

Instituto Traumatológico. — Director: Dr. José L. Bado.

REPARACION DE LA SECCION DEL TENDON DEL LARGO  
FLEXOR DEL PULGAR POR TRASPLANTE LIBRE  
DE TENDON (\*)

Dr. Pedro V. Pedemonte

Cirujano Asistente encargado de la cirugía plástica

Al presentar este paciente creo poner a la consideración de los señores consocios un hecho quirúrgico de verdadera novedad para nuestro medio científico ya que, según mis conocimientos, la técnica empleada en este caso, no ha sido realizada antes, en nuestro país. Se trata de la reparación de la sección del largo flexor del pulgar por trasplante libre de tendón, tomado del pequeño palmar.

En nuestro caso, como en la inmensa mayoría, la sección de este tendón estaba situada a nivel de la falange proximal. La impotencia que esta sección origina y los trastornos funcionales consecutivos es por todos conocidos.

La reparación de esta lesión puede hacerse por sutura cabo a cabo o por extirpación total del tendón y substitución por un trasplante libre de tendón.

La primera manera de actuar es más sencilla pero el fracaso es casi la regla. Toda sutura a nivel de la vaina tendinosa, origina casi fatalmente adherencia y la movilidad de la falange distal no se consigue. A veces aún, el cabo proximal muy retraído hace que esta intervención no sea fácil sino difícil.

La substitución del tendón seccionado, por un largo fragmento libre de tendón sin colocar ninguna sutura en el largo recorrido

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 27 de agosto de 1947.

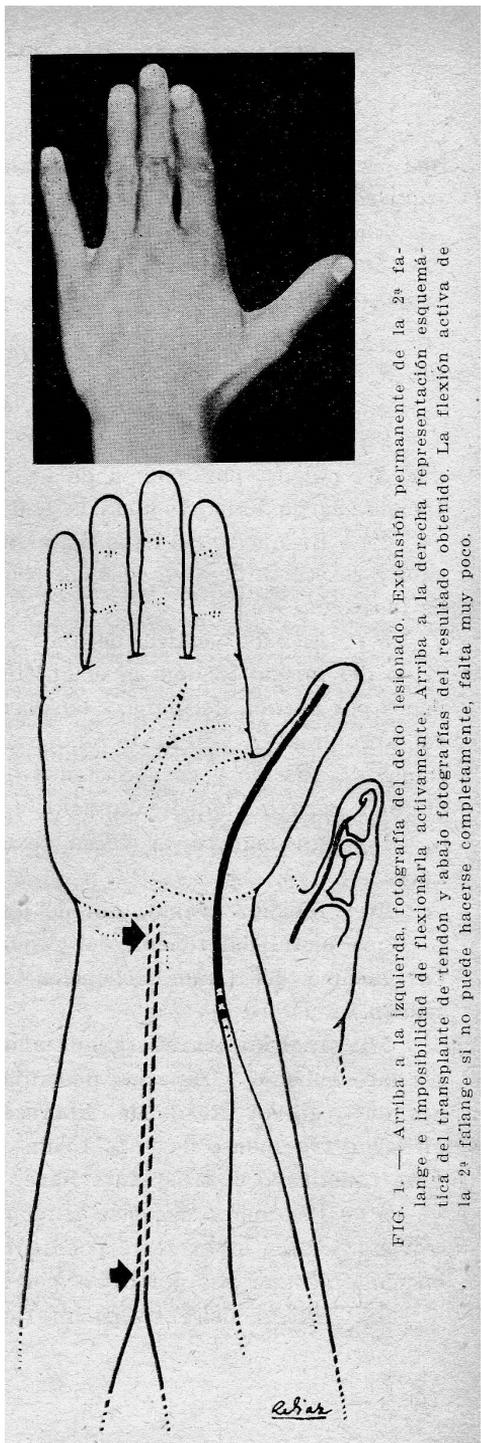
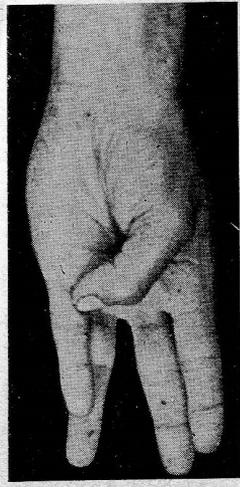
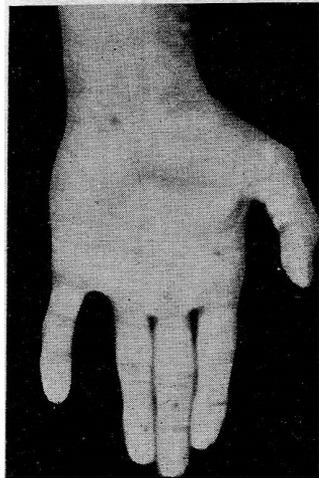


FIG. 1. — Arriba a la izquierda, fotografía del dedo lesionado. Extensión permanente de la 2ª falange e imposibilidad de flexionarla activamente. Arriba a la derecha representación esquemática del trasplante de tendón y abajo fotografías del resultado obtenido. La flexión activa de la 2ª falange si no puede hacerse completamente, falta muy poco.

de la vaina, tal cual lo ha preconizado, S. Bunnell tiene en estos casos justa indicación. Es lo que hemos hecho en este paciente, que presentaba la sección del largo flexor del pulgar de la mano izquierda, datando de un mes atrás.

Las maniobras quirúrgicas de la técnica empleada fueron las siguientes:

1º) Anestesia general al éter (hoy estamos empleando la segmentaria intravenosa con excelente resultado) y lazo hemostático.

2º) Desinfección con bencina, éter, yodo y alcohol.

3º) Incisión longitudinal lateral, mediana superior lado radial del pulgar, por encima de los vasos y del nervio colateral. Incisión larga tomando toda la longitud del dedo.

4º) Búsqueda del cabo distal del tendón seccionado, liberación y resección dejando sólo un pequeño fragmento en su punto de inserción.

5º) Incisión vertical de unos 5 cms. de largo, sobre el recorrido del mismo tendón en el antebrazo a unos tres traveses de dedos por encima del puño y búsqueda, liberación y resección del cabo proximal. A veces este tendón en su extremo libre está fuertemente adherido y es necesario emplear para exteriorizarlo las ruginas para tendón de Bunnell.

De esta manera la vaina tendinosa quedó completamente vacía.

6º) Incisión transversal de unos 5 cms. de largo sobre el extremo distal del tendón del pequeño palmar, inmediatamente por encima del puño. Búsqueda, liberación y sección de este tendón.

7º) Incisión transversal de unos 5 cms. de largo en la unión del tercio medio y superior del antebrazo sobre el recorrido del pequeño palmar. Búsqueda, liberación, sección y extracción de un largo fragmento de unos 15 cms. del tendón de este músculo. Este constituyó el trasplante libre.

8º) Por medio del pasa tendón de S. Bunnell se colocó este trasplante en el lugar correspondiente del largo flexor del pulgar, haciendo asomar sus dos cabos por las heridas.

9º) Sutura del extremo inferior del trasplante al cabo dis-

tal falangiano del tendón del largo flexor por medio de un punto removible de S. Bunnell con hilo de acero inoxidable N° 36.

Es fundamental realizar este tiempo antes que el siguiente; si así no se hiciera resultaría muy difícil suturar el extremo distal del trasplante al cabo falangiano del tendón ya que habría que hacerlo con el dedo en flexión.

10°) Sutura del extremo superior del trasplante al tendón del largo flexor del pulgar. Previamente el trasplante se corta a la medida necesaria para que la sutura quede a una tensión media, cosa muy importante.

11°) Cierre de las heridas. Antes de efectuar la del dedo debe suturarse el nervio colateral, generalmente seccionado conjuntamente con el tendón. En nuestro caso no fué necesario.

12) Vendaje aislador de cada herida e inmovilización con férula de yeso con el codo en ángulo recto, la mano en marcada flexión y el pulgar en flexión solamente media.

La primera cura se hizo a los 7 días comenzándose sesiones de movilización pasiva muy suave; a los 15 días movilización pasiva activa y a los 21 movilización activa intensa. Operado el 16 de agosto del año 1946 fué dado de alta el 15 de noviembre del mismo año, es decir 3 meses después reintegrándose a su trabajo, sin incapacidad. La flexo-extensión activa de la falange distal se hace totalmente y la potencia del tendón es tan grande como la del lado sano, cosa que puede apreciarse oponiéndose pasivamente a su movimiento. Operado hace casi un año el buen resultado no sólo se mantiene sino que aún ha mejorado.