

ROTURA DE POLEAS FLEXORAS, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

Autores: Marta Zamora Lozano, Raúl Lorenzo López, Pilar Ruiz de las Morenas, Mercedes Flores San Martín, Eduardo Blanco Rubio, Jorge Albareda Albareda

INTRODUCCIÓN

La rotura aislada cerrada de las poleas flexoras es algo poco habitual, lo que puede presentar un problema en el diagnóstico diferencial. Una demora en el tratamiento puede comprometer la movilidad del dedo, provocando una significativa rigidez, por lo que es fundamental que no pase desapercibida.

OBJETIVOS

- Evaluar nuestra casuística de roturas de poleas flexoras
- Analizar los resultados funcionales del tratamiento mediante injerto de palmar menor para la reconstrucción de las poleas.

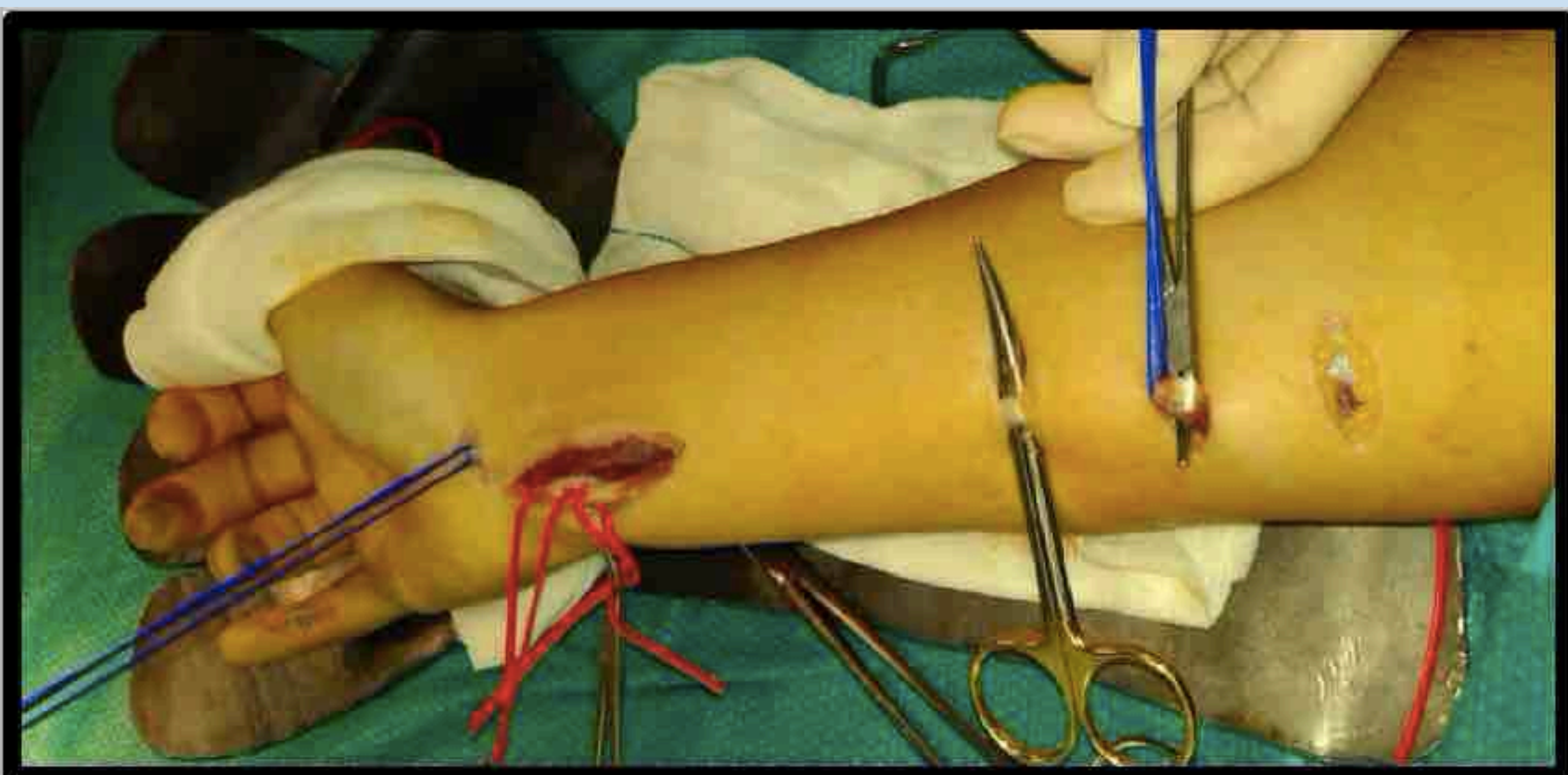


FIGURA 3

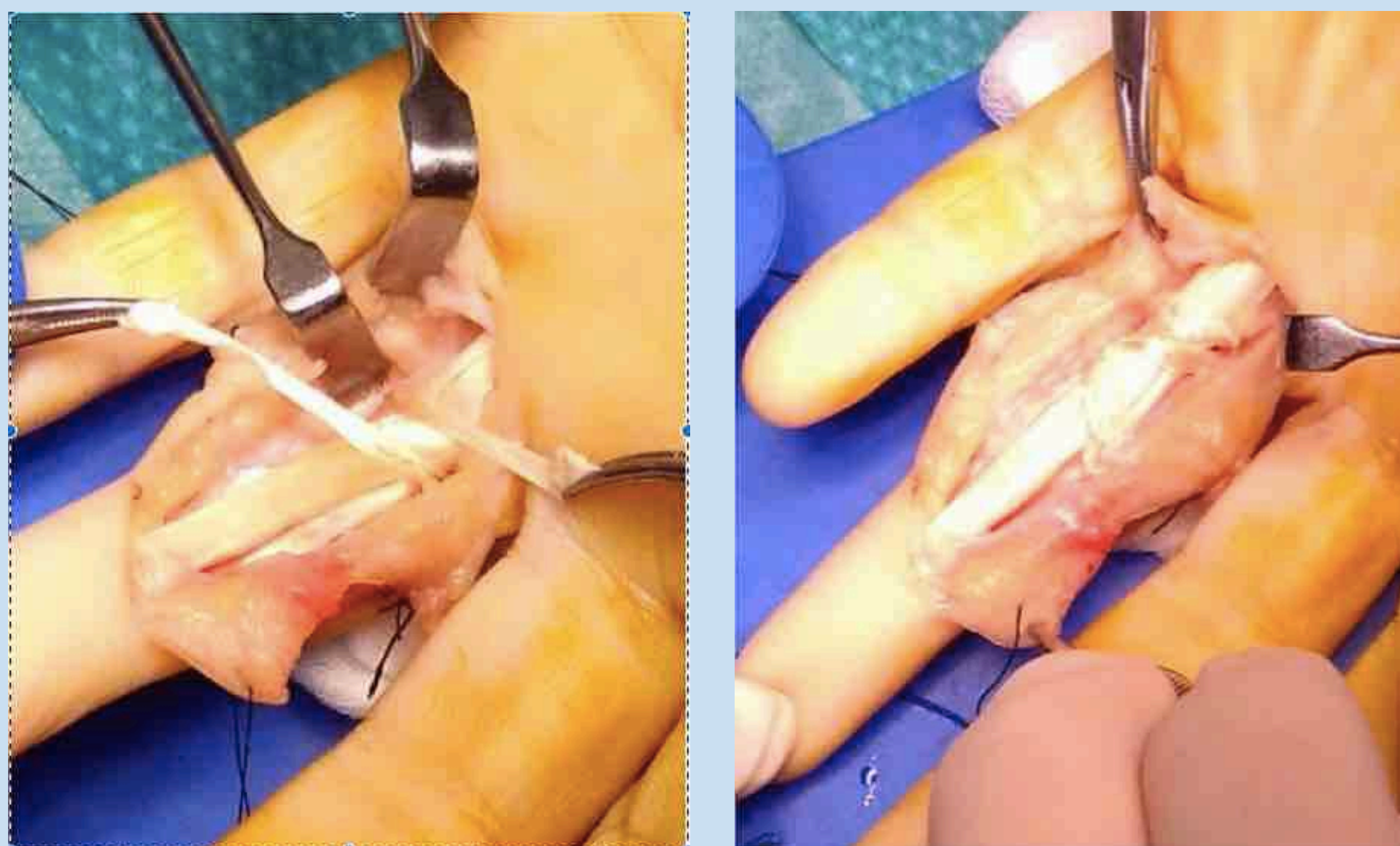


FIGURA 4 y 5

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La deformidad en flexión de la IFP (figura 1) es un hallazgo común en varias patologías digitales, ocasionando problemas en el diagnóstico diferencial de la rotura de las poleas flexoras. La cirugía reconstructiva de la polea A2 con injerto de palmar menor es una buena alternativa terapéutica, con recuperación completa de la funcionalidad del dedo a las pocas semanas.



FIGURA 1



FIGURA 2

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de los pacientes con roturas cerradas de poleas flexoras de manera aislada, excluyendo aquellos que asociaban lesiones de los tendones flexores. Se encontraron cuatro casos, tres varones y una mujer de 44, 56, 52 y 36 años respectivamente. Se intervinieron quirúrgicamente realizando una reconstrucción de la polea A2 con injerto del tendón palmar menor (Figura 3), de manera circular y dorsal a la falange (Figura 4 y 5) y a los tendones flexores. Se permitió la movilización precoz sin resistencia a partir de la semana de la cirugía y a la cuarta semana comenzaron la movilización contra resistencia.

RESULTADOS

Todos los pacientes presentaron con rotura de la polea A2. Tres de ellos asociaban rotura de la polea A3 y uno, además, de la A4. En un primer momento fueron tratados como una deformidad en Boutonnière, ya que ninguno de ellos presentaba fenómeno de cuerda de arco. El diagnóstico definitivo se demoró varios meses, hasta la realización de una RM que mostró la rotura de las poleas (Figura 2). Todos los pacientes recuperaron movilidad completa tras la cirugía salvo en un caso con pérdida de 10º de extensión de la IFP y 5º de flexión de la IFP.

Bibliografía:

1. Bianchi S, Martinoli C, de Gautard R, Gaignot C. Ultrasound of the digital flexor system: Normal and pathological findings. J Ultrasound. 23 de mayo de 2007;10(2):85-92.
2. Gabl M, Rangger C, Lutz M, Fink C, Rudisch A, Pechlaner S. Disruption of the Finger Flexor Pulley System in Elite Rock Climbers. Am J Sports Med. septiembre de 1998;26(5):651-5.
3. Martinoli C, Bianchi S, Nebiolo M, Derchi LE, García JF. Sonographic evaluation of digital annular pulley tears. Skeletal Radiol. 20 de julio de 2000;29(7):387-91.
4. Clavero JA, Alomar X, Monill JM, Esplugas M, Golanó P, Mendoza M, et al. MR Imaging of Ligament and Tendon Injuries of the Fingers. RadioGraphics. marzo de 2002;22(2):237-56.

