

CORTES Y HERIDAS INCISO-CONTUSAS EN EL DORSO DEL PIE MILIMÉTRICAS. ¿LAS ESTAMOS TRATANDO/EXPLORANDO CORRECTAMENTE?



Ana Nuñez García, Blanca García Colino, Víctor Estuardo León Román¹,
Alejandro Arturo Salas Quispe, Ignacio Fernández Kelly
HOSPITAL UNIVERSITARIO GENERAL DE VILLALBA.

INTRODUCCION y CASO CLINICO: Mujer de 57 años, acude a consultas de traumatología por dolor en 5º dedo de pie en pulpejo y borde ungueal, infraaducto.
Antecedente: corte en el dorso de pie de tan solo 0,5 cm por la caída de un cuchillo hace más de 8 meses. El corte de la piel fue reparado directamente. Pasó inadvertido el déficit de extensión de 4º y 5 dedo.

La paciente refiere principalmente dolor en región ungueal por infraaducto marcado y roce con el dedo adyacente. Se le ofrece cirugía de reparación primaria de extensores con plicatura y retensado. En caso de fracaso, el plan B intraoperatorio era artrodesis de IF con efecto ascendente y desrotador.

ECOGRAFÍA: engrosamiento y heterogeneidad del tendón extensor común de los dedos sugerente de tenosinovitis con rotura de los tendones 4º y 5º dedo con GAP proximalmente 3 cm.

A pesar de la cronicidad de la lesión, se ofrece cirugía de reparación directa y tenodesis en lugar de la reparación con injerto o el rescate mediante artrodesis interfalángica para paliar los síntomas del dedo caído.

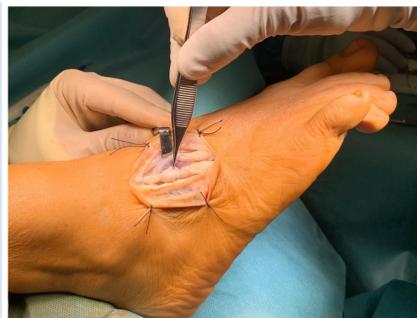
TECNICA QUIRURGICA PASO 1: Se localiza y respeta rama de NPS. A continuación se localiza solo un cabo proximal y los dos cabos distales del 4º y el 5º dedo.



PREOPERATORIO

DISCUSION: Los cortes o heridas en el dorso de pie deben ser exploradas minuciosamente, sin desprestigiar las secuelas que puede tener la disfunción digital de los dedos menores del pie. En caso de que pase desapercibida una rotura de los extensores del pie y se diagnostique en la consulta mas allá de los 3 meses, podemos decir que en nuestro caso la reparación tendinosa de retesando usando cabos sano proximal y distal y manteniendo parte del tejido cicatricial, obtuvo buenos resultados sin necesidad de plastias tendinosas.

PASO 2: Puesto que la mayor limitación funcional la tenemos en el 5º dedo, se realiza una reparación directa usando en parte cierto tejido cicatricial distal que no se desbrida, con el objetivo de evitar transposiciones tendinosas o injertos y se realiza cobertura con tejido fibroso para evitar adherencias.



PASO 3: A esta reparación se le realiza una tenodesis del cabo distal del extensor del 4 dedo. Se objetiva una tensión correcta.



PASO 4: Férula 15 días. Deambulación con bota walker 15 días posteriormente para evitar movilidad de tobillo acompañada de reclutamiento extensor. Durante dos meses se mantiene sindactilia con efecto de sosténD ascendente del dedo. La paciente refiere mejoría clínica, normo posición y extensión digital a los 6 meses.



POSTOPERATORIO