

ROTURA CRÓNICA DE TENDÓN DE AQUILES: REPARACIÓN QUIRÚRGICA MEDIANTE ASOCIACIÓN DE LA TÉCNICA CHRISTENSEN Y TRANSFERENCIA DEL TENDÓN DEL FLEXOR HALLUCIS LONGUS (FHL).

Begara Bretón C; Hernández Mateo JM; Sobrón Caminero FB

Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

INTRODUCCIÓN

El tendón de Aquiles presenta una tasa elevada de rotura. Las roturas crónicas, ya sean por diagnóstico tardío o por fracaso de manejo conservador, son susceptibles en su mayoría de tratamiento quirúrgico. La elección de la técnica más adecuada es un tema de controversia.

OBJETIVO

Describir nuestra experiencia en un paciente con rotura crónica de tendón de Aquiles y su reparación mediante la asociación de la técnica Christensen (colgajo rebatido de gastromnemo) y una transferencia del tendón del Flexor Hallucis Longus (FHL), reforzando la sutura con delgado plantar.

MATERIAL Y MÉTODO

Reportamos el caso de un varón de 62 años que acude a consulta por persistencia de dolor y dificultad para la deambulación tras rotura de Aquiles 10 meses antes, sin haber recibido atención médica desde entonces. La evaluación clínica objetivó una maniobra de Thompson patológica, *gap* palpable en tendón de Aquiles y Test de Matles patológico. Tras la realización de RMN, se diagnostica de rotura crónica amplia de tendón de Aquiles derecho, con *gap* de unos 4 cm (fig. 1).

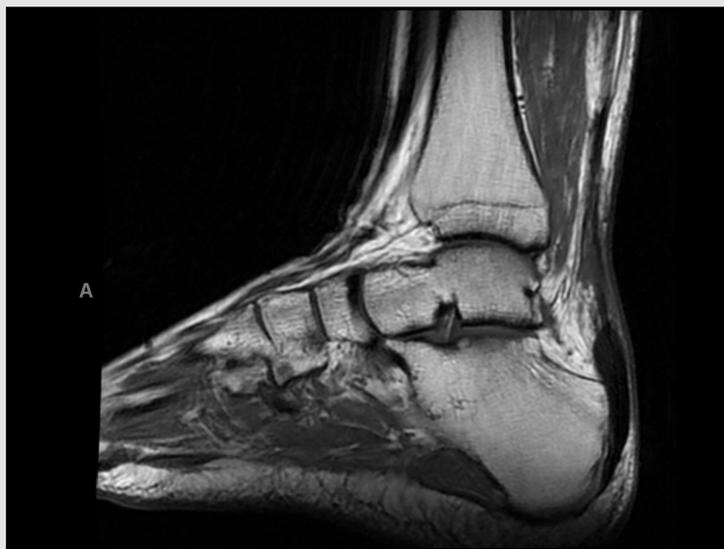
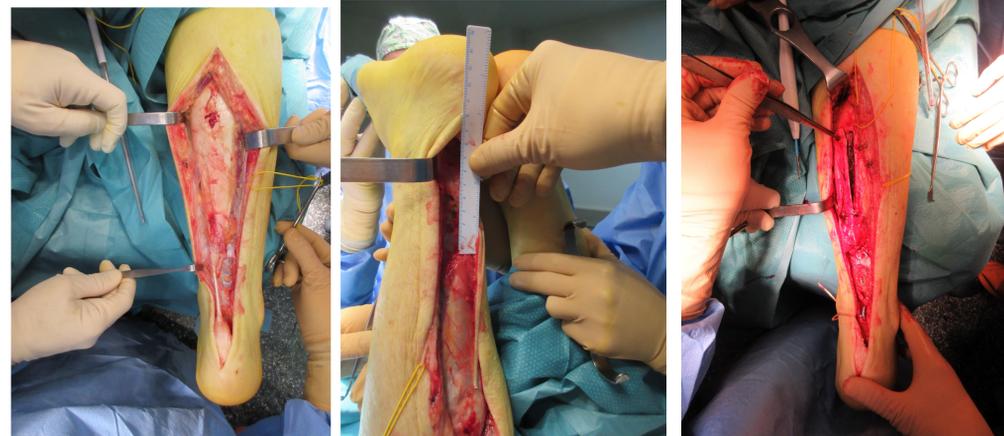
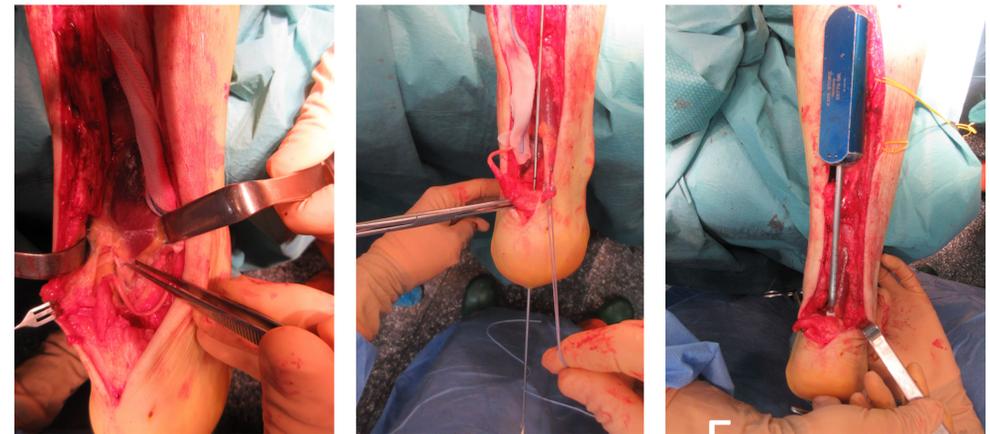


Fig. 1. Imagen de resonancia magnética

En el intraoperatorio se observó que existía un *gap* mayor del esperado, de 8 cm, y se optó por su reconstrucción asociando la técnica de Christensen (turndown flap o colgajo rebatido de gastromnemo) asociado a transferencia del tendón del FHL. Finalmente, se utilizó el tendón del delgado plantar para reforzar la sutura (fig.2).



A. Abordaje, B. Medición de gap tendinoso, C. Plastia de Christensen tallada en gastromnemo



D. Disección tendón FHL, E. Aguja para túnel óseo de calcáneo, F. Tornillo de interferencia de 8 mm



G. Krakow terminal a plastia con refuerzo de delgado plantar. H. Técnica de Christensen y transferencia del FHL, resultado final.

Fig.2. Imágenes de la técnica quirúrgica

RESULTADOS

No se han producido complicaciones postoperatorias. El paciente ha seguido tratamiento rehabilitador con adecuado cumplimiento. Tras 6 meses desde la cirugía es capaz de deambular con normalidad. Se ha autorizado la actividad deportiva suave y progresiva. La maniobra de Thompson ha dejado de ser patológica y no se palpa *gap* entre los dos extremos de la reparación.

CONCLUSIÓN

La asociación de la técnica Christensen junto con la transferencia del tendón del FHL es una técnica quirúrgica adecuada para la reparación de grandes defectos tendinosos en roturas crónicas del tendón de Aquiles.

BIBLIOGRAFÍA

- Myerson MS. Achilles tendon ruptures. Instr Course Lect. 1999;48:219–30.
- Buda R, et al. Treatment algorithm for chronic achilles tendon lesions: Review of the literature and proposal of a new classification. J Am Podiatr Med Assoc. 2017;107(2):144–9.
- Hadi M, et al. Surgical management of chronic ruptures of the Achilles tendon remains unclear: A systematic review of the management options. Br Med Bull. 2013;108(1):95–114.
- Rahm S, et al. Operative treatment of chronic irreparable achilles tendon ruptures with large flexor hallucis longus tendon transfers. Foot Ankle Int. 2013;34(8):1100–10.