

# LESIONES DE LOS TENDONES FLEXORES DEL PIE

HOSPITAL DE SABADELL

S. MAS MOLINÉ

## INTRODUCCIÓN

Al revisar la patología de los tendones flexores de los dedos, sorprende que unos elementos anatómicos sujetos a unas sollicitaciones biomecánicas tan elevadas, presenten una incidencia tan pequeña de lesiones por sobrecarga.

Si consideramos que los flexores de los dedos no actúan durante la marcha como tales, sino que su función es la de prensión de los dedos al suelo, principalmente en la fase de despegue de la marcha, fijando el pie en el suelo y que esta actividad la realizan unas quince mil veces al día, sería de esperar una mayor frecuencia de lesiones por sobrecarga.

Por otra parte, la utilización de calzado sin sujeción en el talón como serían los zuecos tan utilizados en el ambiente hospitalario, obliga a que durante la fase oscilante de la marcha, los dedos se coloquen en garra digital para sujetar el calzado y evitar el arrastre del tacón por el suelo. Esto implica doblar la actividad de estos tendones, que deberán permanecer activos tanto en la fase de apoyo como en la fase oscilante. Todo ello, hace pensar en la gran adaptación funcional de estos elementos anatómicos.

## PATOLOGÍA DETECTADA

- Traumática.
- Tumoral.
- Infecciosa.
- Neurológica.

### Patología traumática

En nuestra casuística no hemos encontrado ningún caso de lesiones traumáticas aisladas agudas de los tendones flexores de los dedos. Todos los casos encontrados van asociados a lesiones graves

del pie en las que las alteraciones traumáticas de los flexores no tenían especial relevancia respecto a la lesión global por amputación, aplastamiento, etc.

### Patología tumoral

Hemos encontrado cinco casos de tumoraciones en relación con los tendones flexores de los dedos. Dos casos corresponden a quistes sinoviales de la vaina del flexor largo del primer dedo, uno de ellos a la altura de la articulación metatarso falángica y otro situado inmediatamente por detrás de los sesamoideos. Los otros tres corresponden a dos quistes sinoviales de la vaina del flexor del segundo dedo, por detrás de la cabeza del metatarsiano y a un tumor de células gigantes en relación con la vaina del flexor del tercer dedo, situado a la altura de la cabeza del metatarsiano.

En todos estos casos, el tamaño de la tumoración era menor de un centímetro de diámetro. Este pequeño tamaño implica que la exploración clínica daba muy poca información, siendo siempre el motivo de consulta el dolor leve que el enfermo refería como «molestias» y la sensación subjetiva de tener un «bulto» en la planta del pie. El diagnóstico de presunción se ha establecido siempre mediante el estudio por Resonancia Nuclear Magnética, que ha objetivado la presencia de una tumoración con características de benignidad en relación con los tendones flexores mencionados. Creemos que sin la ayuda de estos métodos complementarios de apoyo diagnóstico por la imagen, el diagnóstico no sería posible, al menos durante las fases iniciales de la aparición de la sintomatología. Posteriormente, los hallazgos quirúrgicos y el estudio anatomopatológico, han confirmado el diagnóstico.

### Patología infecciosa

Tenemos un caso de infección tardía por sutura irreabsorbible practicada en otro servicio, en los flexores de primero, segundo y tercer dedo, a la altu-

ra de la articulación metatarsofalángica de dichos dedos, que curó después de limpieza quirúrgica y tratamiento médico.

### **Patología neurológica**

Hemos encontrado cinco casos de alteraciones de los flexores de los dedos, de origen neurológico. Tres casos corresponden a secuelas poliomielíticas y dos a secuelas de síndrome compartimental post-traumático.

En todos ellos existía un predominio del tono de los flexores plantares del pie y tobillo, con pie equino y garra de los dedos. Independientemente de los gestos quirúrgicos para artrodesis estabilizadora del tarso posterior o alargamiento del tendón de Aquiles para reequilibrar el equinismo, persistía la tendencia a la flexión de los dedos en forma de garra digital y de flexión elástica de las articulaciones metatarsofalángicas. Para solucionar el problema, optamos además de los gestos quirúrgicos cita-

dos, por realizar una artrodesis interfalángica de los dedos y un alargamiento del flexor común y del flexor propio en el canal tarsiano, por encima del maleolo tibial. Este alargamiento lo realizamos mediante incisiones parciales discontinuas a la manera preconizada por Green en el tendón de Aquiles, técnica que nos pareció más apropiada que el alargamiento en «Z». Los resultados fueron uniformemente buenos, mejorando la marcha y la comodidad en el calzado de estos pacientes.

### **CONCLUSIONES**

La patología aislada de los tendones flexores de los dedos del pie es poco frecuente. Para el diagnóstico de lesiones tumorales, es fundamental la realización de pruebas complementarias de diagnóstico por la imagen, que van a permitir un diagnóstico precoz. El tratamiento quirúrgico de elección, vendrá dado en función de un diagnóstico preciso.