

Técnica quirúrgica de tendinopatía insercional del tendón de Aquiles: transferencia Flexor Hallucis Longus (FHL) reforzado con cinta de doble hilera

Hueso Pinar, Irene. Vilá y Rico, Jesús. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Barquín Portillo, María. Hospital General Universitario de Toledo.

OBJETIVO

Presentar un caso sobre tendinopatía insercional aquilea con tratamiento mediante una técnica quirúrgica con transferencias del FHL reforzado con cinta de doble hilera.

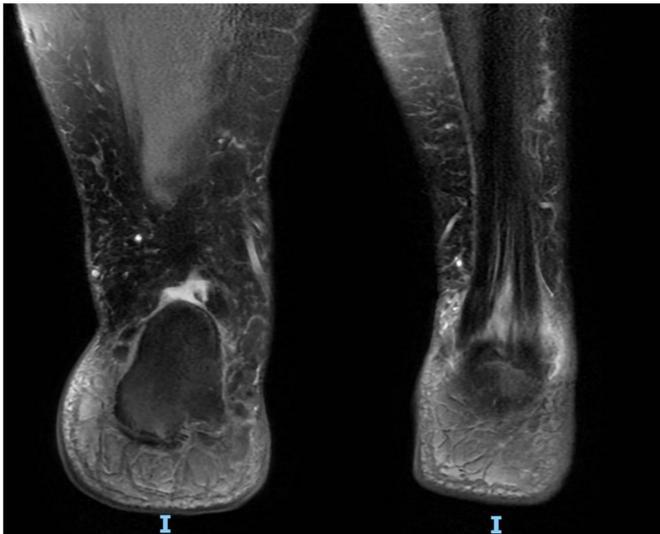


Figura 1. RMN corte coronal PD FS de tobillo izquierdo en la que se observa tendinopatía crónica distal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 48 años con antecedentes de siringomielia y malformación de Chiari, que refiere talalgia izquierda de 2 años de evolución, sin antecedente traumático. Se realiza ecografía donde se evidencia engrosamiento del Tendón de Aquiles con disminución focal de su inserción con pequeñas calcificaciones. En la Resonancia Magnética se evidencia afectación bilateral de predominio izquierdo con engrosamiento en inserción calcánea del tendón de Aquiles, compatible con entesitis calcificante e inflamación, sin descartarse asociación con depósito de cristales. Se plantea inicialmente tratamiento conservador con adaptación del calzado, rehabilitación e infiltraciones en Reumatología, con empeoramiento a los 6 meses. Se deriva a la Unidad de Pie para tratamiento quirúrgico.



Figura 2. Imagen artroscópica de localización del tendón del FHL y seguimiento hasta su inserción distal. (Abajo) preparación de la transferencia previa a incisión quirúrgica, recuperada por el portal..

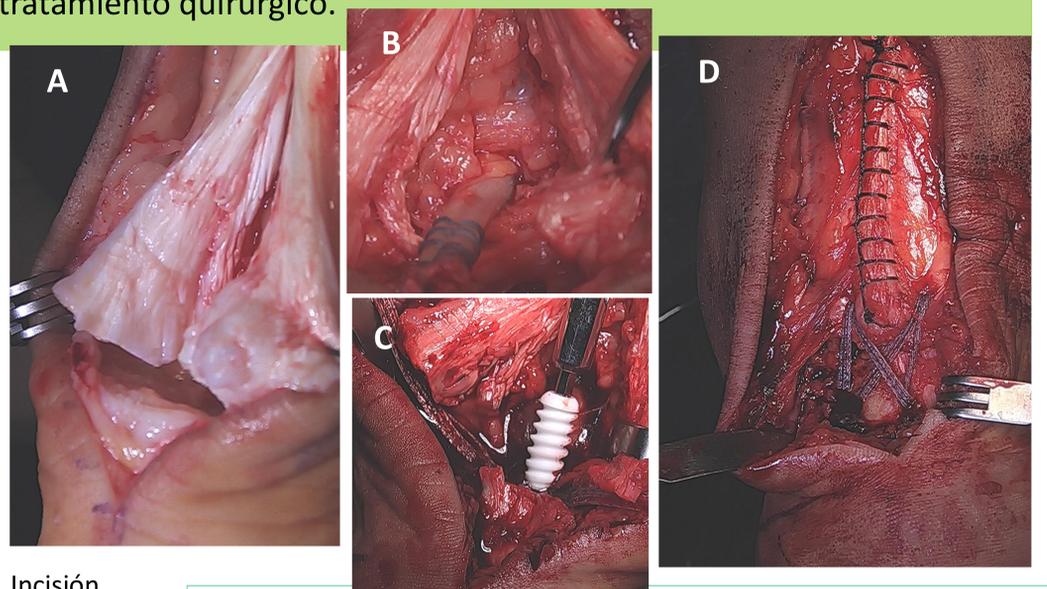


Figura 3. Imagen quirúrgica: A. Incisión longitudinal en todo su espesor del tendón en forma de T invertida. B y C: localización del tendón del FHL y fijación con implante. D. resultado final con implantes Speedbridge y sutura del tendón con hilo no reabsorbible..

CONCLUSIONES

En el postoperatorio se coloca férula suropédica neutra en descarga durante 2 semanas, con carga a las 2 semanas protegida con ortesis tipo Walker con cuñas hasta las 6-8 semanas y comienzo de rehabilitación con movilización. Se permite la carga con zapato habitual a las 12 semanas posteriores.

La presencia de dolor en el tendón de Aquiles es muy frecuente, pero en menos de un tercio de pacientes la lesión ocurre a nivel distal. Anteriormente englobadas como enfermedad de Haglund, es importante diferenciar si se trata de bursitis superficial o retrocalcánea o tendinopatía insercional. El tratamiento quirúrgico es de indicación en caso de fracaso del manejo conservador, existen muchas técnicas descritas.

RESULTADOS

Se realiza un tratamiento quirúrgico menos invasivo con dos técnicas combinadas. En primer lugar, transferencia del tendón del flexor hallucis longus, mediante artroscopia posterior de tobillo y preparación con *Fiberloop* para autoinjerto. En segundo lugar, se realiza un abordaje longitudinal en la zona distal del tendón de Aquiles de 10cm. Se incide sobre el peritendonio y se realiza tenotomía insercional en T conservando las zonas distales lateral y medial. Se observa degeneración y calcificaciones intratendinosas que se desbridan. A continuación, calcaneoplastia superior y posterior. Colocando dos implantes proximales con un *FiberTape* cada uno. Se fija el injerto de FHL en zona media-posterior con túnel ciego de 6mm y fijación con tornillo interferencial. Se refuerza con la fijación distal de implantes cruzados con técnica *SpeedBridge*. Cierre con sutura de tenotomía y comprobación de tensión adecuada.