

RESCATE DE ROTURA DE FLEXOR EN 2 TIEMPOS CON TUBOS DE HUNTER

Fernández Martín JA, Esteban Castillo JL, García Vera JJ
Hospital Univ Virgen de la Victoria. Málaga

INTRODUCCION

El tratamiento ideal de las lesiones de los tendones flexores en casi cualquier circunstancia es la reparación primaria. Sin embargo, esto no siempre es posible y existen además un porcentaje significativo de las reparaciones primarias desarrollan adherencias, dehiscencias de la sutura o rerruptura y requieren de una respuesta terapéutica que hagan necesaria una cirugía secundaria de los tendones flexores que suele conllevar varios procedimientos entre los que destacan:

1. Tenolisis.
2. Injerto tendinoso en uno o dos tiempos. El injerto tendinoso en dos tiempos se introdujo con la intención de alcanzar mejores resultados en circunstancias con alto riesgo de fracaso. La supuesta ventaja sobre el la reconstrucción en un tiempo es que la movilización tras la segunda intervención se inicia con el injerto deslizándose sobre un pared lisa de una pseudovaina originada sobre la barra de silicona en el postoperatorio de la primera intervención y reducir así la incidencia de adherencias.
3. Reconstrucción de las poleas.
4. Cobertura cutánea sobre el tendón.

Elección entre un tiempo y dos tiempos.

La determinación de la utilización de una técnica de R1T o R2T debe ser individualizada a cada caso.

1. En general cuando el tejido fibroso es fino y fácil de desbridar, estamos ante adherencias que nos permitiría hacer R1T; cuando la fibrosis es más densa y extendida, estamos ante auténticas cicatrices, nos obliga a R2T.
2. Circunstancias favorecedoras de una rerotura del injerto (defectos de cobertura, infecciones, sinovitis importantes, adherencias, defectos graves del tendón)

En nuestro Servicio reservamos los rescates en un tiempo para las lesiones grado 1 de Boyes (herida cicatrizada flexible, movimiento pasivo completo, ausencia de fibrosis en lecho tendinoso, y poleas intactas)

OBJETIVO

Presentar a través de un caso clínico la técnica de Paleva-Holevich modificada o técnica en 2 tiempos con espaciador de silicona; para la cirugía secundaria de las lesiones de los tendones flexores.



CASO CLÍNICO

Paciente varón de 45 años de edad con sección traumática de FDS y FDP de su mano dominante a nivel de zona II que tras reparación primaria hace 3 meses, presenta fracaso funcional por adherencias del tendón a nivel de las polea A1 y A2.

Decúbito supino bajo isquemia preventiva se realizamos un abordaje palmar tipo Bruner del tendón flexor afectado para realizar una tenolisis y resección cuidadosa del mismo (en nuestro caso no se pudo preservar el FDS por estar lesionado y adherido).

El extremo distal del muñón proximal del FDP se suturó en su longitud fisiológica a ligamento anular del carpo.

Introducción del espaciador de silicona (ESH) desde el muñón proximal, a través del sistema de poleas hasta la falange distal del dedo afecto y se sutura al muñón distal del FDP y a la polea A4. El extremo proximal de la ESH se deja libre en la palma de la mano a la altura de los interoseos.

Tras esta primera fase la mano no requiere inmovilización y se permite al paciente volver a su trabajo en 2-3 semanas instruyéndole en un programa de movilización pasiva de los dedos.

A los 4 meses se procedió al segundo tiempo quirúrgico mediante la retirada de la barra de silicona y la colocación de un injerto tendinoso del extensor largo del 2º dedo del pie, mediante una sutura tipo Pulvertaft proximal y transósea distal. Asegurando que la tensión deja el dedo con una cascada digital natural.

RESULTADO

Tras la intervención se le colocó al paciente una férula con la muñeca en 30º de flexión, las MTCF en 70º y las IF en ligera flexión, indicándosele el inicio de flexión pasiva y extensión activa desde el 3º día.

A las 5 semanas se retiró la férula y se iniciaron los ejercicios activos de movilización.

Tras 12 semanas el paciente ha conseguido un rango de movilidad funcional (80% de la del dedo contralateral) y esta reincorporado a sus actividades habituales sin restricción.

CONCLUSION

La técnica de Paleva-Holevich modificada para la cirugía secundaria de las lesiones de los tendones flexores consigue mejorar la función manual previa a la intervención con buenos niveles de satisfacción de los pacientes, a pesar de que en la mayoría de los casos quedan secuelas y no se consigue una movilidad libre y rápida.

Según algunos autores, los resultados de R2T en la cirugía secundaria de tendones flexores son mejores que los de R1T, debido a que el paso extra de introducción del espaciador de silicona, prepara un lecho sinovial para el injerto, similar al fisiológico que facilita el deslizamiento y movilidad del injerto reduciendo la incidencia de adherencias. Es por esto, que consideramos la R2T la técnica de elección en la cirugía secundaria de tendones flexores de la mano. El fracaso de R2T puede ocurrir en cualquiera de sus dos fases.

BIBLIOGRAFIA

1. O'Shea K, Wolfe SW. Two-stage reconstruction with the Modified Paneva- Holevich Technique. Hand Clin 2013; 29: 223-233