

Trasposiciones tendinosas o como volver a caminar

Zabaleta Martínez, Guillermo; Velarde Garrido, Daniel Vicente; Martínez Murcia, Daniel; López Palacios, Cristina

Introducción

Las paresia se define como la perdida de contracción muscular voluntaria de músculos implicados. Puede responder a múltiples causas siendo la más frecuente en nuestra especialidad las secciones nerviosas, el traumatismo craneoencefálico o traumatismo espinal entre otras causas.

Caso clínico

Paciente que sufre traumatismo craneoencefálico grave tras accidente de tráfico, es traído al servicio de urgencia intubado, Glasgow 5, es valorado por servicio de Neurocirugía, se obtienen imágenes de tomografía axial computerizada en las que se aprecian hematoma epidural frontotemporal y fracturas cervicales múltiples sin invasión de canal medular. Como tratamiento de urgencias se realiza craneotomía y evacuación del hematoma.

Al cabo de una semana el paciente presenta Glasgow 14 y sube a planta, el paciente presenta afasia así como tetraparesia. A lo largo de los días la afasia no mejora pero comienza a recuperar movilidad en miembros superiores e inferiores.

Valorado por Neurorrehabilitación, contactan con traumatología para valorar posibilidad de cirugía. Objetivos primarios marcados:

- Conseguir apoyo plantígrado.
- Mejorar función de la mano (apertura).

Hallazgos neurofisiológicos: lesión nerviosa postganglionar izquierda de carácter generalizado, con predominio de la facción del tibial posterior, lo que imposibilita la clásica transferencia de tibial posterior a cuboides.

En primera entrevista con el paciente responde bien a órdenes verbales, por lo que exploramos el ROM voluntario con el objetivo de valorar potenciales transferencias tendinosas / tenotomías.

Mano izquierda: extensión completa de articulaciones interfalángicas distales (AID) y proximales(AIP), déficit de extensión voluntaria de articulaciones metacarpofalángicas (AMF), resultando en posición de intrínseco plus. Consigue extender al muñeca a neutro. Flexiona de forma independiente los dedos índice y corazón con aparente buen control voluntario. Extiende de forma completa la AMF y de forma incompleta (mantiene flexión de aprox. 40º) de la AIF del pulgar. Presenta déficit de abducción del pulgar; que en este momento impresiona el mayor obstáculo para manipular objetos, como un vaso.

Mano derecha: similar a la contralateral.

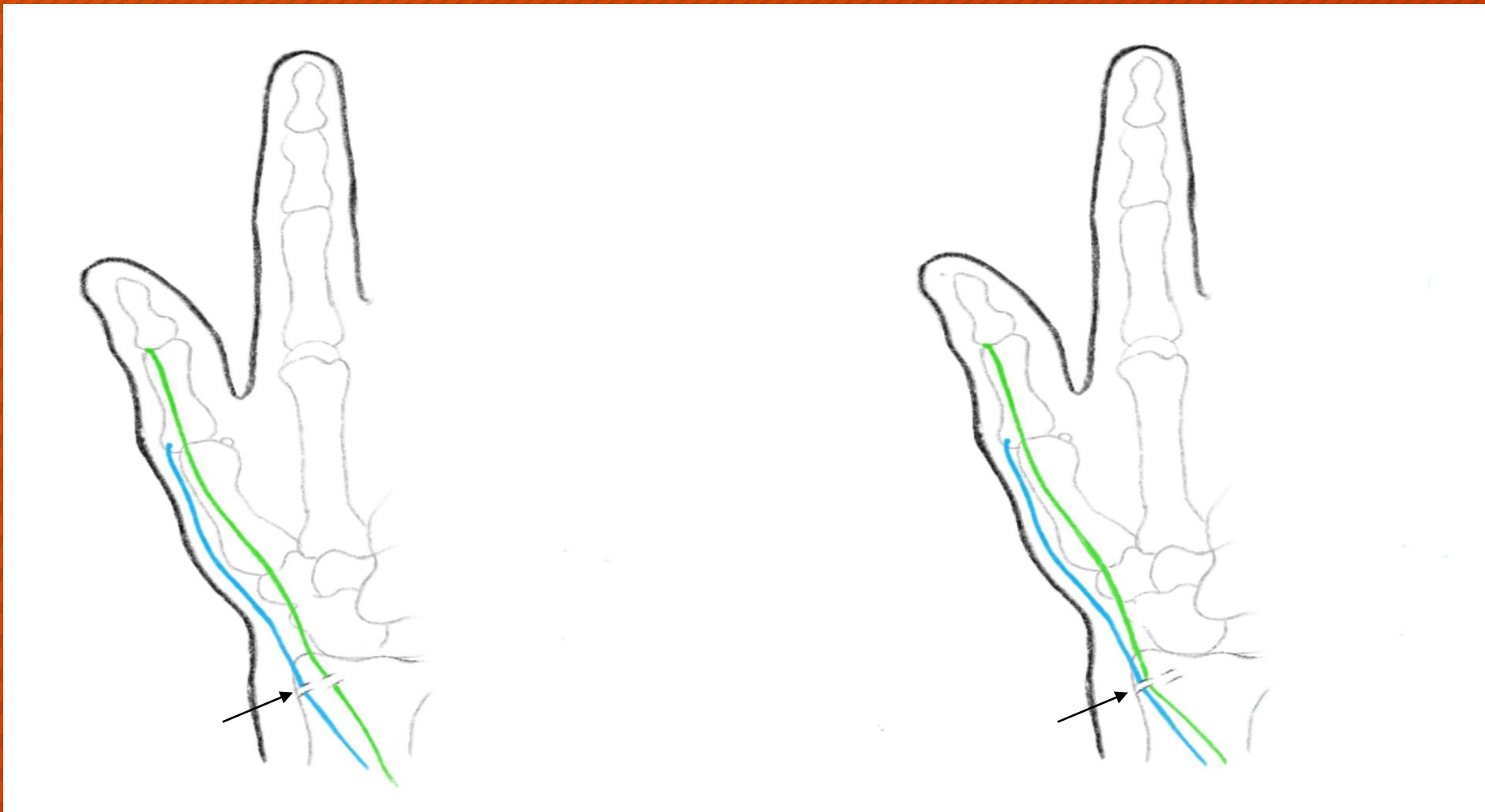
Pie izquierdo: actitud en equino (45º) varo. No se consigue reducir el equino a menos de 30º con maniobra de Silverskjöld. El varo es flexible, y el paciente consigue corregirlo cuando se le indica dorsiflexionar, sin poder corregir el equino.

Pie derecho: idéntica posición en reposo y limitación de la dorsiflexión pasiva. El varo es flexible. El paciente no consigue corregir el varo ni el equino voluntariamente, aunque es evidente la activación voluntaria de EHL y TA en ambos pies.

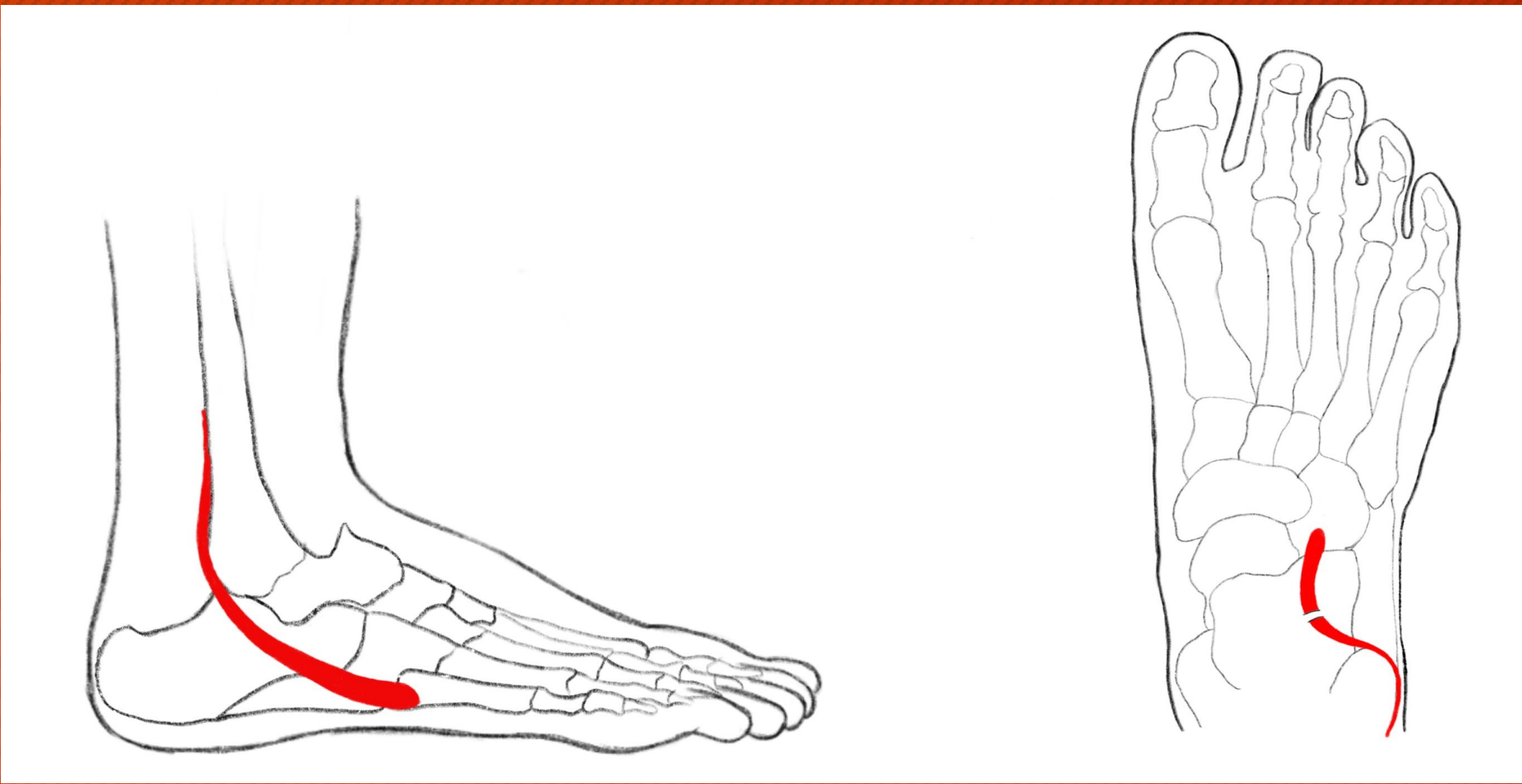
Ante estos hallazgos se plantea como primera opción para el tratamiento de los pies:

- Alargamiento de tendón de Aquiles en miembro inferior izquierdo.
- Alargamiento de tendón de Aquiles + transposición de tendón peroneo corto al cuboides en el pie derecho.

En las manos se realizó una transferencia del palmar largo (PL) al extensor largo del pulgar (EPL), reorientando el mismo para aumentar la apertura del primer espacio interdigital en ambas manos.



EPB: verde
EPL azul
1º corredera: flecha



Evolución

El paciente permaneció hospitalizado por lo que se realizaron controles diarios, se mantuvo la férula 6 semanas momento en el que comenzó de nuevo la rehabilitación de miembros inferiores. Al mes de la retirada de la inmovilización, el paciente ha conseguido mantener apoyo plantígrado asistido y es capaz de dar pasos cortos. Respecto al miembro superior la cirugía se realizó 2 meses después de la cirugía en miembro inferior, tras 3 semanas de inmovilización comenzó de nuevo la rehabilitación, actualmente es capaz de utilizar cubiertos sin ayuda externa.

Conclusión

La rehabilitación es indispensable en el proceso de recuperación de pacientes con paresias traumáticas, no obstante las contracturas musculares y déficits motores irreversibles pueden no ser recuperables y precisar de otros procedimientos tales como las trasposiciones tendinosas o nerviosas para conseguir una adecuada función motora.

Bibliografía

- 1- Danielle Wilbur D, Hammert W C. (2016) Principles of Tendon Transfer. Hand Clin, 32(3), 283–289.
- 2- Putz C, Mertens E M, Wolf S I, Geisbüsch A, Niklasch M, Gantz S,Klotz M C. (2018). Equinus Correction During Multilevel Surgery in Adults With Cerebral Palsy. Foot & Ankle International, 39(7), 812–820.