

# REPARACIÓN CON ALOINJERTO DE ROTURA CRÓNICA DE TENDÓN DISTAL EXTENSOR DE HALLUX. REPORTE DE UN CASO.

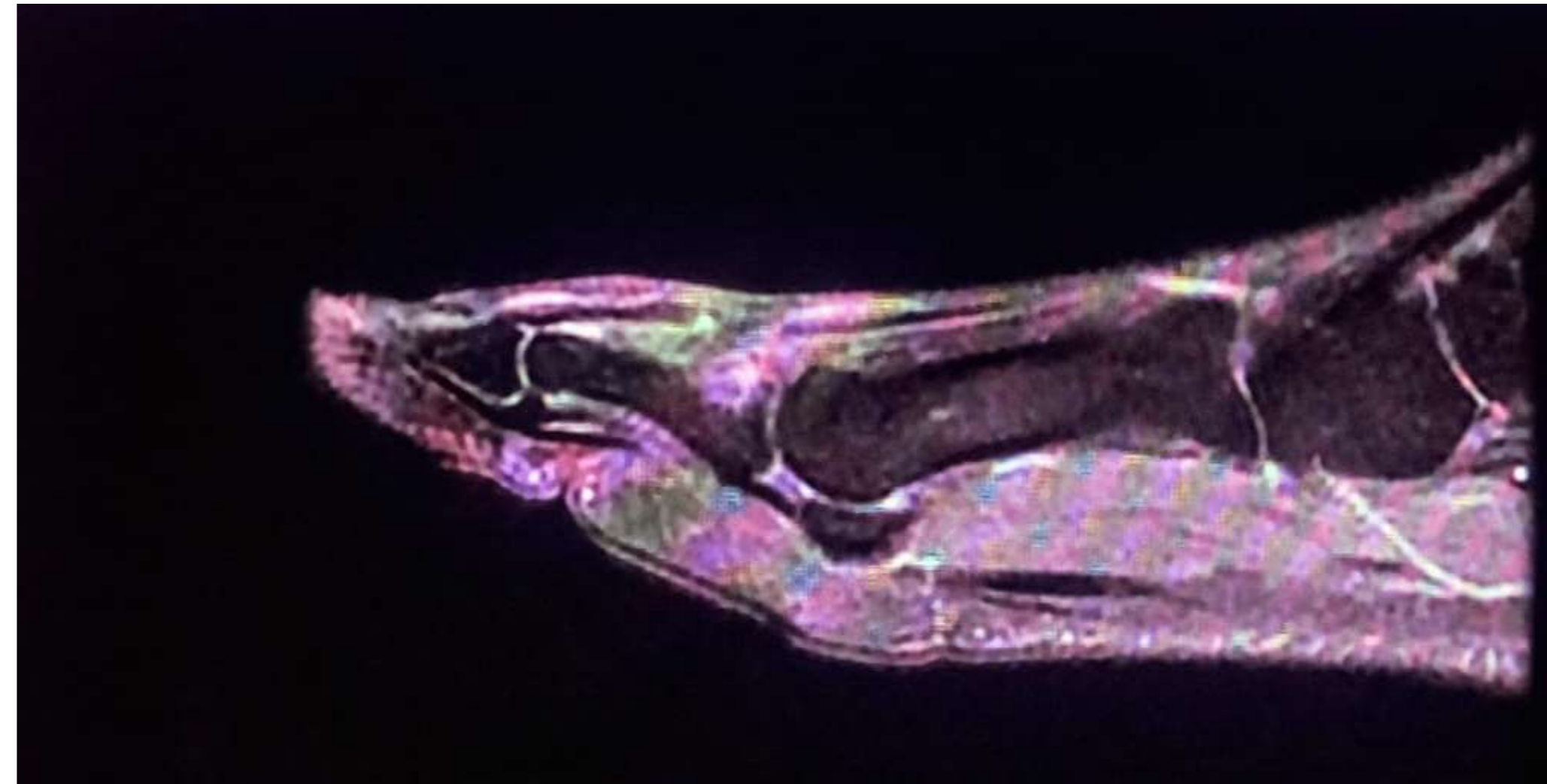
Jhudelys Pimentel; Diana González  
Hospital Universitario Infanta Sofía

## Objetivo:

Describir el caso de una reparación quirúrgica de rotura crónica del tendón distal del extensor hallucis longus mediante aloinjerto.

## Material y metodología

Mujer de 34 años valorada por dolor, extensión débil e hiperestesia del 1er dedo de pie derecho tras herida al caerle una botella dos meses antes. Inicialmente atendida por una herida con probable cuerpo extraño. En el examen físico, se observa cicatriz 1cm irregular en el dorso a nivel de articulación MTF de pie derecho con dolor e hipersensibilidad a la palpación, con pérdida de la extensión activa de la falange distal y disminución de la potencia extensora de la articulación metatarsofalángica (Fig. 1). La extensión pasiva era posible, con un rango completo de movimiento. La escala AOFAS inicial fue de 52.



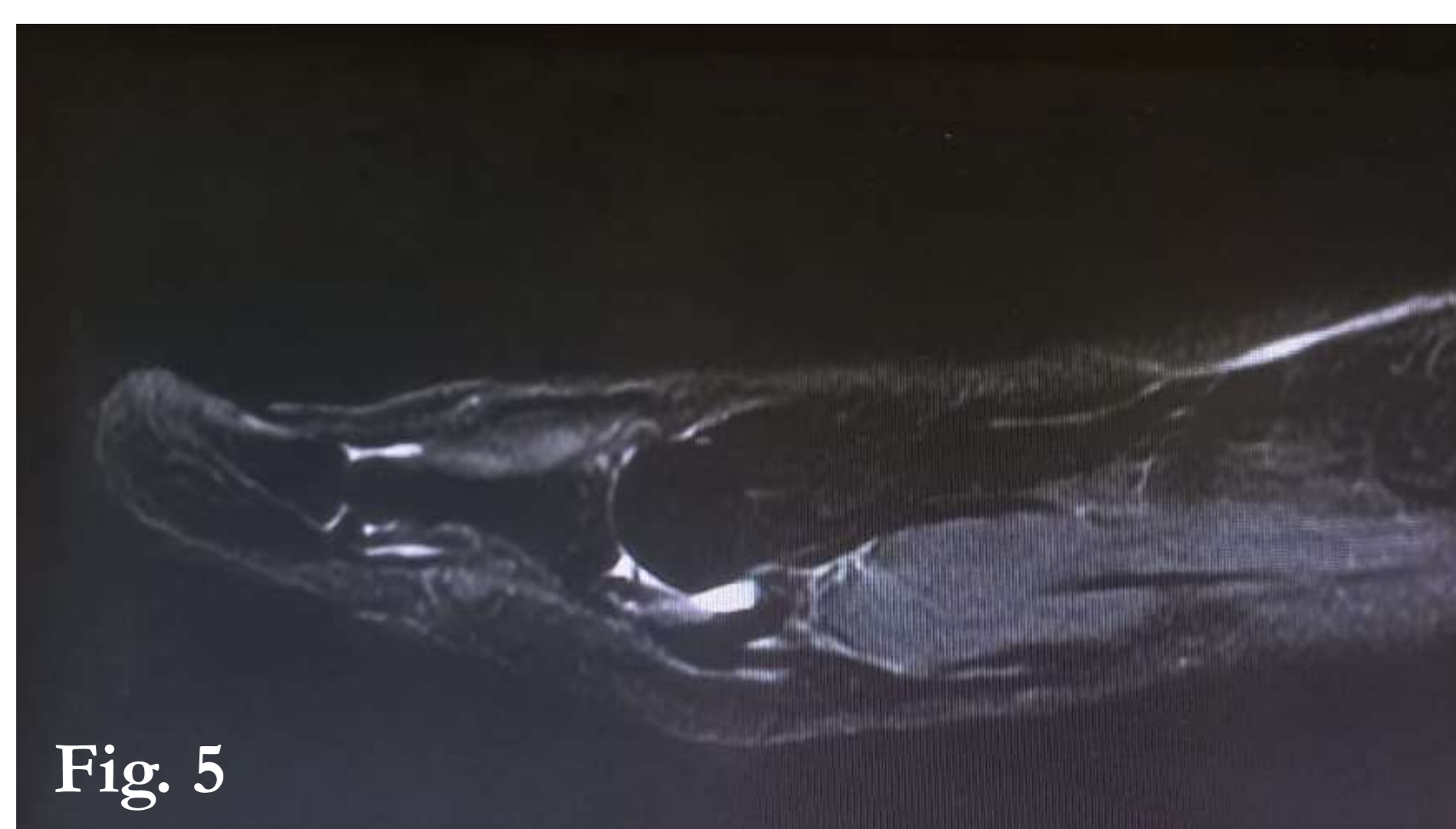
## Resultados

En quirófano mediante una incisión zigzag desde la cicatriz. Se disecciona tejido cicatricial y restos de cristales (Fig. 2). La distancia entre los extremos rotos EHL fue de 2 cm y se realizó reconstrucción con aloinjerto de tendón peroneo, utilizando la técnica de Kessler modificada manteniendo la tensión adecuada (Fig. 3). La articulación del tobillo se encontraba en posición neutra y la articulación MTF en 5° de extensión durante la sutura. Se comprueba la tensión adecuada del dedo gordo, lavado profuso, cierre de herida.



## Conclusiones

A los 6 meses después de la cirugía, la fuerza de extensión estaba muy cerca del lado intacto y la contracción del tendón era evidente debajo de la piel (Fig. 4). La RMN postoperatoria reveló que el EHL reconstruido era homogéneo y continuo (Fig. 5). La escala AOFAS final fue de 90. Ante roturas crónicas donde los extremos no pueden ser suturados o el tendón está degenerado, se han descrito la transferencia o el injerto de otro tendón. Una búsqueda bibliográfica arrojó pocos reportes de casos, dada la escasa cantidad de casos no existe una única técnica quirúrgica presentada; por este motivo, decidimos describir la técnica quirúrgica luego de analizar nuestro caso, su evolución y el resultado obtenido en la escala de la AOFAS.



| Escala de la AOFAS del antepié metas, hallux, MTF, IF y falanges de dedos del pie  | Preop | Postop |
|--|-------|--------|
| <b>Dolor:</b><br>No (40)<br>Leve, ocasional (30)<br>Moderado, diario (20)<br>Severo, constante (0)   | 20    | 30     |
| <b>Función-actividades:</b><br>Ninguna limitación, sin ayudas (10)<br>Sin limitación de las actividades diarias, pero limitación en actividades recreativas (7)<br>Limitación de las actividades diarias y recreativas (4)<br>Severa limitación de las actividades diarias y recreativas (0) | 4     | 10     |
| <b>Función-calzado:</b><br>Normal (10)<br>Cómodo, con necesidad de inserto (5)<br>Modificado o especial (0)  | 10    | 10     |
| <b>Función-movilidad MTF (flexión plantar y dorsal):</b><br>Normal o restricción leve; >75° (10)<br>Restricción moderada; 30°-74° (5)<br>Restricción severa; >30°  | 5     | 10     |
| <b>Función-movilidad IF (flexión plantar):</b><br>Sin restricción (5)<br>Restricción severa; >10°  | 0     | 5      |
| <b>Función-estabilidad MTF-IF (todas las direcciones):</b><br>Estable (5)<br>Inestable o luxable (0)   | 5     | 5      |
| <b>Función-callos en MTF-IF:</b><br>No o asintomático (5)<br>Sintomáticos (0)  | 0     | 5      |
| <b>Alineación:</b><br>Buena, hallux bien alineado (15)<br>Regular, mala alineación asintomática (8)<br>Mala, mala alineación sintomática (0)   | 8     | 15     |
| <b>TOTAL (máx. 100):</b>   | 52    | 90     |

MTF = metatarsofalángica, IF = interfalángica.