



Opinión crítica y científica

Comentario a “Caso de parálisis del *hallux* tras intervención quirúrgica de rodilla”

Comment to “*Hallux* paralysis clinical case after surgical intervention of knee”

C. Álvarez Gómez¹, J. Gascó Adrien²

¹ Unidad de Cirugía del Pie y Tobillo. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universitat Autònoma de Barcelona

² Unidad de Pie y Tobillo. Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca
Unidad de Pie y Tobillo. Clínica Rotger Quirónsalud. Palma de Mallorca

Correspondencia:

Editorial

Correo electrónico: pieytobillo@fondoscience.com

Recibido el 21 de abril de 2020

Aceptado el 23 de mayo de 2020

Disponible en Internet: junio de 2020

Opinión y crítica de la técnica quirúrgica Carlos Álvarez Gómez

La parálisis nerviosa aislada del extensor largo del dedo gordo (EHL) es infrecuente, y esta singularidad queda reflejada en la literatura.

El nervio peroneo profundo (NPP), rama del nervio peroneo común (NPC), envía ramas nerviosas musculares cortas para inervar el músculo tibial anterior (TA) y extensor de los dedos largos (ELD), y suele emitir una rama motora más larga y distal, que corre inferiormente a lo largo del periostio del peroné hasta que alcanza el EHL (**Figura 1**)⁽¹⁾.

Sin embargo, los estudios anatómicos muestran una variabilidad a nivel de las ramas del NPC, existiendo en algunos especímenes la presencia de ramas motoras que emergen directamente al EHL antes de la bifurcación del nervio peroneo común⁽²⁾.

La afectación selectiva de estas ramas debe considerarse en aquellos casos de parálisis ais-

lada del EHL secundario a compresión, traumatismo o iatrogenia (cirugías del área proximal de tibia y peroné, o cirugía artroscópica).

La recuperación espontánea progresiva puede ocurrir en algunos casos (80%), habitualmente aquellos por compresión extrínseca; sin embargo, la reparación quirúrgica suele ser la indicación para resolver la caída del primer dedo en condiciones crónicas.

La exploración clínica y el estudio electromiográfico son los elementos de diagnóstico principales, mientras que, de entre las pruebas complementarias, la resonancia magnética es útil en casos de tumoraciones (principalmente schwannomas, quistes ganglionares intraneurales o extraneurales).

De entre las reparaciones quirúrgicas descritas, se diferencian las reparaciones nerviosas, las transferencias tendinosas, y los gestos óseos asociados.

La reparación nerviosa y las transferencias nerviosas son útiles. Sin embargo, la casuística publicada al respecto no es abundante, y existe



<https://doi.org/10.24129/j.rpt.3401.fs2004009>

© 2020 SEMCPT. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com).

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

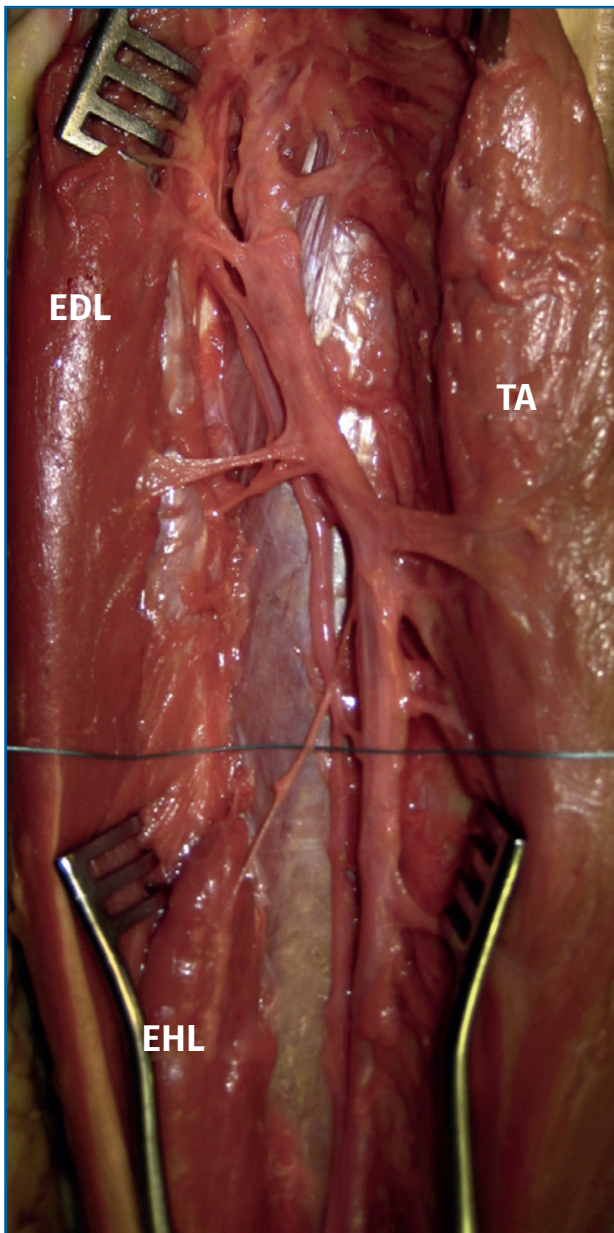


Figura 1. Véase la rama motora dependiente del nervio peroneo profundo, más larga, delgada y distal respecto a las otras, que discurre inferiormente hasta alcanzar el vientre muscular del EHL. EDL: extensor de los dedos largos; EHL: extensor largo del dedo gordo; TA: tibial anterior.

una morbilidad de la zona dadora en el caso de las transferencias nerviosas.

La transferencia tendinosa suele ser técnica de elección, existiendo distintas opciones.

La descrita con claridad en esta videotécnica, y resuelto con brillantez, es una de ellas. Destaca

su reproducibilidad, la cercanía de la zona dadora y sus buenos resultados sin sacrificar estructuras articulares ni introducir gestos óseos.

Se ha descrito también una variante de la técnica que los autores nos muestran, que consistiría en añadir, a la transferencia del ELD al EHL, una transferencia del Extensor Hallucis Brevis al EHL⁽³⁾.

La anastomosis del EHL al tendón TA a nivel de la cara anterior del tobillo, es otra de las técnicas aceptadas con buenos resultados publicados⁽⁴⁾.

En la actualidad, el buen resultado de estas transferencias permite prescindir de gestos artrodesantes sobre la interfalángica del hallux.

Asociar a estos procedimientos quirúrgicos las técnicas “WALANT” (popularizadas por Lalonde), podría ser de utilidad para valorar la capacidad y tensión de los tendones transferidos intraoperatoriamente.

Como en cualquier procedimiento para paliar las secuelas de una parálisis, debemos individualizar muy bien el tratamiento para cada caso en particular.

Bibliografía

1. Elgafy H, Ebraheim NA, Shaheen PE, Yeasting RA. Extension hallucis longus innervation: an anatomic study. *Clin Orthop Rel Res* 398:245–251, 2002.
2. Moorman CD, Pontious J. Compression peroneal nerve palsy causing isolated extensor hallucis longus dysfunction. *J Foot Ankle Surg* 48:466–468, 2009.
3. Singh S, Singh T. A new and simplified functional tendon transfer for a dropped hallux. *Indian J Plast Surg* 43:76–78, 2010.
4. Kihm, CA, Camasta CA. Review of Drop Hallux: Assessment and Surgical Repair. *J Foot Ankle Surg* 56(1):103–107, Jan - Feb 2017.

Opinión y crítica de la técnica quirúrgica Javier Gascó Adrien

Sin duda, se trata de un caso muy interesante, por su presentación poco habitual y la excelente resolución.

No he diagnosticado ni intervenido una parálisis completa y específica –única– del EHL (lo cual no significa que no se me haya presentado).

Sin embargo, sí alguna rotura subaguda/crónica del EHL con retracción del cabo proximal, donde la técnica presentada también podría ser una

alternativa a un auto- o aloinjerto, o a un desdoblamiento del cabo proximal.

A lo interesante del caso, se añade una videotécnica de muy buena calidad, bien presentada y editada.

Quizás, lo único que se echa en falta es documentar en el vídeo los resultados funcionales, que sí son comentados en el texto, a los 3 meses de evolución.

Una pequeña sugerencia a la técnica podría ser manejar los tendones con suturas en lugar de con pinzas hemostáticas o mosquitos en sus extremos, para evitar la lesión de los mismos.

Por último, se me plantea una duda. Los autores no comentan si existía clínica previa relacionada con el *hallux valgus* (HV) y valgo interfalángico (HVIF) preexistente. En ese caso, se podría haber planteado realizar la corrección axial de la deformidad en la misma intervención, en función de la edad o calidad de vida/actividad habitual de la paciente. No tengo experiencia previa, pero el “lateralizar” o “valguizar” el vector de fuerza extensora podría contribuir a aumentar la deformidad con el tiempo, debiendo quizás, por lo menos, advertir de esta posibilidad a la paciente.