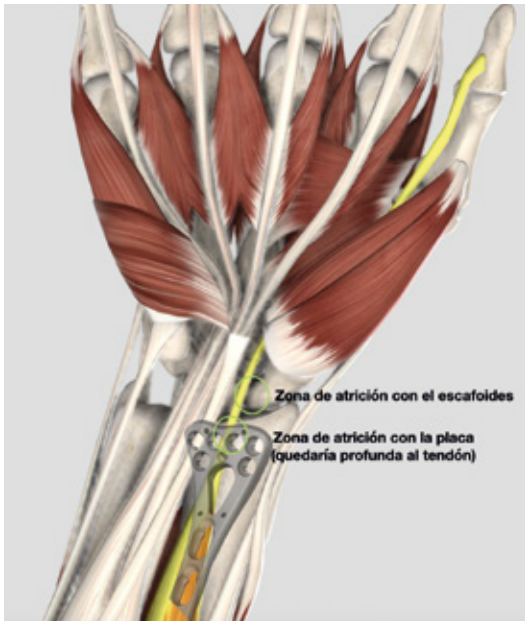
ALMOGUERA

TRAUMATÓLOGOS

RECONSTRUCCIÓN DEL FLEXOR DEL PULGAR

¿POR QUÉ **PUEDE ROMPERSE EL FLEXOR LARGO** DEL PULGAR?

El flexor largo del pulgar (FPL) es el tendón que se rompe de manera más frecuente en pacientes con artritis reumatoide (AR), por atrición a nivel del escafoides (lesión de Mannerfelt).
También es el tendón que sufre más roturas en pacientes tratados quirúrgicamente de una fractura de radio distal, mediante fijación con placa colocada por abordaje volar (palmar). En estos casos, el tiempo promedio hasta la rotura es de entre 6 meses y un año, aunque pueden aparecer roturas incluso hasta 10 años después de la cirugía.



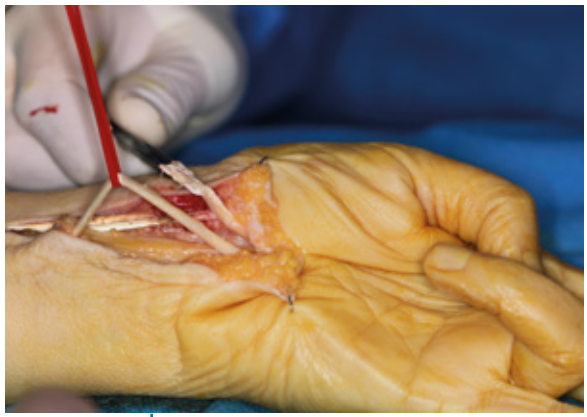
¿ES NECESARIO **INTERVENIR SIEMPRE** ESTE TIPO DE LESIONES?

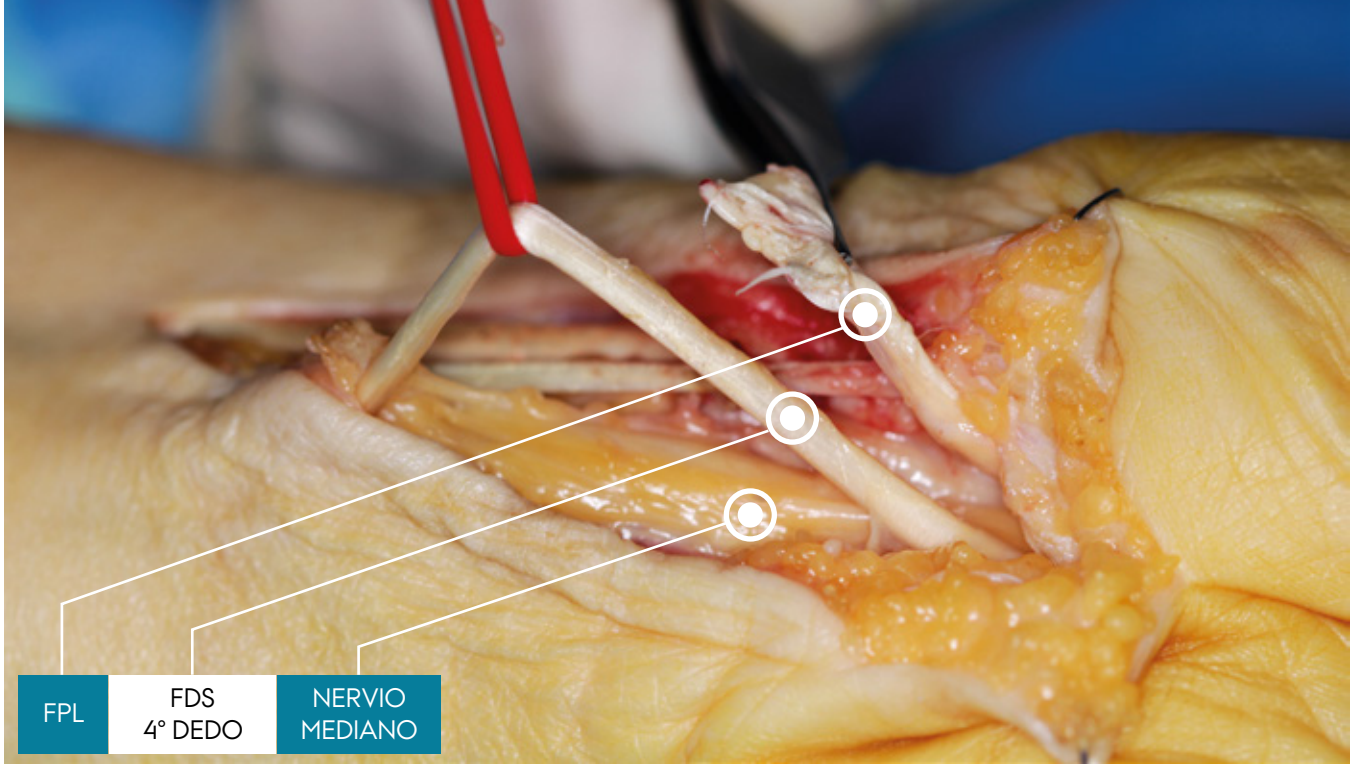
La pérdida funcional es variable. Si el paciente tiene una buena articulación interfalángica (IP), la pérdida es evidente. Si la articulación metacarpofalángica (MP) tiene una afectación significativa o está fusionada, la pérdida de cualquier movimiento de la articulación IP da como resultado una pérdida funcional sustancial. Por lo cual, en la mayoría de los casos, recomendamos la reparación del tendón.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE ROTURA FPL

Naturalmente, la causa de la rotura debe solucionarse. En un caso de paciente con AR, la espícula ósea que ha roto el FPL debe eliminarse. Si se trata de una rotura secundaria a una placa de fijación de radio distal en la cara volar, ésta debe retirarse.

Lo siguiente será la restauración de la función del tendón. Dentro de las opciones quirúrgicas tenemos: la reparación directa, el uso de un "injerto puente", la reparación mediante injerto en un tiempo o una transferencia de tendón.

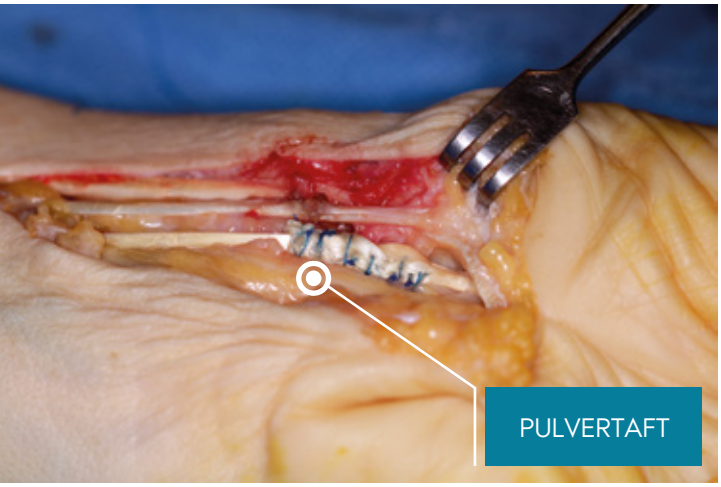




Esta última opción se utiliza cuando el músculo FPL no es un motor útil. Este método de reconstrucción del tendón es particularmente útil después de la rotura del tendón FPL, tras del tratamiento de fracturas de radio distal mediante fijación con placa. La preferencia, es utilizar el flexor superficial del cuarto dedo (anular). La reparación se fija con una sutura tipo Pulvertaft y se evalúa la tensión antes de completar la unión.

POST-OPERATORIO

El pulgar y la muñeca se inmovilizan en flexión moderada durante 3 semanas, después de lo cual, se inicia el movimiento activo. La movilización de la transferencia, combinando la flexión activa del dedo anular con la flexión del pulgar, ayuda a los pacientes que están aprendiendo a utilizarla. Los resultados son muy satisfactorios.



ALMOGUERA
TRAUMATÓLOGOS

914 453 560 / 696 721 010
C/ Santa Engracia 47, 28010 Madrid

www.almogueratraumatologos.com