

**TRANSFERENCIA TENDINOSA DEL MÚSCULO BÍCEPS FEMORAL Y SEMITENDINOSO AL TENDÓN DEL CUÁDRICEPS FEMORAL POR PARÁLISIS TRAS LESIÓN DEL NERVO FEMORAL.**

Carla Alcover Guglieri; Jorge Mayans Sanesteban; Ernesto Fernández García.

Hospital Universitario de La Ribera



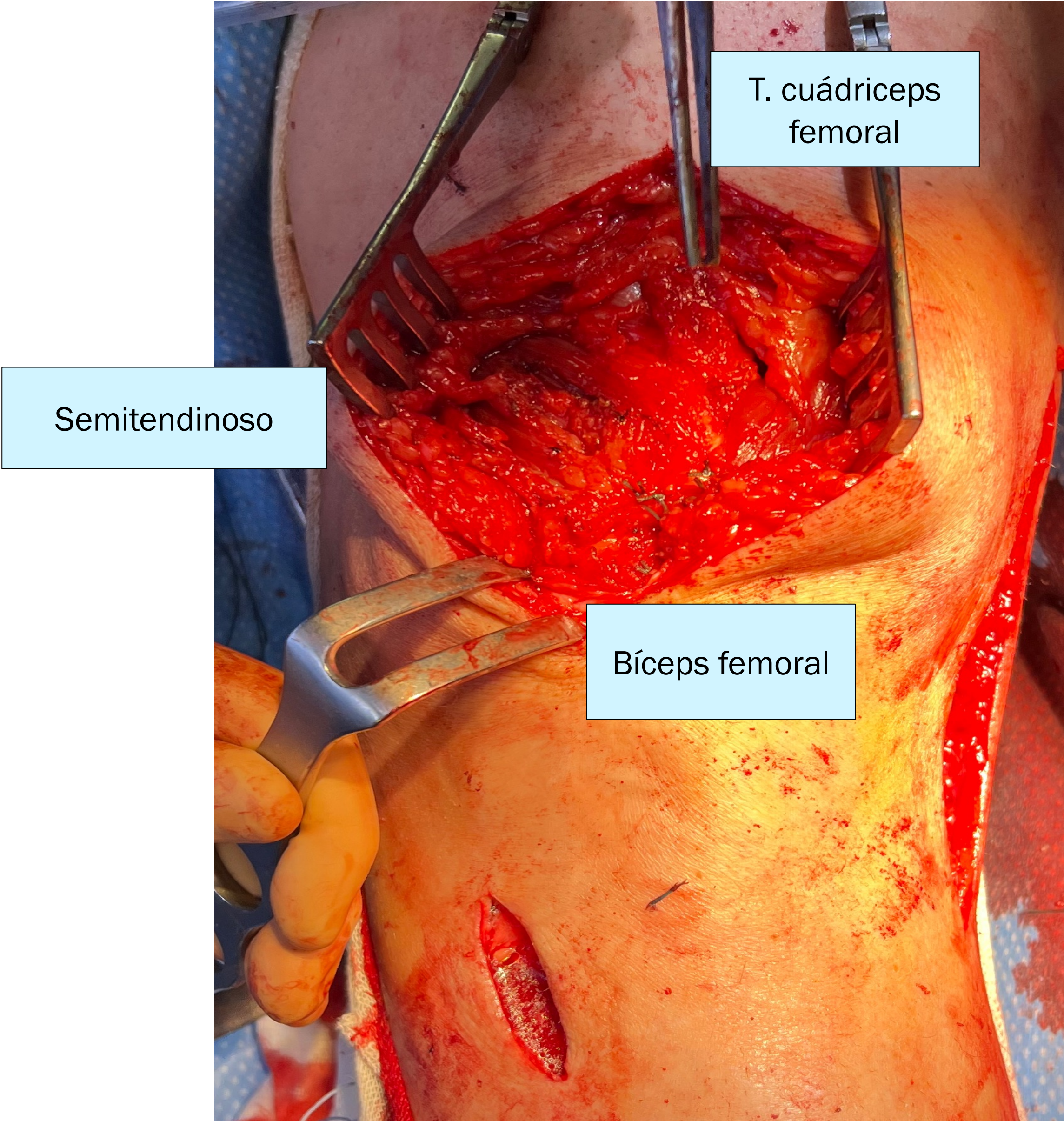
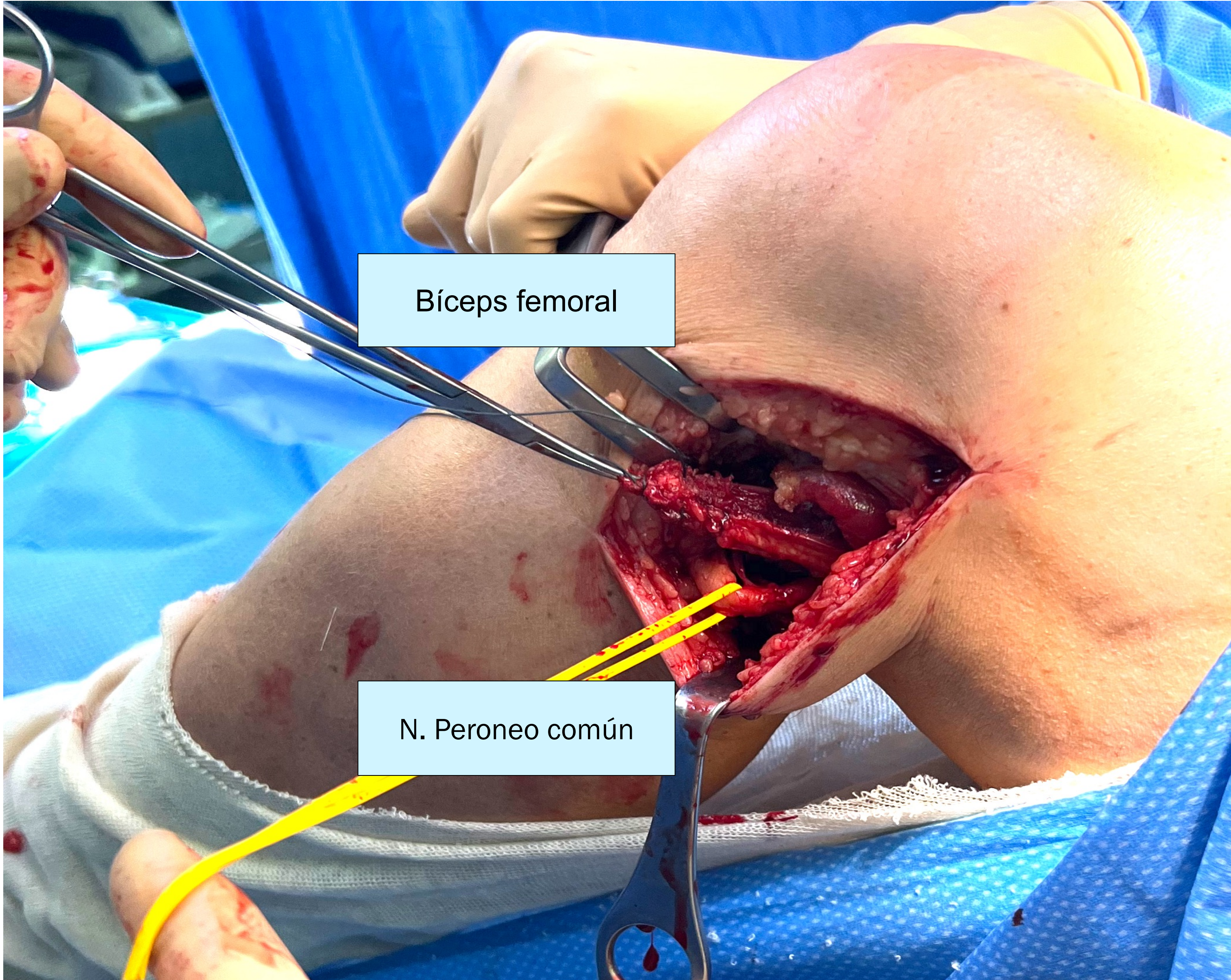
**INTRODUCCIÓN**

La lesión del nervio femoral genera una incapacidad en el paciente al dejar de funcionar la musculatura inervada por el mismo, principalmente el músculo cuádriceps femoral. La principal causa de lesión es la iatrogenia, relacionada con intervenciones quirúrgicas alrededor de la cadera y retroperitoneo. Existen diversas técnicas quirúrgicas destinadas a reparar la función del músculo cuádriceps femoral; Transferencias nerviosas con ramas del nervio obturador y transferencias tendinosas. Siendo los principales músculos transferidos: bíceps femoral, semitendinoso, tensor de la fascia lata y el sartorio.

**MATERIAL Y MÉTODOS**

Varón de 60 años que precisó ingreso en UCI por artritis séptica sacroilíaca izquierda con abscesos en partes blandas (músculo ilíaco, piramidal y psoas) y colección en fascia pararrenal. Se realizó limpieza en quirófano observando una desestructuración del nervio femoral, que requirió reparación en la misma intervención.

A los 10 meses tras no haber recuperado la función del nervio femoral, se realizó una cirugía de transferencias tendinosas. Incisión lateral desde cabeza peroné hasta 1/3 proximal del muslo, localizando el CPE y liberando la inserción distal del bíceps femoral. Incisión medial desde la inserción distal de la pata ganso hasta 1/3 proximal del muslo, liberando la inserción distal del semitendinoso. Incisión anterior centrada en el tendón cuádriceps femoral, disecando dos túneles subcutáneos para transferir el tendón y vientre muscular del bíceps femoral (lateral) y semitendinoso (medial) al tendón cuádricepital y rótula.



**RESULTADOS**

A los 4 meses y tras realizar rehabilitación para reeducación de la marcha, el paciente consiguió la extensión de la rodilla contra gravedad, la bipedestación y la deambulación autónoma.

**CONCLUSIONES**

La transferencia del bíceps femoral es la más efectiva. Es necesario la correcta función de los demás músculos flexores de la región posterior de la rodilla y tríceps sural, para realizar la flexión de la rodilla, necesitando así mismo una potencia adecuada de los músculos transferidos para suplir la función del cuádriceps femoral. Para evitar la luxación lateral de la rótula, es útil la transferencia del músculo semitendinoso.

**BIBLIOGRAFÍA**

➤S. Terry Canale (Ed.) (2004). Trastornos paralíticos. Campbell. Cirugía ortopédica (10ª ed., pp. 1305-1306). Elsevier

➤Fansa H, Meric C. Rekonstruktion der M. quadriceps femoris Funktion durch Muskeltransfer [Reconstruction of quadriceps femoris muscle function with muscle transfer]. Handchir Mikrochir Plast Chir. 2010 Aug;42(4):233-8. German. doi: 10.1055/s-0030-1248311. Epub 2010 Mar 16. PMID: 20235008.