

# REPARACIÓN CON ALOINJERTO DE TENDÓN GRACILIS DE ROTURA ATRAUMÁTICA DEL EXTENSOR HALLUCIS LONGUS TRAS LA TOMA DE LEVOFLOXACINO

Cuesta Saiz L<sup>1</sup>, Hortelano Marco S<sup>2</sup>, Navarro Mont R<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital de Denia

<sup>2</sup> Unidad de Pie y Tobillo. Clinica Cemtro. Madrid

## Introducción

Tanto las roturas atraumáticas del EHL como del resto de la musculatura extensora del pie son poco frecuentes y solo están descritos unos pocos casos en la literatura. Presentamos un caso de un paciente de 75 años que sufre una rotura atraumática del EHL tras la toma de levofloxacino debido a una neumonía.

Tras ser atendido en urgencias, se remitió a la unidad de Pié y Tobillo de la clínica Cemtro donde se decidió tratamiento quirúrgico al evidenciar hallux flexus que interfería con la marcha.

La radiografía evidenció un osteofito cuneometatarsiano que contribuyó a la rotura y la RNM mostró un gap entre ambos cabos de mas de 5 cm realizando una reparación con aloinjerto de tendón gracilis de cadáver



Figura 1.Imagen intraoperatoria del paso de la plastia tendinosa bajo el retináculo extensor inferior



Figura 2.Imagen intraoperatoria del injerto

## Procedimiento quirúrgico

Tras anestesia regional con bloqueo poplíteo e isquemia en muslo, se procedió mediante un abordaje dorsal amplio sobre el primer radio desde la articulación metatarsofalángica hasta el retináculo extensor para localizar ambos cabos tendinosos.

La reparación con aloinjerto gracilis se realizó con sutura tipo Pulvertaft. Se comprueba la correcta posición del hallux tras la reparación y la adecuada circulación del tendón bajo el retináculo y se inmoviliza con férula posterior de yeso.

## Resultados

2 semanas de la intervención quirúrgica se sustituyó la férula de yeso por un zapato postquirúrgico plano autorizando la carga con muletas y la realización de ejercicios de flexión y extension activas de tobillo

A las 3 semanas comenzó fisioterapia con ejercicios de extensión y colocación de vendajes funcionales. En la 6ª semana el paciente deambula sin apoyos externos, con calzado cómodo y sin flexion patológica del hallux. La movilidad final es es parcial contra gravedad (3/5) y el resultado es altamente satisfactorio para el paciente



Figura 3. Comparativa de la flexión del Hallux y posición neutra tras la reparación

## Conclusiones

Las roturas de los extensores las encontraremos habitualmente en el contexto de lesiones traumáticas pero debemos tenerlas presentes en otras situaciones como la expuesta previamente donde la toma de levofloxacino varias semanas y la presencia de un osteofito en el trayecto del tendón contribuyeron dicha rotura tendinosa. La indicación quirúrgica se determina por la presencia de hallux flexus que dificultad la deambulación correcta. La radiografía ayuda a detectar lesiones óseas concomitantes y la RNM a la localizacion del tendón

El uso o disponibilidad de aloinjerto es fundamental para lesiones sin posibilidad de reparación directa. El resultado final será satisfactorio para el paciente si se consigue la resolución de la flexión del primer dedo logrando una deambulación correcta al mantenerse el mismo en posición neutra