

Minimizando riesgos en la sutura percutánea del tendón de Aquiles con guía ecográfica y técnica WALANT

Galián Muñoz E*, Amor Jiménez S, Pérez Sánchez A, Morales González I, Díaz Martínez FJ
*Contacto: elenagalianm@gmail.com

OBJETIVO

La evidencia disponible sobre la mejor opción terapéutica para las roturas de tendón de Aquiles no es aún unánime. El objetivo de este trabajo es mostrar las ventajas de la sutura percutánea ecoguiada bajo anestesia local con paciente despierto sin torniquete de isquemia (técnica WALANT).

MATERIAL Y MÉTODOS

CASO CLÍNICO: acude a Urgencias un paciente de 23 años, jugador de baloncesto, que tras caer de un tiro libre presenta clínica brusca (dolor, impotencia para la flexión plantar, signo del hachazo, maniobra de Thompson positiva) compatible con rotura completa de tendón de Aquiles.

- Se realiza exploración **ecográfica** que confirma el diagnóstico, caracteriza la rotura y estudia el trayecto del nervio sural.
- Se interviene de urgencias en las primeras 24 horas.

RESULTADOS – TÉCNICA QUIRÚRGICA

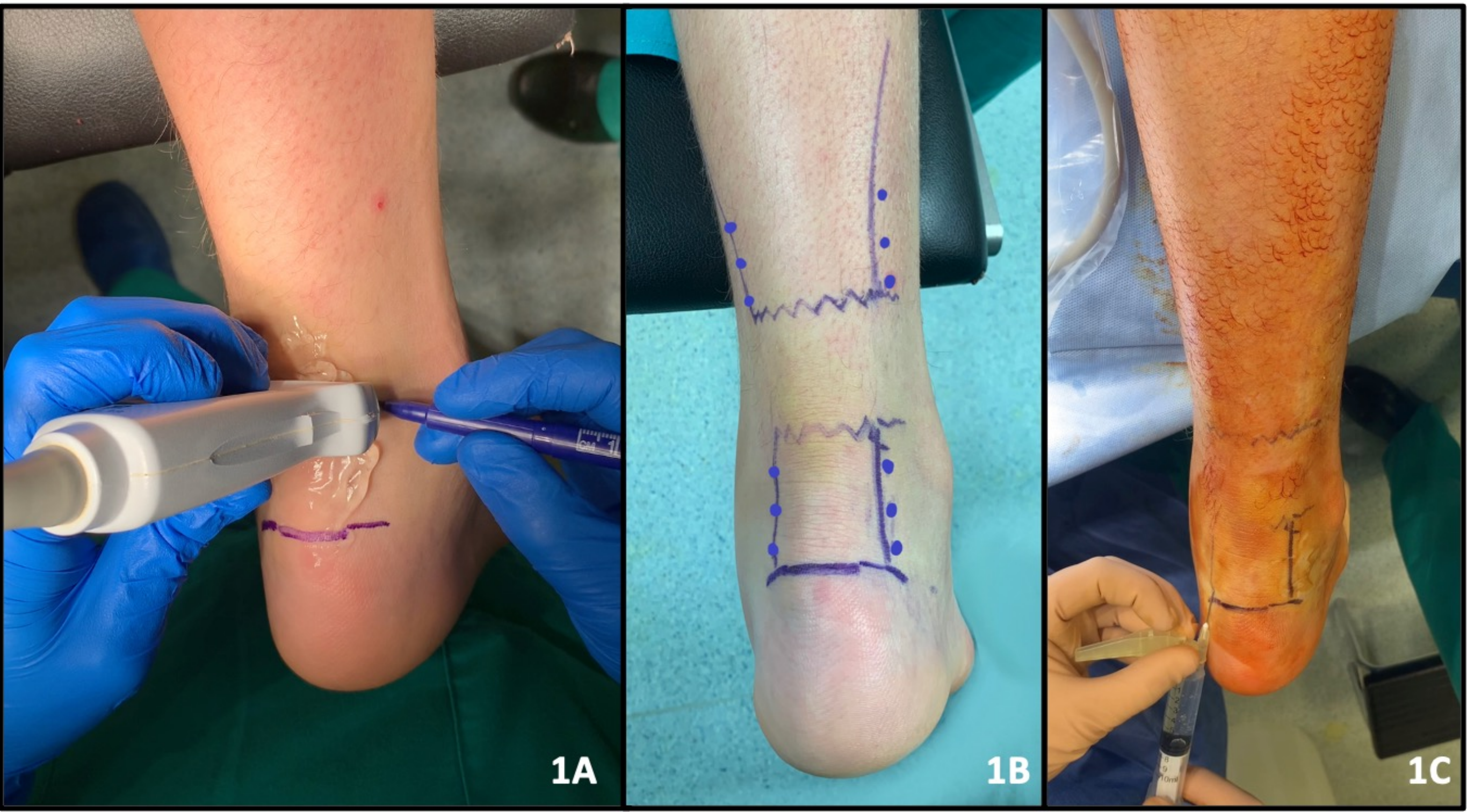
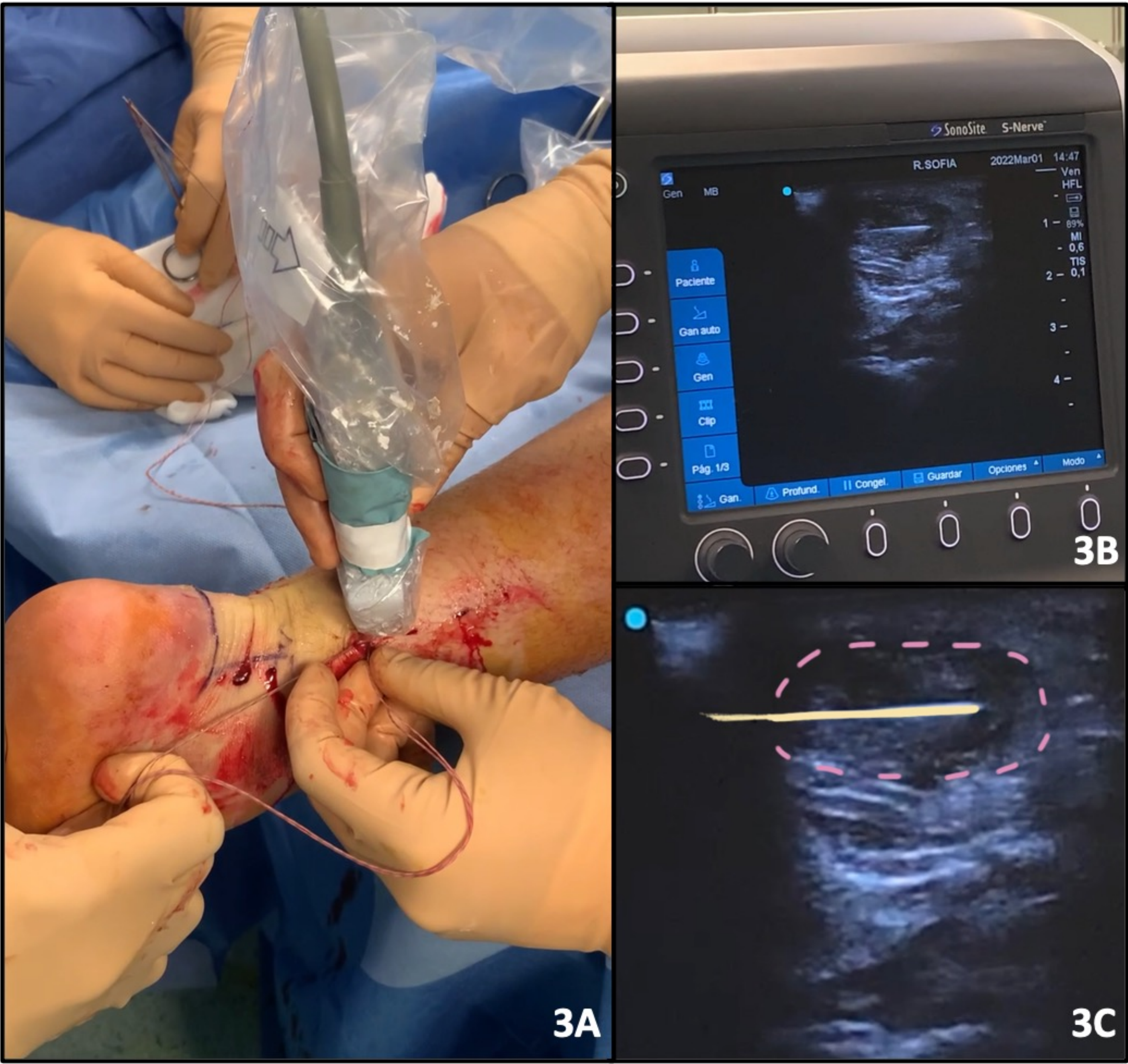


Fig. 1. Estudio ecográfico (A) y dermatografía (B) del nivel de rotura y el diseño de las 6 incisiones de 5 mm a cada lado del tendón. Infiltración anestésica mediante técnica WALANT sin torniquete de isquemia (C).



CONCLUSIÓN

La doble sutura percutánea, bajo guía ecográfica y anestesia WALANT, supone un enfoque óptimo para el tratamiento de las roturas de tendón de Aquiles. Confiere continuidad anatómica y funcional al tendón lesionado evitando las complicaciones de los abordajes y anestesia convencionales, con alto grado de satisfacción por parte del paciente.

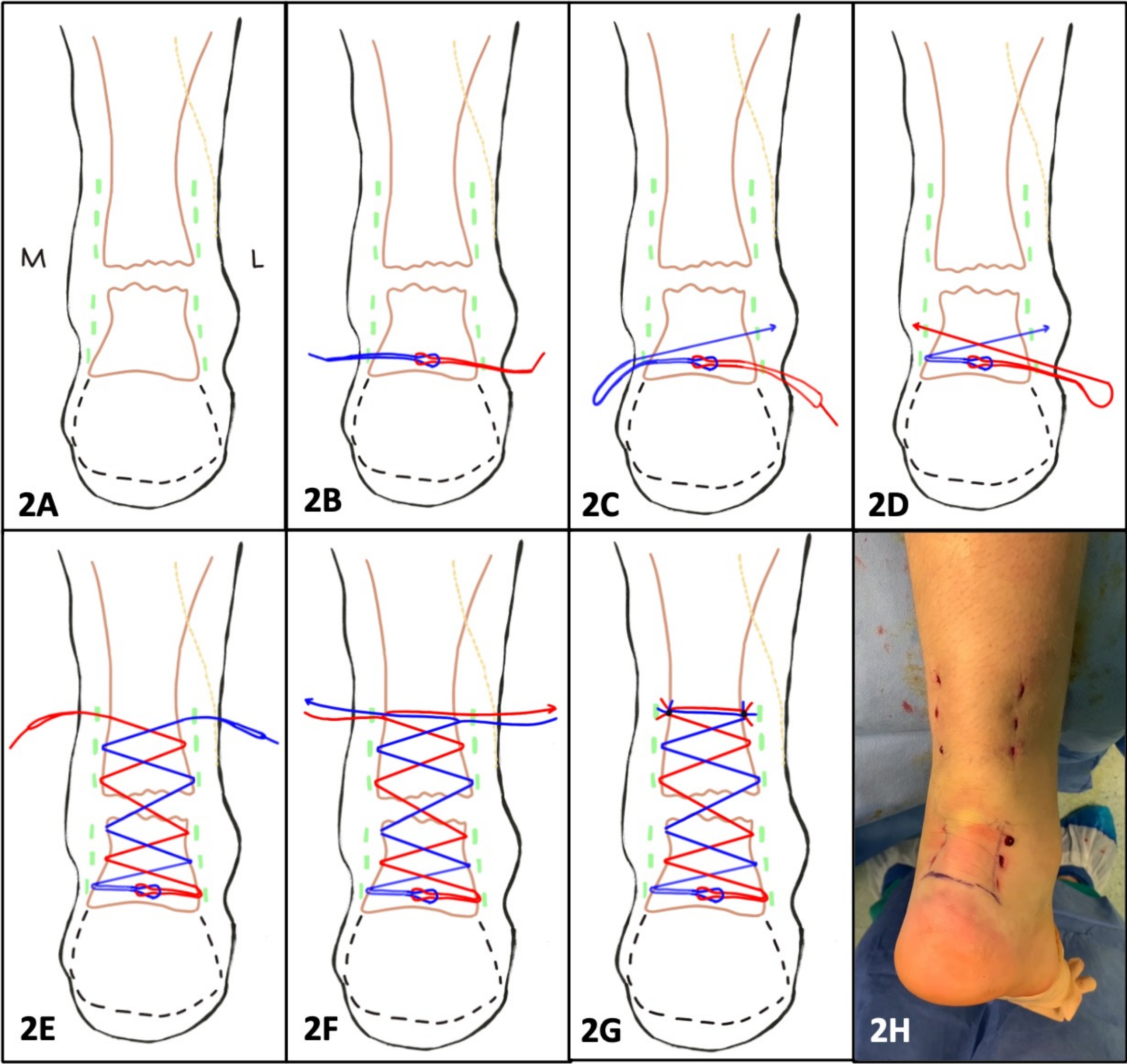


Fig. 2. A: visión posterior del tendón de Aquiles roto (en marrón), incisiones (en verde) y nervio sural (en amarillo), que se va lateralizando hacia distal desde línea media. M: medial. L: lateral. B-D: esquema de la doble sutura percutánea. Tras la última pasada de sutura (E), se pasa una hebra de cada sutura al lado contralateral (F). Manteniendo el equino, se anuda de forma simétrica a cada lado del tendón (G) y se cortan los cabos restantes con bisturí ocultando los nudos en profundidad (H).

Fig. 3. Fotografía de la sutura percutánea guiada por ecografía (A) y su correspondiente imagen (B) junto a un esquema (C) en el que señalamos el tendón de Aquiles (líneas discontinuas rosas) y la aguja (amarilla). Se observa cómo la aguja atraviesa el tercio medio del espesor del tendón.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meulenkamp B, Woolnough T, Cheng W, et al. What Is the Best Evidence to Guide Management of Acute Achilles Tendon Ruptures? A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Clin Orthop Relat Res.* 2021;479(10):2119-2131.
2. Joannas G, Arrondo G, Eslava S, et al. Percutaneous Achilles tendon repair with the Dresden instrument. Clinical and MRI evaluation of 90 patients. *Foot Ankle Surg.* 2020;26(2):209-217.
3. Gatz M, Driessen A, Eschweiler J, Tingart M, Migliorini F. Open versus minimally-invasive surgery for Achilles tendon rupture: a meta-analysis study. *Arch Orthop Trauma Surg.* 2021;141(3):383-401.
4. Bilgetekin YG, Kuzucu Y, Öztürk A, Yüksel S, Atilla HA, Ersan Ö. The use of the wide-awake local anesthesia no tourniquet technique in foot and ankle injuries. *Foot Ankle Surg.* 2021;27(5):535-538.
5. Yongliang Y, Honglei J, Wupeng Z, et al. Intraoperative ultrasonography assistance for minimally invasive repair of the acute Achilles tendon rupture. *J Orthop Surg Res.* 2020;15(1):1-8.