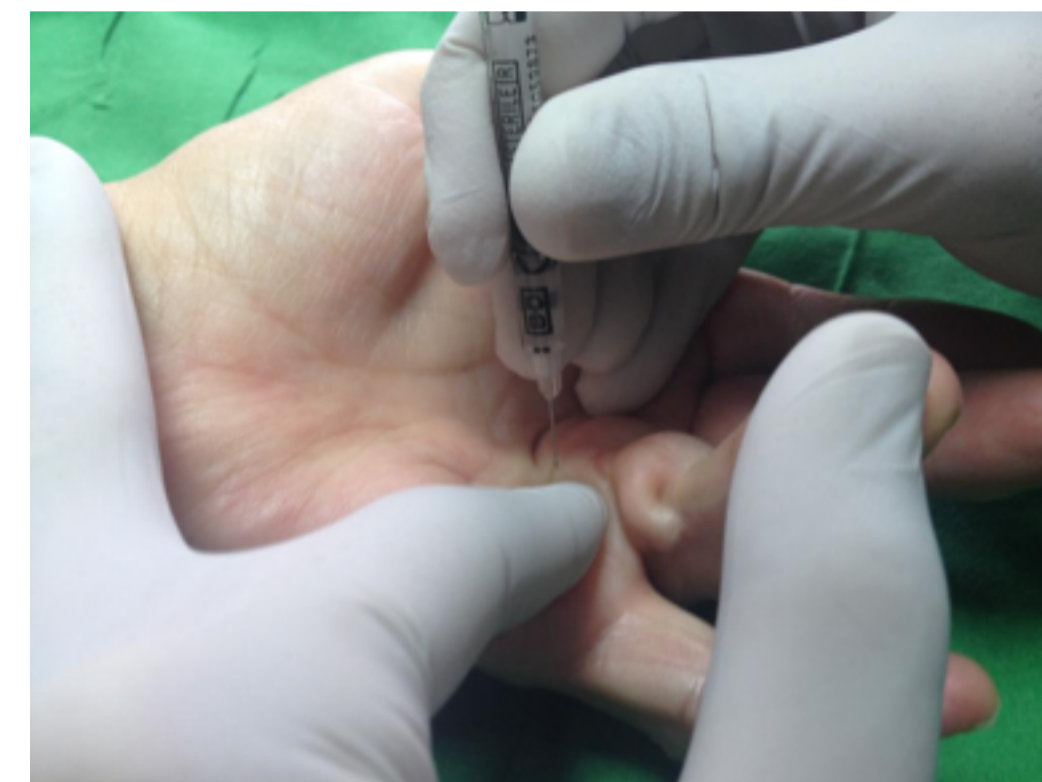
El tratamiento con colagenasa ofrece una alternativa útil, poco invasiva y con un bajo número de complicaciones graves. Las complicaciones más frecuentes (81%) son dolor, tumefacción y equimosis local.

En raras ocasiones se dan complicaciones como la rotura de tendones flexores, úlceras cutáneas o lesión nerviosa. La tasa de rotura de tendón flexor es de 0.5%, similar a la cirugía abierta (0.2%).

Material y Métodos

Presentamos el caso de una mujer de 75 años atendida en nuestro centro con contractura en flexión de 30° de la articulación MCF del 4° dedo de la mano derecha, que interfiriere con sus actividades diarias, también presentaba contracturas menores en la articulación MCF e IFP del 5° dedo de la misma mano. La paciente refiere una evolución lentamente progresiva durante los últimos 10-15 años.

Se procede a realizar inyección de Xiapex, siguiendo las instrucciones de la guía técnica, en la cuerda palmar palpable sobre la articulación MCF del 4° dedo. A las 24h se realiza manipulación consiguiendo la corrección completa.



Resultados

Tras un mes de evolución, la paciente presenta leve tumefacción y equimosis, no presenta cuerda palpable, y realiza flexo-extensión activa levemente limitada por dolor. Esta evolución satisfactoria persiste a los 2 meses, con extensión completa, flexoextensión activa y sin signos de recidiva.

Sin embargo a los 6 meses de seguimiento, la paciente acude con un flexo rígido de 45° de la articulación IFP la cual se había instaurado de forma progresiva desde la última revisión. No refiere antecedente traumático ni de sobreesfuerzo, tampoco otra sintomatología como dolor, tumefacción o equimosis.

La exploración física muestra discretas cuerdas palmares que podrían explicar el cuadro, sin descartarse una posible fibrosis peritendinosa flexora. Ante estos hallazgos se decide realizar una fasciectomía selectiva abierta y/o una eventual tenoartrolysis.



Durante el acto quirúrgico, con la fasciectomía selectiva no se consigue la corrección del flexo. Al realizar la tenolisis observamos la integridad del flexor profundo pero la ausencia del flexor superficial, los restos de las bandeletas del flexor superficial se observan adheridas al flexor profundo a nivel de F1, produciendo el flexo IFP. Tras la exéresis de estos se consiguió la extensión completa.

La paciente presentó una buena evolución post-quirúrgica sin dolor y flexo-extensión activa conservada. Presenta un flexo residual de 10° que no limita su vida diaria.

Conclusión

La mayoría de los casos de rotura de tendones flexores tras tratamiento con colagenasa se han descrito en el 5° dedo, en contracturas en flexión de la articulación IFP debido de la proximidad de la cuerda al tendón o tras múltiples inyecciones.

La mayor parte de los diagnósticos se produjeron durante los primeros días postoperatorios, tras observar impotencia funcional para la flexión del dedo afecto.

En cambio el caso expuesto, muestra la rotura del tendón flexor superficial tras el tratamiento del 4° dedo tras una inyección simple sobre la palma en el tratamiento de una cuerda que provocaba el flexo MCF. A esto hay que añadir, que tras una buena evolución inicial, el diagnóstico fue tardío con una exploración que hacía pensar en una progresión de la Enfermedad de Dupuytren y/o fibrosis peritendinosa.

La colagenasa es segura y efectiva en el tratamiento de la enfermedad de Dupuytren. El número de complicaciones graves como la rotura de tendones flexores es baja (0.5%). Aun así hay que informar al paciente, antes de realizar el tratamiento, de la existencia de este riesgo.

Es preciso conocer las localizaciones en las que existe mayor riesgo (5° dedo, IFP) y ser meticuloso con la técnica de inyección para evitarla.