

Transferencia del FHL, una buena opción ante grandes defectos de Aquiles: a propósito de un caso.

Armesto Guzón, Pablo; Menéndez Solana, Guillermo; García Portal, Gonzalo;
Azpeitia Coscarón, Julen; Vázquez Sanchez, Martín.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.



INTRODUCCIÓN

La **reconstrucción** de **grandes defectos** del **tendón de Aquiles** supone un gran desafío y **no** existe consenso en la literatura respecto a su manejo. Son numerosas las opciones publicadas, desde injertos hasta trasferencias tendinosas. Se describe una **reconstrucción** mediante **plastia de Christensen** y **trasferencia del Flexor Hallucis Longus (FHL)** en defecto de 9cm tras infección aguda de sutura abierta, con **buenos resultados**, pudiendo ser esta técnica una buena solución ante estos defectos.

MATERIAL Y MÉTODOS



- Varón de **30 años**, fumador.
- Dehiscencia de herida quirúrgica tras 3 semanas de reparación abierta de Aquiles.
- Presenta secreción serohemática y exposición de cabos tendinosos.

INFECCIÓN = reconstrucción en **2 tiempos**.

1º TIEMPO Desbridamiento, toma de muestras y colocación de **espaciador** de Stimulan con vancomicina.



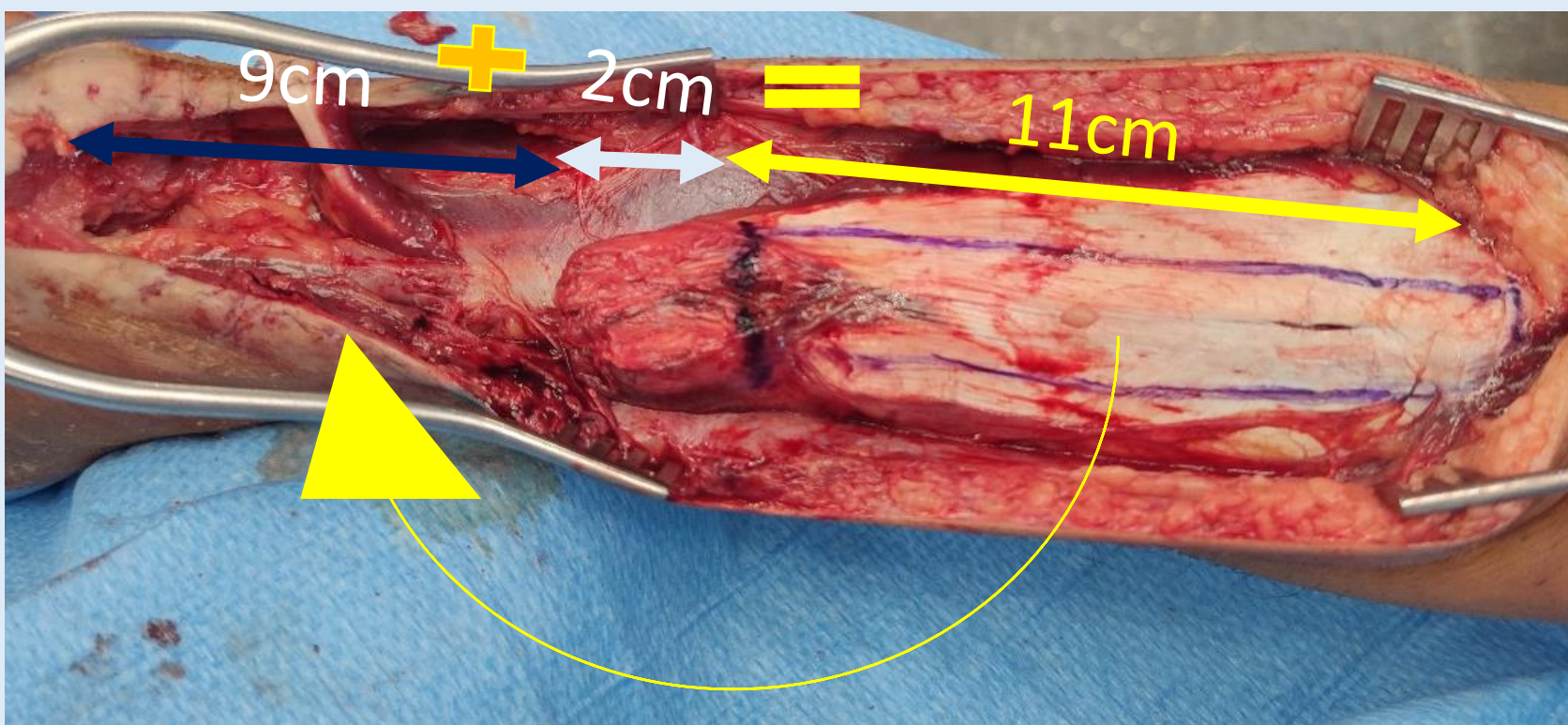
Aspecto inicial



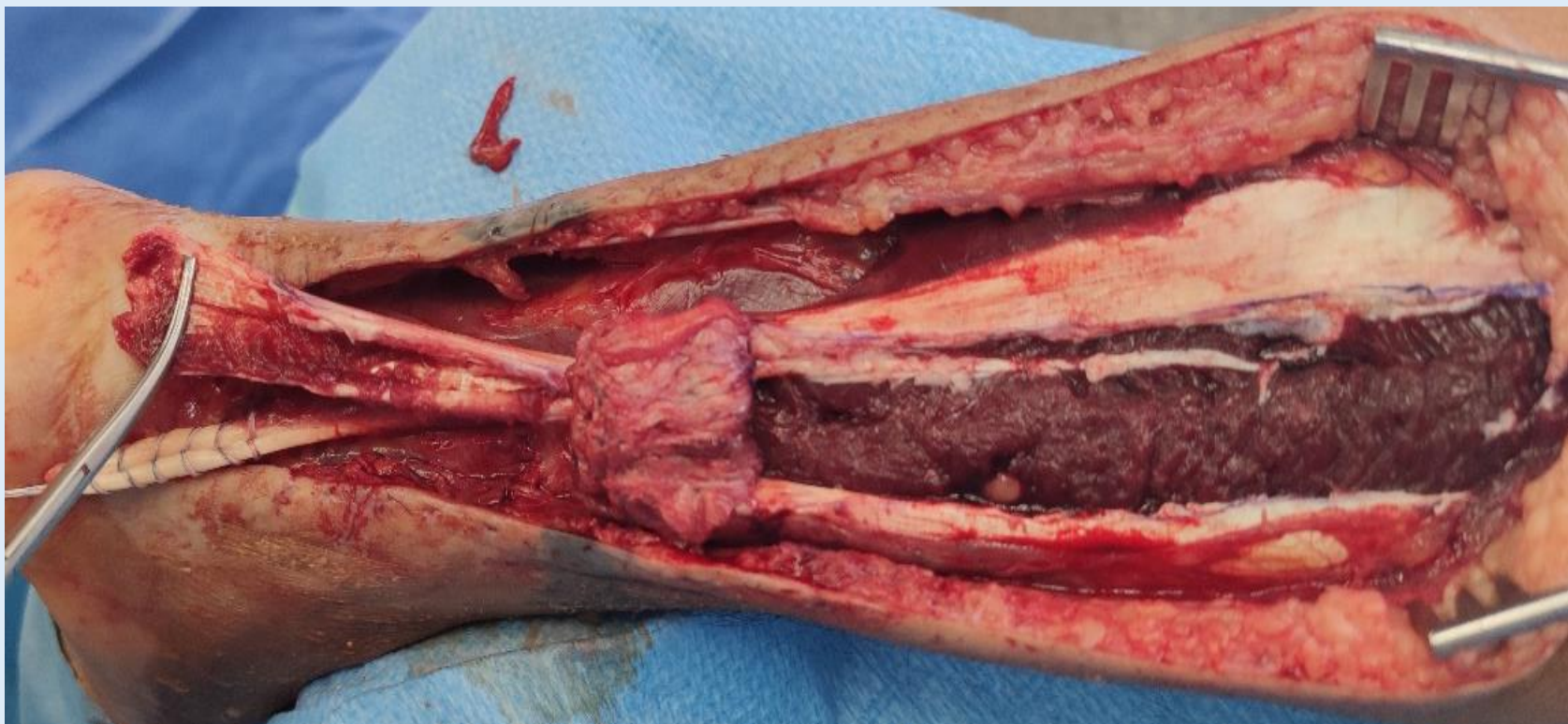
Espaciador

Muestras intraoperatorias: **SAMR y E. Cloacae**.
AB dirigido: Septrim forte + ciprofloxacino.
Tras **6 semanas**, normalización RFA y buena evolución de herida quirúrgica.

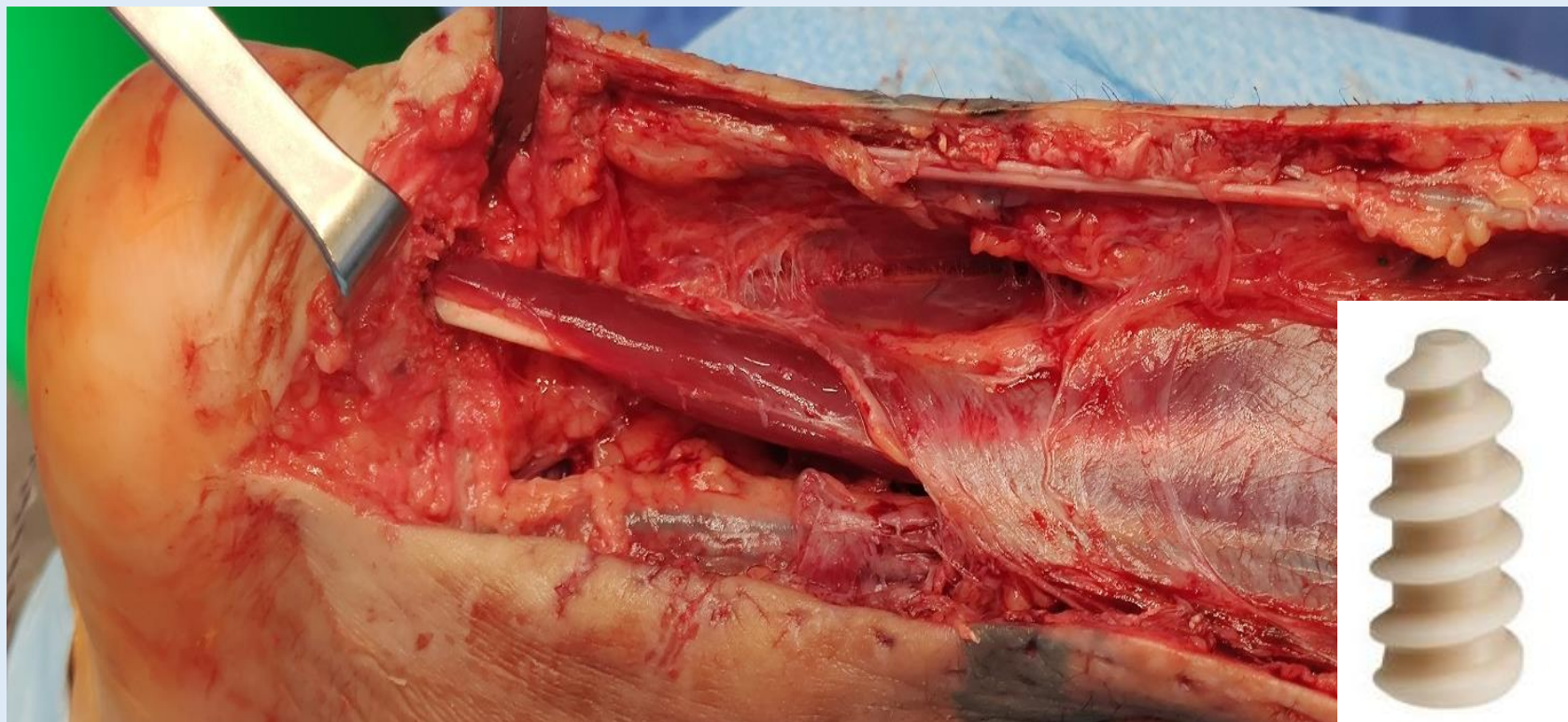
2º TIEMPO GAP de **9cm**: reconstrucción abierta mediante **Transferencia tendón FHL + plastia Christensen** (Turn-down) dados los antecedentes de **infección**.



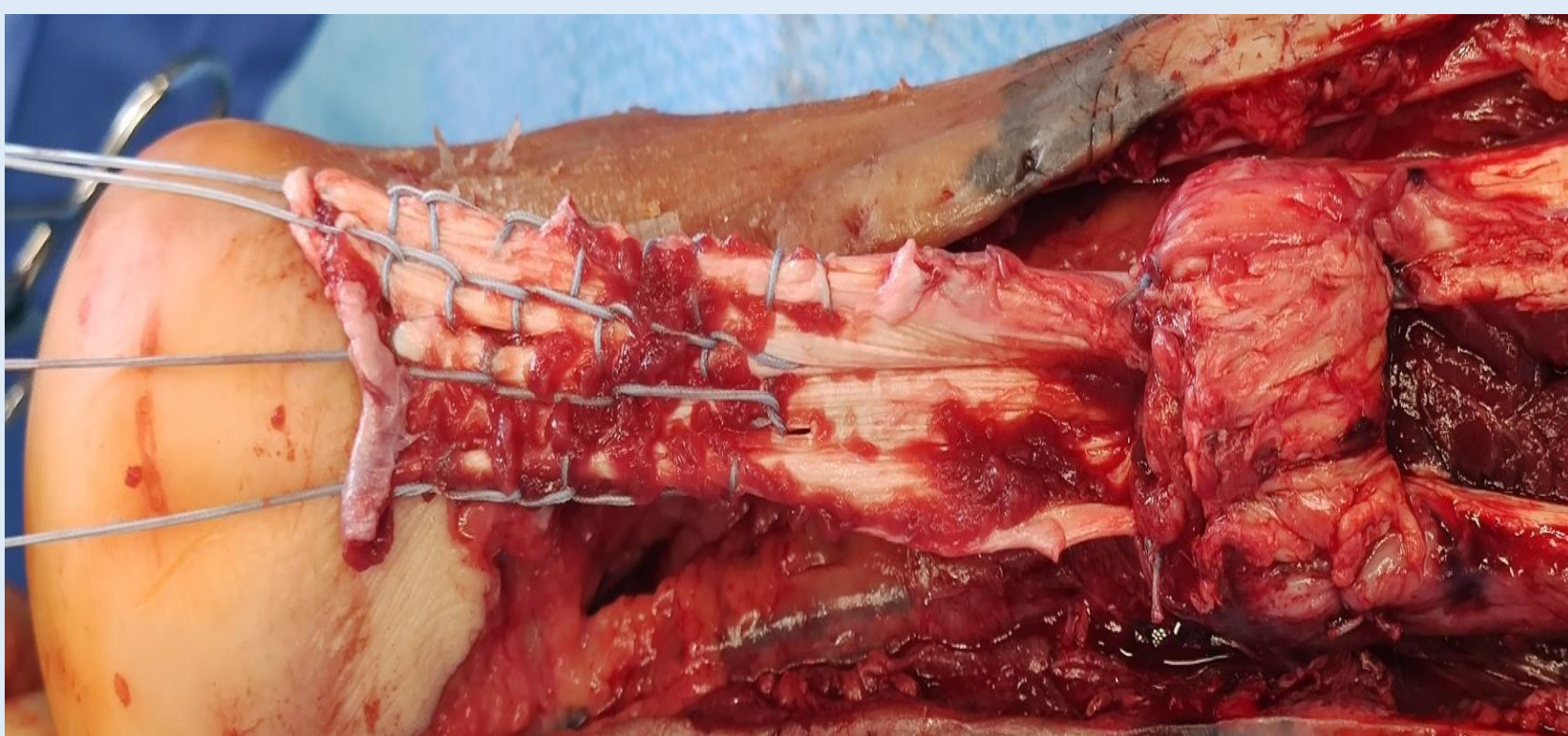
1. Planificación de Plastia Christensen
Se debe tener en cuenta el pedículo (2cm)



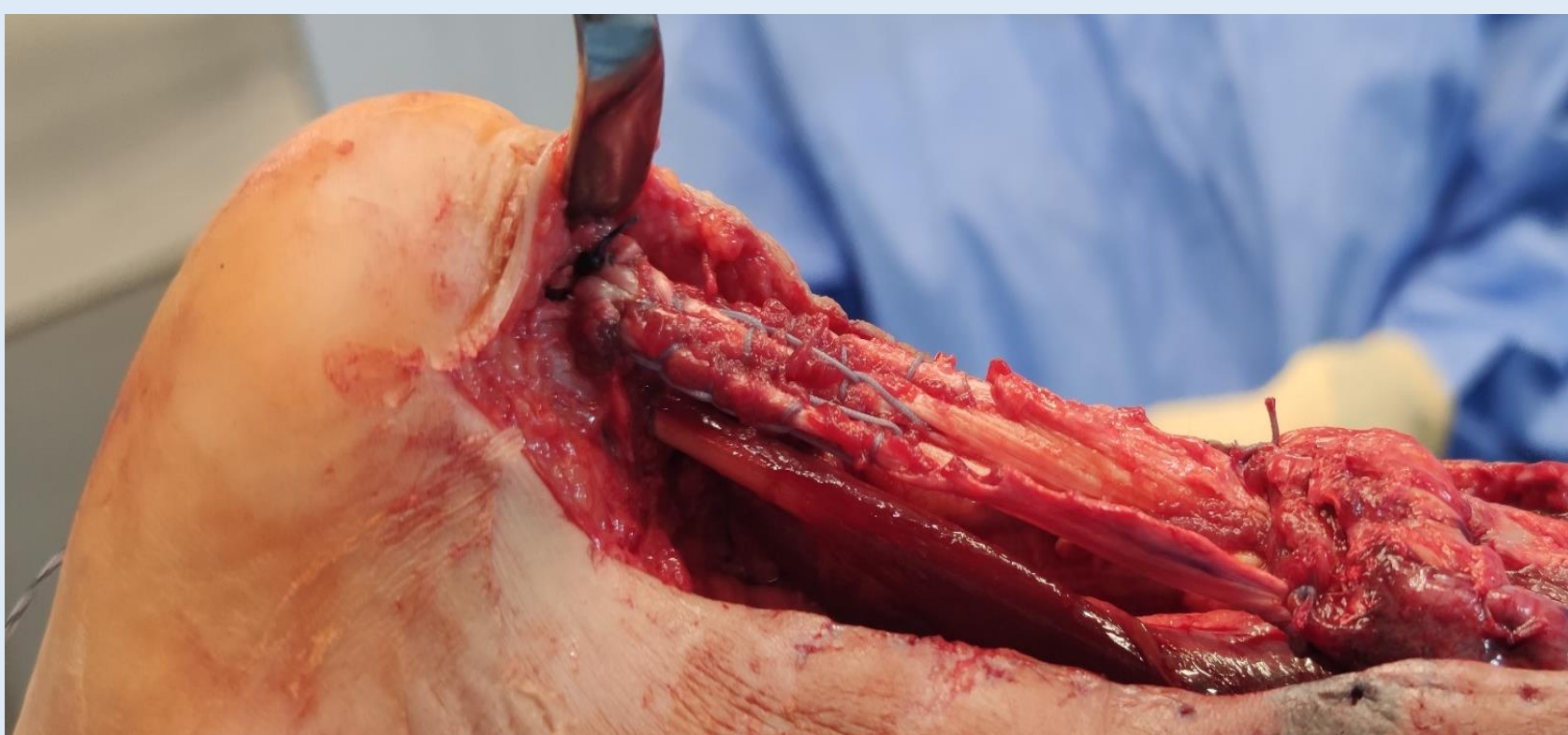
2. Plastia Christensen y preparación de FHL mediante Krakov



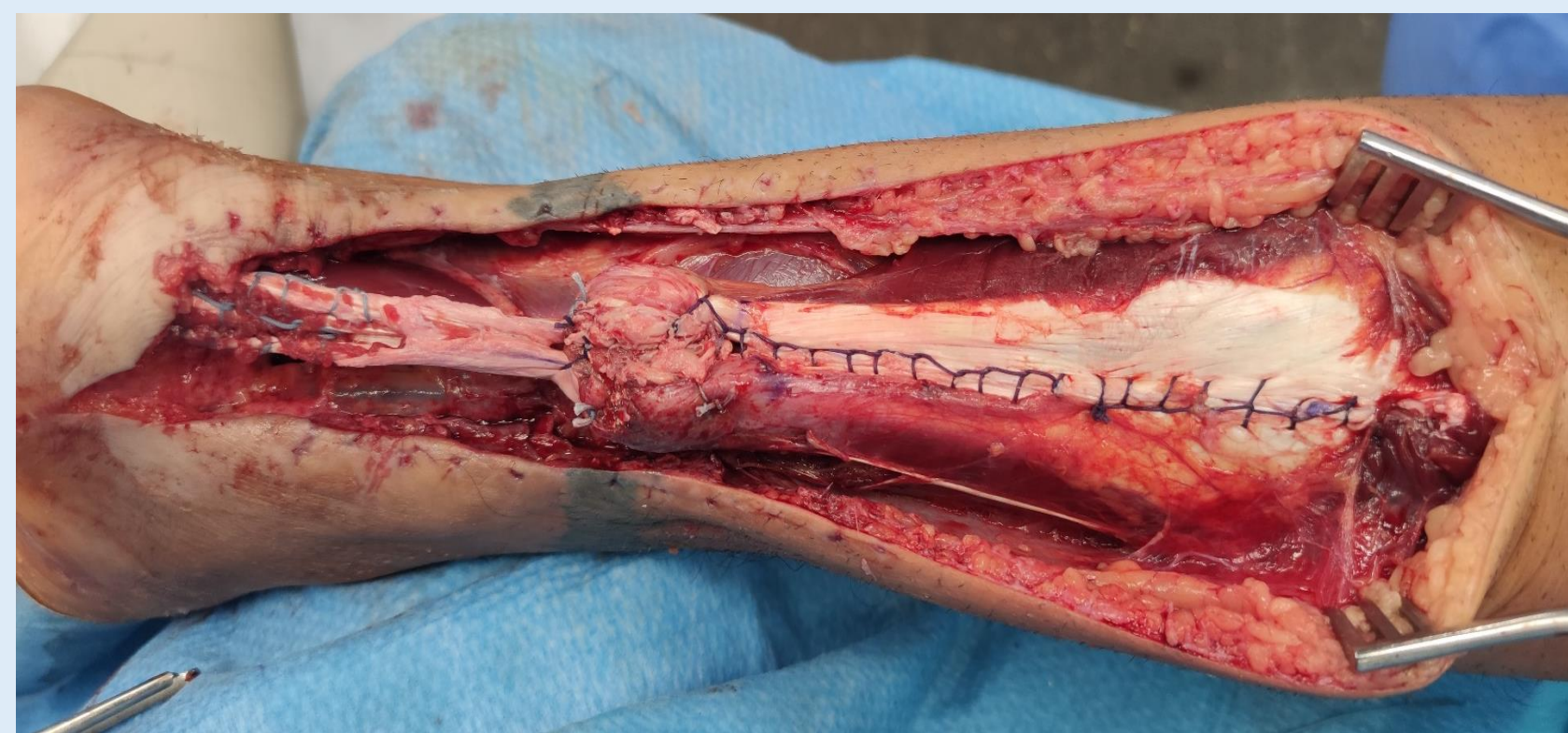
3. Anclaje de FHL a calcáneo mediante tunelización y tornillo interferencial



4. Vista detalle de sutura Krakov en plastia Christensen



5. Anclaje de Christensen a calcáneo mediante arpón



6. Cierre de fascia y resultado final
Buena tensión de todo el montaje

RESULTADOS

Tras un año de seguimiento, el paciente **no** refiere **dolor**; **BA** de tobillo **completo**, **fuerza 4+/5** respecto a contralateral. **Camina** sin cojera, **sube y baja escaleras** sin problemas, monta en **bicicleta**, **corre** y puede realizar marcha de **puntillas bipodales**.

CONCLUSIONES

El tratamiento de reroturas y **defectos** de tendón de Aquiles supone un **desafío**;
➤ En defectos inferiores a los **2cm**, la **sutura directa** puede ser la solución;
➤ En defectos de entre **2 y 6 cm** un alargamiento **V-Y** es una buena opción;
➤ En defectos superiores a **6cm** **no** existe **consenso**; se han descrito numerosas plastias, pero en los últimos años la **transferencia del FHL** se presenta como una opción atractiva, habiéndose publicado **buenos resultados**.

