

RESUMEN COMUNICACIÓN / PÓSTER

TÍTULO

DEFORMIDAD EN CADENA DEL FLEXOR LARGO DEL HALLUX

INTRODUCCIÓN

La deformidad en cadena del Flexor Largo del Hallux (FLH) es una deformidad en flexión dinámica del Hallux que aparece secundariamente a fracturas de la extremidad inferior (1-8). Cuando el tobillo se lleva a flexión dorsal, el FLH ejerce flexión pasiva de la articulación interfalángica del 1º dedo, siendo reductible cuando el tobillo es llevado a flexión plantar. Esto es debido a que este tendón se encuentra “anclado” en algún punto de su recorrido. (8)

Se ha sugerido que este atrapamiento puede haber sido por la cicatriz circundante o en el propio foco de fractura (1), o secundario a síndromes compartimentales subclínicos (2).

OBJETIVOS

Dar a conocer qué es la deformidad en cadena, reconocerla clínicamente y valorar que resultados son mejores según la experiencia publicada.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 32 años, 11 meses antes sufre fractura tobillo bimaléolar Weber B por la que es intervenido quirúrgicamente. Acude a nuestra consulta para retirada de material. El paciente nos cuenta que su problema es la incapacidad de extender el Hallux, que apareció a las 8 semanas tras la fractura. A la exploración física presenta deformidad en cadena del FLH (acompañada por los dedos menores), sin otros hallazgos de interés.

Radiológicamente, fractura consolidada sin deformidades secundarias. La Ecografía informa de fibrosis cicatricial en región del foco, englobando tendones del compartimento profundo.

Realizamos extracción del material, ampliando incisión hasta localizar adherencias y liberarlas parcialmente dada la dificultad por las estructuras adyacentes. Varias semanas después y a pesar del tratamiento rehabilitador, recidiva la deformidad.

Tras revisar la literatura, realizamos una Z-plastia del FLH en el mediopié y liberación de conexiones tendinosas entre FLH y FCD, inmovilización con férula en dorsiflexión neutra de tobillo tres semanas y tratamiento rehabilitador.

RESULTADOS

Al 4º mes postoperatorio, el paciente presenta arco de movilidad activo completo en tobillo y en interfalángica del Hallux, habiendo desaparecido por completo la deformidad del 1º dedo y en gran medida de dedos menores

RESUMEN COMUNICACIÓN / PÓSTER

CONCLUSIONES

La deformidad en cadena del FLH ocurre consecuencia del atrapamiento de este tendón en fibrosis cicatriciales de extremidad inferior (1, 3-6). El primer caso publicado es de 1974 (5), siendo la mayor serie publicada hasta el momento la de H.S.Lee, con 11 casos(8).

La literatura describe dos modalidades de tratamiento; una consiste en liberación de las adherencias y alargamiento del FLH in situ. Otra realiza una zplastia del tendón en mediopie, obteniendo así mejores resultados tanto a nivel de inicial como en número de recidivas posteriores.(7,8)

El diagnóstico de esta entidad es únicamente clínico, debemos saber de su existencia y desencadenantes para evitar someter al paciente a múltiples cirugías como en nuestro caso.

Ante una deformidad de este tipo, es recomendable ignorar las adherencias proximales y realizar un alargamiento del FLH a nivel del mediopie (8, 7). A este nivel la cirugía es más sencilla al no existir tejido cicatricial, nos mantenemos alejados de las estructuras vasculonerviosas del túnel tibial y podemos solucionar también la deformidad de los dedos menores. (8)

BIBLIOGRAFÍA

1. Carr JB. Complications of calcaneus fractures entrapment of the flexor hallucis longus: report of two cases. J Orthop Trauma 1990;4:166-8.
2. Feeney MS, Williams RL, Stephens MM. Selective lengthening of the proximal flexor tendon in the management of acquired claw toes. J Bone Joint Surg [Br] 2001;83-B:335-8.
3. Leitschuh PH, Zimmerman JP, Uhorchak JM, Arciero RA, Bowser L. Hallux flexion deformity secondary to entrapment of the flexor hallucis longus tendon after fibular fracture. Foot Ankle Int 1995;16:232-5.
4. Carranza-Bencano A, Gómez-Arroyo JA, Fernández-Torres JJ. Hallux flexus deformity due to entrapment of the flexor hallucis longus tendon after an open fracture of the tibia and fibula. Foot Ankle Surg 2000;6:133-5.
5. Clawson DK. Claw toes following tibial fracture. Clin Orthop 1974;103:47-8.
6. Rosenberg GA, Sferra JJ. Checkrein deformity: an unusual complication associated with a closed Salter-Harris Type II ankle fracture: a case report. Foot Ankle Int 1999;20:591-4.
7. Sanhudo JA, Lompa PA. Checkrein deformity: flexor hallucis tethering: two case reports. Foot Ankle Int 2002;23:799-800
8. H. S. Lee, J. S. Kim, S.-S. Park, D.-H. Lee, J. M. Park, K. L. Wapner. Treatment of checkrein deformity of the Hallux. JBJS Br Ag2008, Vol90-D Nº8, 1055-58