

**RUPTURA DEL TENDON DEL LARGO EXTENSOR
DEL PULGAR**

Secuela de fractura de la extremidad inferior del radio

Hebert CAGNOLI

Jefe de Clínica. — Cirujano del Instituto Traumatológico

Presentado en Mayo 7 de 1941

La frecuencia de las lesiones traumáticas del puño y sus diversas modalidades han obligado al clínico a preocuparse del problema terapéutico para poder disminuir las secuelas invalidantes que pesan sobre el complejo puño - mano de movimientos tan sutiles y múltiples.

Hace muy poco, al estudiar una secuela de fractura de la extremidad inferior del radio (la luxación anterior del cúbito), insistíamos que hay que ser escrupuloso en lo anatómico de la reducción. La fractura de la extremidad inferior del radio es una lesión perfectamente caracterizada, que contrariamente al concepto clásico debemos decir que *siempre es articular*, y a la que se pueden agregar la fractura de la extremidad inferior del cúbito, lesiones de la articulación radiocubital inferior, del ligamento triangular y de las partes blandas (tendones, vasos y nervios).

Pero si bien una reducción anatómica y un tratamiento consecutivo, perfectamente seguido, nos colocarán a cubierto de múltiples secuelas, pueden aparecer complicaciones que no sabemos ni presumir ni evitar. Es lo que sucede con la ruptura subcutánea del tendón del largo extensor del pulgar. Lesión rara que puede complicar, mas o menos tardíamente y en forma imprevisible, una fractura de la extremidad inferior del radio.

Habiendo tenido oportunidad de observar un caso en nuestra práctica y no encontrando bibliografía rioplatense al respecto, creemos de interés hacer el estudio de esta lesión que se presta a singulares consideraciones. He aquí nuestra observación:

L. V., de 37 años nos consulta por impotencia funcional de su pulgar derecho, en Diciembre de 1939.

En Julio de 1937 fractura bilateral de puño tratada con manguitos de yeso previa reducción.

Llevó su enyesado durante treinta días. Al cabo de ese tiempo, como

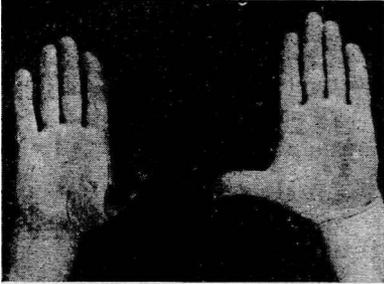


FIG. 1.

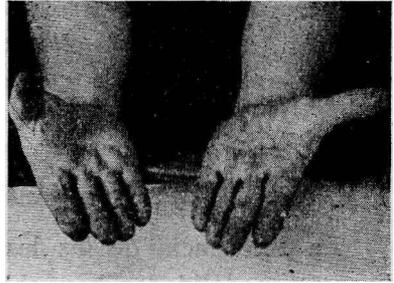


FIG. 2.



FIG. 3.

se le propone reponerle su aparato de yeso consulta "masajista-curandero", que lo trata con masotérapia durante tres meses. Los dolores del puño continúan por lo que consulta al Dr. Bado que le indica termoterapia y movilización. Mejora y reinicia sus tareas.

En Setiembre 1939, a los 6 meses de su fractura, al hacer un violento esfuerzo con su destornillador siente vivo dolor en el puño, cara dorsal, con propagación a la cara posterior del antebrazo en banda oblicua; sensación de latigazo acompañada de fuerte chasquido que es oído por sus compañeros que trabajan a un metro de distancia y seguido de "caída del pulgar", según

expresión del enfermo. Después de su accidente le resta dolor bastante marcado e impotencia funcional relativa.

A los tres meses viene a la consulta, quejándose de no poder colocar el pulgar en hiperextensión, posición que es muy necesaria para su oficio de electro-técnico.

Haciéndolo hacer movimientos de abducción e hiperextensión del pulgar, estando la palma de la mano hacia arriba, se nota que todo el pulgar está en un plano más anterior. El primer metacarpiano en abducción, la primera falange en discreta flexión sobre el metacarpiano, la segunda en extensión sobre la primera pero no en hiperextensión (ver las fotografías que dan una idea clara del déficit). La extensión de la segunda falange del pulgar es incompleta y pasivamente se vence sin esfuerzo.

Al nivel de la tabaquera anatómica no se palpa la saliente del largo extensor del pulgar. La radiografía no muestra particularidades en la extremidad inferior del radio. (Ver fig. 2).

Hacemos diagnóstico de rotura tardía del largo extensor del pulgar y relacionamos como causa etiológica la fractura que sufrió hace 26 meses, y como causa determinante el esfuerzo que hizo al pretender destornillar una pieza.

Proponemos al enfermo la intervención reparadora que no acepta.

Veamos pues, las características que le prestan personalidad a esta interesante lesión.

Etiopatogenia. — Recordamos la existencia de roturas espontáneas del tendón del largo extensor del pulgar, verdadera enfermedad profesional descrita en la mayor parte de los casos en los tambores de la armada alemana. Los movimientos repetidos fragilizan el tendón alterándolo crónicamente y facilitando su rotura. Pero son las roturas que complican una fractura de la extremidad inferior del radio, las que nos interesan.

Según Kwedar y Mitchell, de las distintas estadísticas se desprende que aparece un caso cada 270 lesiones de Pouteau-Colles. Lapeyre en su interesante monografía subraya que de 51 observaciones de ruptura post-traumática se cuentan 39 fracturas de la extremidad inferior del radio y 12 traumatismos variados o indeterminados.

El intervalo libre entre la fractura y la rotura tendinosa es variable y mas o menos largo según los casos. En los casos de Duplay y Strom la rotura fué inmediata al trauma; generalmente existe un intervalo libre que en término medio es de unas seis semanas, pero que puede oscilar desde una semana, como en el

caso de Lapeyre, a seis o siete años, como en los de Axhausen, y mismo llegar a los diez años (caso de Coenen). La lesión aparece en nuestro enfermo a los dos años de su fractura.

Es una lesión que predomina ligeramente en las mujeres



RADIOGRAFÍA 1.



RADIOGRAFÍA 2.

(60 % de los casos), para lo que se ha invocado una más frágil vascularización y un menor desarrollo osteomuscular para la protección del tendón (Lipshutz).

La lesión ósea si bien es variable a menudo ha sido insignificante y con un desplazamiento mínimo o inexistente.

Como decíamos más arriba, no podemos presumir por el resultado anatómico-radiográfico de la fractura, la aparición de esta lesión, pues como dice Lapeyre es una complicación que "sigue a fracturas mínimas, a menudo desconocidas y que por esto no

han llevado al reposo necesario para la consolidación de los tendones traumatizados”.

Una maniobra habitual de flexión o extensión del pulgar, es el movimiento provocador del desgarró.

Varios han sido los mecanismos invocados y probablemente todos tengan algo de verdad, pues no se puede aceptar una causa única.

Si recordamos que el tendón pasa por debajo del ligamento anular, directamente sobre el hueso en una gotera oblicua que le es propia, nos plegaríamos con facilidad al mecanismo invocado por Kleinschmidt de la usura del tendón por una saliencia ósea, secuela de fractura de radio. Pero, repetimos que generalmente la fractura carece de la personalidad suficiente como para justificar la aparición de esta complicación; es el mismo traumatismo que produce la fractura el que actúa simultáneamente sobre el tendón y desgarró los “vincula tendinum” que contienen los vasos nutricios. Mal nutrido, el tendón degenera, se necrosa lentamente hasta que un movimiento mas o menos inocente produce su rotura .

Anatomía Patológica. — Habitualmente la rotura se produce entre la parte tendinosa y el cuerpo carnoso del músculo, zona que corresponde a la gotera ósea que le es propia al tendón.

La retracción muscular aleja ambos cabos, lo que significa dificultades si pretendemos ir a la sutura cabo a cabo del tendón.

Los cabos tendinosos pueden unirse por un tracto fibroso o reunirse cicatricialmente a los tejidos vecinos.

En la gotera ósea correspondiente al tendón se puede encontrar el ariete secuela de fractura, culpable de la rotura (Kleinschmidt), pero lo habitual es la no existencia de irregularidad ósea (Hauck). El examen histológico muestra en la extremidad la necrosis aséptica del tendón e infiltración leucocitaria con producción de tejido fibroso.

Síntomas. — La historia de nuestro enfermo resume perfectamente la sintomatología tan clara de esta lesión: en ocasión de un movimiento trivial de flexión o hiperextensión del pulgar, chasquido seco a nivel de la tabaquera anatómica acompañado de relativo dolor y seguido de imposibilidad de extender la falange

distal del pulgar. Al examen se comprueba tumefacción del borde radial del puño; la falange distal del pulgar se presenta semiflexionada siendo imposible su extensión activa, no la extensión pasiva que se realiza fácilmente.

No hay trastornos de la sensibilidad del pulgar.

Flexionando el pulgar se llega excepcionalmente a palpar la saliencia dolorosa de uno de los cabos del tendón (Duplay). Y a esta clara sintomatología se agrega la noción del antecedente traumático del puño, con o sin fractura del radio.

Tratamiento. — El tratamiento debe ser siempre quirúrgico, excepto en aquellos casos de rotura incompleta donde puede ser conservador, pero poniendo en aviso al paciente de la posibilidad de la rotura secundaria completa.

Las intervenciones realizadas con el objeto de obtener la recuperación funcional, se pueden agrupar en tres tipos:

1º) El tratamiento ideal es la sutura directa extremo a extremo del tendón desgarrado. Si bien esto se puede realizar cuando la intervención es hecha precozmente, a menudo los cabos están retraídos y el extremo proximal se encuentra bajo el ligamento dorsal del carpo o a varios centímetros del otro cabo (diez como en el caso de Scudder) lo que hace imposible la sutura directa.

Lülsdorf ha ido al desdoblamiento en zeta del tendón.

La mano y el pulgar serán inmovilizados en hiperextensión forzada durante la cicatrización (alrededor de dos semanas).

2º) Para llenar el espacio entre los dos cabos tendinosos los autores han utilizado distintas plastias: lo más a menudo se han utilizado fragmentos de "fascia lata"; Harry Platt usó un tendón extensor del pie, Boyes el gran palmar, Tavernier utilizó un tendón de una ternera recién muerta.

3º) Finalmente otros cirujanos anastomosan la extremidad distal a un tendón vecino: extensor propio del índice, tendón del primer radial o más a menudo al corto extensor del pulgar.

Como anestesia preferimos la local, que no sólo es más benigna sino que permite solicitar al enfermo movimientos del pulgar, lo que facilita la elección del sitio de la anastomosis.