

11211
17

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN 1 NOROESTE D.F.

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN MEDICA E INVESTIGACION

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA " Dr. VICTORIO DE LA FUENTE

NARVÁEZ"

RECUPERACIÓN Y REPARACIÓN DEL TENDÓN FLEXOR LARGO DEL PULGAR

CON LA MODIFICACIÓN A LA TECNICA DE SOURMELIS

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA.

PRESENTA

Dra. Carolina L Franchini Saavedra*

ASESOR: Dr. Jaime Acosta García**



*Residente de VI año Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética HTVFN.

**Medico Adscrito al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. HTVFN.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

Enero de 2002.

Presente:

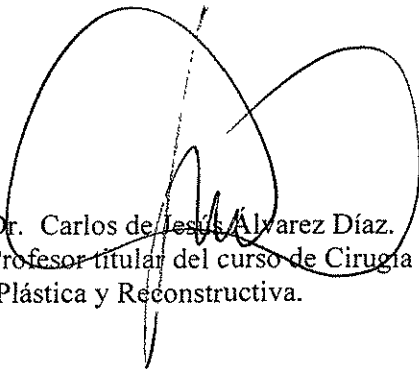
A quien corresponda:

Los que suscriben, Dr. Carlos de Jesús Álvarez Díaz, profesor titular del curso de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva y el Dr. Guillermo Redondo Aquino. Jefe de la División de Educación Médica e Investigación del Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez" del Instituto Mexicano del Seguro Social, autorizamos el trabajo de investigación:

**"RECUPERACION Y REPARACION DEL TENDON FLEXOR LARGO DEL PULGAR
CON LA MODIFICACION A LA TECNICA DE SOURMELIS "**

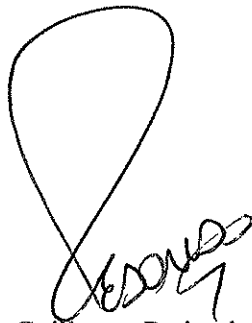
Tesis que presenta la Dra. Carolina Franchini Saavedra, para obtener el Diploma de la especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva, por considerar que se encuentra debidamente terminado.

Sin otro particular nos despedimos de Usted.



Dr. Carlos de Jesús Álvarez Díaz.
Profesor titular del curso de Cirugía
Plástica y Reconstructiva.

Atentamente



Dr. Guillermo Redondo Aquino
Jefe de División de Educación e
Investigación Médica

Dr. Guillermo Redondo Aquino
Jefe de la División de Educación Médica e Investigación
Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez"
Instituto Mexicano del Seguro Social

Enero 2002

Presente:

Estimado Dr. Redondo:

Por medio de la presente me permito informar a usted que habiendo sido designado asesor del proyecto de investigación de tesis titulado:

**"RECUPERACION Y REPARACION DEL TENDON FLEXOR LARGO DEL PULGAR
CON LA MODIFICACION A LA TECNICA DE SOURMELIS"**

Presentado por la Dra. Carolina Franchini Saavedra, procedí a la evaluación del desarrollo del mismo, concluyendo que el trabajo de investigación se encuentra satisfactoriamente concluido y es de aprobarse por reunir los requisitos que exigen los estatutos Universitarios.

Atentamente

Dr. Jaime Acosta García

Asesor de Tesis



INSTITUTO MEXICANO DE SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA "DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ"

CURSO UNIVERSITARIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Dr. CARLOS DE JESUS ALVAREZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN MEDICA

Dr. GUILLERMO REDONDO AQUINO

ASESOR DE TESIS

Dr. JAIMA ACOSTA GARCIA

AUTOR DE TESIS

Dra. CAROLINA FRANCHINI SAAVEDRA



IMSS
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA
VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ
JEFATURA DE DIVISION
EDUCACION MEDICA
E INVESTIGACION



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. S. M.

AGRADECIMIENTO

MUY SINCERAMENTE AL Dr. JAIME ACOSTA GARCIA, QUIEN DEPOSITO SU CONFIANZA EN MI, SIRVIENDO DE TUTOR EN EL PRESENTE TRABAJO

MI RECONOCIMIENTO A LOS Drs CARLOS DE JESÚS ALVAREZ DIAZ Y JESÚS A CUENCA PARDO_POR SUS APORTES CIENTIFICOS, EXPERIENCIAS, DEDICACION Y TOLERANCIA

A LOS MEDICOS ADSCRITOS AL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA, POR APORTARNOS SUS CONOCIMIENTOS Y EXPERIENCIAS DE UNA FORMA DIRECTA

A LOS MEDICOS ADSCRITOS DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI, HOSPITAL VICENTE GUERRERO, HOSPITAL DALINDE, ICRJ(Guadalajara) GRACIAS POR SUS ENSEÑANZAS

A MIS AMIGOS , POR SU APOYO INCONDICIONAL EN LOS MOMENTOS MÁS DIFICILES

DEDICATORIA

LE AGRADEZCO A DIOS,

LO QUE HOY CONCLUYO CON ESFUERZO, DEDICACION Y MUCHO AMOR

A MIS PADRES, RAUL Y ANA

DE UNA MANERA MUY ESPECIAL, QUE CON ESFUERZO, ESTIMULO Y APOYO INCONDICIONAL, ME HAN SABIDO GUIAR PARA LOGRAR MIS PROPOSITOS

CON AMOR, A MI ESPOSO ALVARO

TODO MI AGRADECIMIENTO POR SU ESFUERZO, POR SU AYUDA ,ESTIMULO Y SOBRETUDO PACIENCIA, DURANTE ESTE TRAYECTO QUE HEMOS RECORRIDO JUNTOS

INDICE

ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACION	8
OBJETIVOS	10
MATERIAL Y METODO	11
RESULTADOS	13
CONCLUSION	14
BIBLIOGRAFIA	16

ANTECEDENTES

De las funciones fundamentales de la mano se destaca la prensión, indispensable tanto en la parte motora de la manipulación de objetos como en la sensibilidad e interrelación con el medio ambiente. La lesión de los tendones flexores hace que la función global de la mano se vea significativamente afectada, esto asociado con un diagnóstico tardío, y la demora en el tratamiento quirúrgico implica pobres resultados, y retraso en la recuperación. Sin el tratamiento inicial adecuado se condiciona la necesidad posterior de múltiples intervenciones que van desde la liberación de adherencias hasta los injertos tendinosos en dos tiempos y en casos extremos hasta la amputación. La evolución funcional y sus implicaciones laborales socioeconómicas imponen que las intervenciones deben ser de forma primaria y ser confiadas a cirujanos entrenados. (1,2) Los tendones flexores se encargan de los movimientos de flexión de los dedos, encontrándose en distribución del segundo al quinto dedo en número de 2. El tendón superficial se inserta en la base de la falange media con movimiento de flexión de articulación interfalángica proximal, el tendón flexor profundo se inserta en la base de la falange distal con movimiento de flexión de la articulación interfalángica distal. El pulgar únicamente cuenta con un tendón flexor.

Los tendones flexores son prolongaciones fibrosas de la musculatura del antebrazo, El flexor largo del pulgar se origina en la superficie anterior del radio y contiguo a la membrana interosea y se inserta en la base de la falange distal del pulgar, su acción es flexionar la falange del pulgar, su inervación esta dada por el nervio interoseo anterior rama del nervio mediano,

su irrigación es dada por la arteria interosea anterior. En el pulgar la Federación Internacional de Sociedades de Cirugía de mano identifica las zonas que recorre el único tendón flexor extrínseco, el flexor largo del pulgar (FLP), como tres zonas específicas:

La zona T1 esta limitada por la polea A2 del pulgar e incluye la inserción del tendón FLP en la falange distal.

La zona T2 comienza en el cuello del metacarpiano del pulgar y termina en la parte distal de la polea oblicua, la biomecánicamente más importante en el pulgar.

La zona T3 corresponde al trayecto profundo del FLP en la eminencia tenar contorneando el trapecio y pasando luego entre los fascículos del flexor corto del pulgar. (1,2,3)

Los tendones flexores se nutren por los vasos que llegan a ellos y en el túnel osteofibroso además por imbibición del líquido sinovial y las vinculas. No obstante

Existen unas zonas relativamente avasculares en las cuales la nutrición por imbibición del líquido sinovial juega un papel importante. La vascularización es esencial para una cicatrización adecuada de los tendones flexores, por esto la preservación de las vinculas en la reparación tendinosa favorece el pronóstico. Así mismo la irrigación depende de las arterias colaterales y su reparación, cuando están comprometidas también mejora la cicatrización tendinosa y disminuye la adherencia de los tendones a estructuras adyacentes. La bomba sinovial favorece la nutrición, deslizamiento y cicatrización tendinosa, el reparar las poleas y cerrar el túnel osteofibroso también es un

coadyuvante en la cicatrización tendinosa. (3,4)

La cicatrización de un tendón flexor ha sido tema de discusión, se ha observado que se realiza en dos formas: una extrínseca y otra intrínseca. La primera, depende de las adherencias para llevar vascularización y fibroblastos que la realicen y en la segunda, depende de la vascularización intrínseca y las capacidades de sus propias células para realizarla. Esta última depende menos las adherencias a los tejidos adyacentes y por ende el deslizamiento indispensable para que su función se restablezca mas pronto.

Los factores que limitan la colonización fibroblástica extrínseca incluyen la conservación de las vinculas, la integridad de las poleas, la mínima lesión del epitendón y del túnel osteofibroso al realizar la reparación, el material inerte de sutura, la técnica de sutura misma, la reparación de los vasos colaterales para mejorar el aporte sanguíneo en el sitio de la reparación y las técnicas de rehabilitación con una movilidad precoz. (4)

Las lesiones clasifican en trauma cerrado y abierto. En el trauma abierto las heridas pueden ser nítidas como las producidas por objetos cortantes como vidrio y cuchillos. Irregulares con o sin pérdida de tejidos como las lesiones por maquinarias industriales, accidentes de tránsito o herida por arma de fuego. (4,5)

La vía de abordaje debe permitir un acceso adecuado a los extremos tendinoso y estructuras neurovasculares y no cruzar los pliegues palmares en forma perpendicular porque llevaran a cicatrices retráctiles. En la recuperación del tendón flexor largo del pulgar se realiza una incisión a nivel del pliegue de la

porción distal del antebrazo se identifica la ubicación de los cabos tendinosos tendinosos y con la ayuda de sondas se realiza la tracción de este a través de su vaina hasta llevarlo a la herida distal, o por un túnel subcutáneo. y proceder a realizar la tenorrafia, siendo actualmente la sutura de Kessler modificada la mas recomendada. (5.)

La reparación del tendón flexor largo del pulgar (FLP), particularmente en el área T-II requiere de destreza quirúrgica, muchas técnicas han sido descritas para la reparación y recuperación del FLP .Entre estos métodos se describen sutura termino-terminal, injertos de tendón, transposición tendinosa y fijación del extremo proximal a la base de segunda falange con elongación de la muñeca.

Muchas técnicas han sido descritas para la recuperación y tenorráfia del tendón entre estas tenemos la descrita por Kleinert el cual aplicaba presión externa retrograda sobre la vaina del tendón para la visualización extracción de este. (5).

Se han utilizado Técnicas subcutáneas con utilización de injerto como lo reporta Dr. Araico en 1970.(6) Existen en la actualidad métodos para la recuperación instrumentos como endoscopios flexibles o rígidos han sido utilizado por Hill el cual él realiza un estudio en cadáveres y el cual refiere que es una técnica de mínima invasión, que no es necesaria las incisiones a nivel de la muñeca ni en la palma (7) Otros métodos emplean el uso de guías metálicas flexibles a través de un catéter de polietileno por la vaina del tendón para su recuperación(Titley O.s) y la realización de su tenorrafia con kessler (8). Weeks and Wray describe la exposición del tendón en la palma y sutura el tendón a una sonda de silastic. Leedy utiliza una sonda e caucho o sonda de

alimentación pediátrica N.º8 realizando el mismo procedimiento pero ambas técnicas requiere la sutura del tendón a la sonda ocasionado lesión(deshilachado)dificultando su reparación.

Adeniran propone introducir una sonda de silastic en la vaina del tendón se introduce y sutura en lumen de la sonda y es traccionado hacia el extremo distal, Kamel Abouzahr realiza el mismo procedimiento utilizando una sonda de nélaton No.10.(9).

Soumerlis and MC Grouther proponen la técnica de introducir un catéter a través de la vaina del tendón de proximal a distal, el catéter es suturado al tendón y el tendón es avanzado por tracción de la sonda hacia el extremo distal,es fijado con aguja se retira la sonda y se procede a realizar la tenorrafia. Ocasionado la sutura a múltiple niveles y dificultando su reparación. (10).

Con base a múltiples estudios, se piensa que los tendones flexores reparados recuperan suficiente fuerza a las ocho semanas para iniciar ejercicios de reforzamiento. Actualmente se utilizan los protocolos de movilidad de extensión activa protegida(Kleinert), movilidad pasiva protegida (Duran) o una combinación de ambos y últimamente una movilidad activa de flexión protegida (Protocolo de la Clínica Mayo y de Indiana). Y la movilización inmediata controlada empleando flexión con banda de goma. (11)

Con base a los resultados experimentales y clínicos en base a la tensión aplicada a los dedos con varios grados en flexión activa, se cree que la flexión digital activa leve realizada con la muñeca en extensión, por lo regular es relativamente segura para los tendones flexores con la técnica de 4 hilos esto se incorpora a un protocolo de tratamiento que permite el mantenimiento activo leve de la flexión digital. La evaluación de los resultados siempre genera controversia, se ha utilizado desde la distancia uña –palma, hasta la

medición de grados totales de movimiento menos los déficit de extensión. Strickland considera que la articulación metacarpofalangica no esta directamente afectada por la reparación de los tendones flexores y evalúa los resultados con las articulaciones interfalanga proximal y distal. Siendo la flexión activa total de $100 + 75 = 175$. Siendo entonces la movilidad total del dedo (TAM) los arcos de flexión activa menos el déficit de extensión, los resultados se clasifican en cuatro categorías para la evaluación final de la función. (11)

Excelente 75% a 100 % (131° a 175°)

Bueno 50% a 74% (87° a 130°)

Regular 25% a 49% (43° a 86°)

Pobre 0% a 24% (0° a 42°).

La mayor parte de los especialistas concuerdan que además de las complicaciones comunes a todos los procedimientos quirúrgicos, las contracturas en flexión en las articulaciones PIP o DIP se producen después de movilizaciones tempranas, la formación de adherencias del tendón pueden presentarse a causa de la vaina tendinosa , sutura e inmovilización.

De conformidad con estudios clínicos y experimentales parece que la movilización temprana constituye la mejor manera de inhibir la formación de adherencias, otras complicaciones como ruptura, deformidad por incurvación, estrangulación, lumbrical plus y cuadriga.

No existen reportes estadísticos del porcentaje de estas complicaciones solo hacen su mención. (12,13)

Descripción de la técnica de Sourmelis Esta técnica consiste en un método atraumático para la recuperación y reparación de la sección del flexor largo del pulgar en el área T2, utilizando incisión a nivel de la región distal de antebrazo (muñeca) para localizar y extraer el cabo proximal del tendón, posteriormente se introduce un catéter de silastic a través de la vaina del tendón en sentido distal (área T2) a proximal. El tendón es suturado al catéter realizando la tracción por la herida distal área T2 del pulgar para posteriormente fijar el cabo distal percutáneamente con una aguja hipodérmica, se retira la sonda procediendo a realizar la tenorrafia.

Nuestra modificación a esta técnica será la realización de la recuperación del tendón con una sonda de alimentación pediátrica No. 15 la cual se introducirá de distal a proximal, localizando el tendón proximal y realizando el primer tiempo de Kessler, los hilos de sutura se introducirán en el lumen de la sonda y se realizará tracción de esta y el tendón a través de la vaina; se localizará cabo distal y se procederá a realizar tenorrafia con sutura de Kessler.

JUSTIFICACION

En el HTVFN, anualmente se atendieron en urgencias 5019 pacientes(registro del servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva año 2000):De los cuales 560 pacientes presentan secciones tendinosas, sin registros reales de prevalencia e incidencia de la lesión del flexor largo del pulgar, sin embargo Nunley reporta en un estudio de 10 años el manejo de 38 pacientes con este tipo de lesión(14) Las lesiones del flexor largo del pulgar aunque no es una patología frecuente,comparado con otras lesiones tendinosas en la mano, genera gran problemática funcional por comprometer la función del pulgar en la pinza fina de la mano, con fuerza adecuada.

Esta lesión debe considerarse como una verdadera urgencia quirúrgica, ya que frecuentemente se asocia con lesiones neurovasculares, y por el posible daño a las estructuras locales, este tipo de lesiones generan grandes repercusiones funcionales.

El sistema flexor del pulgar es considerado el menos complicado en relación a los otros dedos ,ya que este tiene una articulación menos en el sistema y solo se ve comprometido un solo tendón.

Con las técnicas actuales de reparación quirúrgica y rehabilitación, los resultados funcionales son generalmente de una integración a las labores habituales entre 10 y 12 semanas postoperatoria, sin embargo el diagnostico tardío o la demora en instaurar un tratamiento quirúrgico o una rehabilitación adecuada implica demoras en la recuperación.

Se ha observado que la recuperación de 30-40 grados de flexión activa de la articulación interfalanga puede proporcionar una excelente función del pulgar, por lo que la restauración del movimiento activo de la articulación

interfalángica es generalmente justificado.

Actualmente no existen estudios en los cuales se valore los resultados obtenidos con las técnicas que sean utilizado para la recuperación y reparación del flexor largo del pulgar ya que antes de 1994 se utilizaba la técnica subcutánea (Araico) y en la actualidad utilizamos la técnica con principio de Sedlinger, el cual tiene como finalidad la recuperación de los cabos tendinosos y su reparación con mínimo trauma al flexor largo del pulgar y las estructuras locales, por lo que nos planteamos el siguiente problema.

¿Cuál es la evolución clínica y funcional de los pacientes con sección traumática aguda del tendón flexor largo del pulgar , área TII de la mano manejados con la técnica de Sourmerlis modificada para recuperación y tenorrafia , en el Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez ”, servicio de Urgencias Cirugía Plástica y Reconstructiva durante el periodo de Enero a Diciembre del 2001?

OBJETIVO GENERAL

Describir la Evolucion Clínica y Funcional de los pacientes con sección traumática aguda del tendón Flexor largo del Pulgar en el área T-II de la mano con la modificación a la técnica de Sourmerlis, en el servicio de urgencias Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio, se realizo en el Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, servicio de urgencias Cirugía Plástica y Reconstructiva, del periodo de Enero a Diciembre del 2001.

Tipo de Estudio: Serie de casos

Universo de estudio:

Pacientes con lesión traumática del tendón flexor largo del pulgar área T-II de la mano que solicitaron atención en el HTVFN.

Muestreo:

Se realizo recolección de la muestra de todos los pacientes que solicitaron atención con el diagnostico de sección traumática aguda del tendón flexor largo del pulgar área T-II de la mano mediante procedimiento de casos consecutivos no probabilístico.

Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes de 10 a 40 años de edad.
- 2.- Pacientes masculinos o femenino
- 3.- Pacientes con lesión traumática aguda del tendón flexor largo del pulgar área T II de la mano.
- 4.- Pacientes sin lesiones agregadas.
- 5.- Pacientes Derechohabientes del I.M.S.S.
- 6.- Pacientes que pertenezcan a la Delegación 1 Noroeste del I.M.S.S.

Criterios de no-inclusión;

- 1.- Pacientes con lesiones agregadas que pongan en peligro la vida.
2. - Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Criterios de eliminación

- 1- Pacientes que mueran por causa ajena al estudio.

RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados en la investigación: Se trataron 7 paciente durante el periodo de Enero a Diciembre del 2001 con lesión aguda traumática del FLP en área TII de la mano. El rango de edad fue de 12 a 40 años, con una media de 22.43, una mediana de 20.00 y una moda de 20. El sexo mas afectado fue el masculino con 4 casos, porcentaje de del 57.1% y el femenino con 3 casos, porcentaje de 42.9%, con una media de 1.43. La ocupación de los 7 pacientes: 3 obreros 42.9%, 3 estudiantes 42.9% y 1 ama de casa 14.3%. El mecanismo de lesión objetos corto punzante en 5 pacientes con un 71.4%. La mano mas afectada fue la derecha en 5pacientes con un porcentaje de 71.4% correspondiendo 2 casos al lado izquierdo con un 28.6%. El dolor estuvo presente en todos los paciente, observándose que este disminuyo gradualmente durante la evolución en forma gradual. La evolución clínica de todos los pacientes al momento de su alta fue buena en un 100%. La evolución Funcional en 5 pacientes(71.4%) se clasifco como excelente y en 2 pacientes (28.6%) se califico como buena.

CONCLUSIONES

Al analizar los resultados del presente estudio se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- 1.- Las lesiones del Flexor argo del pulgar, son una patología que se observa con poca frecuencia.
- 2.- El promedio de edad de los pacientes al momento de la lesión fue de 22.4 años, encontrándose dentro de la etapa productiva, lo cuál genera repercusiones a nivel laboral.
- 3.- El sexo masculino es el que con mas frecuencia se lesiona, lo cuál se podría explicar por la actividad laboral predominante en ellos, con un porcentaje de 57.1%.
- 4.- El mecanismo de lesión predominante fue el punzo-cortante con un 71.4%, relacionándose con actividad laboral.
- 5.- La mano mas afectada fue la derecha en una 71.4% , debido predominancia en los pacientes.
- 6.-La ocupación predominante en un 42.9% fueron obreros, lo que traduce que este tipo de lesiones son por accidentes de trabajo, aunque también se presentan en otros sitios, asociados a actividad manual.

7.-La evolución clínica de todos los pacientes al momento del alta fue buena, explicándose por la utilización de técnicas menos invasivas, con menor daños a los tejidos, con menor requerimiento técnico por parte del cirujano y disminución en tiempos quirúrgicos.

8.-La evolución funcional en un 71.4% fue excelente, siendo que en la literatura mundial se mencionan porcentajes que oscilan entre 50 70%, nuestros resultados son favorables, generándose la necesidad de realizar nuevas investigaciones para comparar con otras técnicas lo cual repercutiría en la evolución y beneficio de nuestros pacientes. Así mismo el manejo quirúrgico y de rehabilitación, de estas lesiones debe realizarse en forma inmediata y oportuna para disminuir complicaciones y secuelas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Strickland, J. W Flexor Tendon Injuries. J.A.A.O.S. 3:44. 1995.
2. Strickland J. W Flexor Tendon Injuries: II Operative Technique. J.A.A.O.S. 1995;3:55-62
3. Beasley. R. W. Hand Injuries. Philadelphia:saunders, 1981.
4. Pennington, D. G Atraumatic retrieval of the proximal end of a severed digital flexor tendon. Plast. Reconstr. Surg. 60:468. 1977.
5. Kleinert, H. E .History of Flexor tendon repair. J hand Surgery. 20AS46, 1995.
6. Araico J. Subcutaneous flexor pollicis longus tendon graft technique. Plastic Reconstructive Surgery. 1970;45.(6): 212-214
7. Hill BB-Ann Plast Surg-1997 May;38(5):446-8.
8. Titley OG. J Hand Surg (Br) 1996 Jun;21(3):391-2.
9. Adeniran A J. Hand Surg.(Br) 1997 Feb;22(1):122-4.
10. Sourmelis SG. J Hand Surg.(Br) 1987 Feb;12(1):109-11.
11. Canon., Strickland J. Therapy following flexor tendon surgery, hand Clinics, Feb. 1985, 147-166.
12. Erseck, R: A., The flexible tendon retriever. J. Hand Surgery. 10A:415, 1985.
13. Leddy JP. flexor Tendons-Acute Injuries. In. Green DP. Operative hand surgery. ed New York: 1993:1823-5.

ANEXO 1

CEDULA DE CAPTACIÓN DE PACIENTES

Folio _____

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: M F

No. Afiliación: _____ UMF: _____

Fecha: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Familiar: _____

Ocupación: _____ Mecanismo de lesión: _____

Hora de accidente: _____ Dedo lesionado: Derecho Izquierdo

Antecedentes: DM (), AR (), LES (), Enfermedad de colágena ()

Ingesta de medicamentos: Citotóxicos (), Esteroides (), Inmunosupresores ()

Técnica quirúrgica: Sourmelis

		Inicial	Día 3	Día 7	Día 14	Día 21	Día 30	Día 60	Día 90	Alta
Dolor	Rango 0 – 10									
Infección	Sí No									
Edema	Sí No									
Evolución Clínica	Buena Mala									
Evolución Funcional	Excelente Bueno Regular Pobre									

ANEXO 2

AUTORIZACIÓN PARA FINES DIAGNOSTICOS Y/O TRATAMIENTO
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

LUGAR Y FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

EL (LA) QUE SUSCRIBE: SR(A) _____

EN MI CARÁCTER DE _____ DE _____

MANIFIESTO QUE EL DR. _____

ME INFORMO DE MANERA CLARA, SENCILLA Y COMPLETA SOBRE EL
DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PRONOSTICO DEL PADECIMIENTO.

LOS DIAGNOSTICOS PRINCIPALES SON: _____

ENFERMEDADES PREVIAS _____

POR LO ANTERIOR, ME EXPLICÓ QUE PARA CONFIRMAR DICHS DIAGNOSTICOS
Y/O REALIZAR EL TRTAMIENTODEL PACIENTE ES NECESARIO LLEVAR A CABO
LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS
(MEDICOS/QUIRÚRGICOS/REHABILITATORIOS) _____

SE REQUERIRÁ ANESTESIA SI___ NO___ TIPO _____

SE REQUERIRAN ESTUDIOS CON MEDIOS DE CONTRASTE

SI___ NO_____

ESTOY INFORMADO QUE LA PRACTICA DE LA MEDICINA Y DE LA CIRUGÍA
IMPLICA RIESGOS, COMPLICACIONES, SECUELAS E INCLUSO LA PERDIDA DE UN
ORGANO O EXTREMIDAD (ANATOMICA O FUNCIONALMENTE) O INCLUSO LA
POSIBILIDAD DE DEFUNCIÓN Y QUE LOS RESULTADOS NO SE PUEDEN ASEGURAR.
LOS PRINCIPALES RIESGOS DE LAS EXPLORACIONES PARACLINICAS,
QUIRÚRGICAS, ANESTESICAS Y TRATAMIENTOS MEDICOS QUE SE PUEDEN
PRESENTAR SON _____

POR COSIGUIENTE EN PLENO USO DE MIS FACULTADES CAPACITADO PARA
COMPRENDER LA EXPLICACIÓN Y ESTANDO ENTERADO DEL PRESENTE
DOCUMENTO AUTORIZO AL DR.(A) _____

Y AL EQUIPO DE SALUD DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA VICTORIO DE LA
FUENTE NARVÁEZ PARA QUE REALICEN LOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y
TERAPÉUTICOS SEÑALADOS.

POR LO ANTERIOR FIRMO AL MARGEN PARA CONSTANCIA Y EFECTOS LEGALES
AUTORIZO

(PACIENTE REPRESENTANTE)

TESTIGO

NOMBRE _____

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

DOMICILIO _____

IDENTIFICACIÓN _____

IDENTIFICACIÓN _____

PARENTESCO _____

PARENTESCO _____

FIRMA _____

FIRMA _____

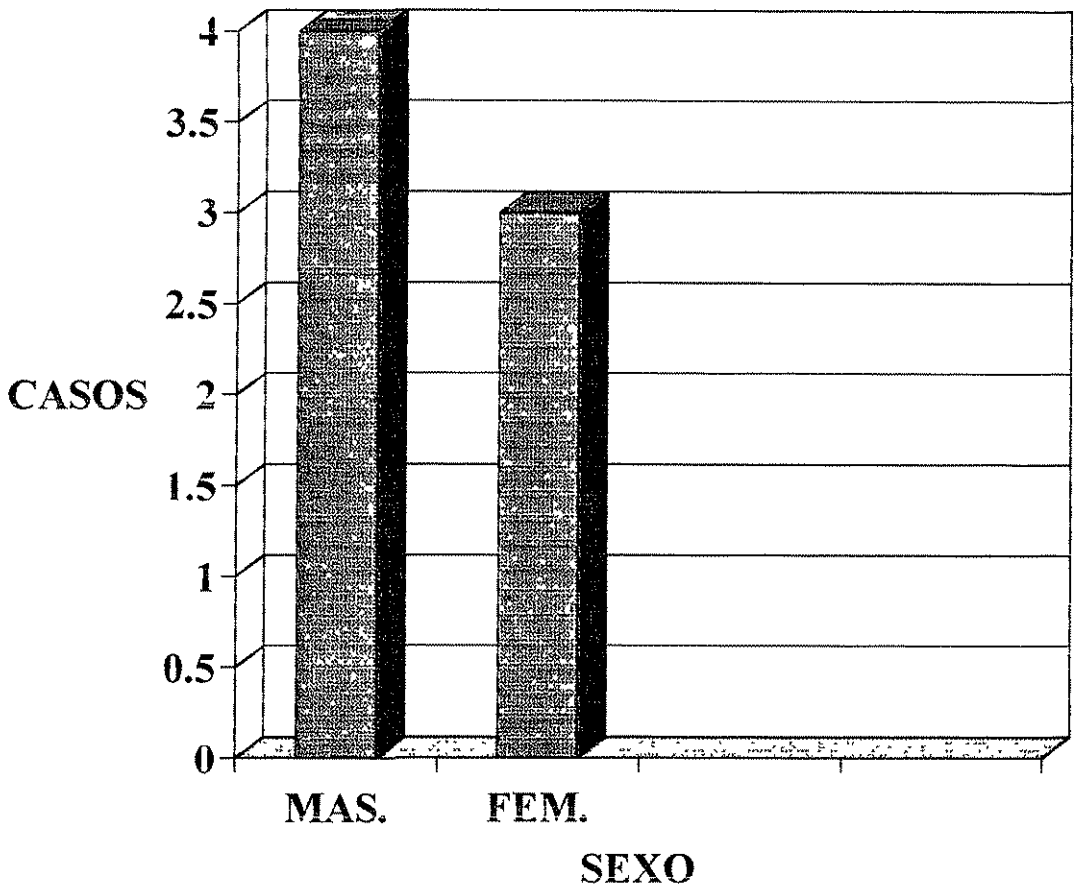
DECLARACION DEL MEDICO

He explicado al paciente y/o persona autorizada para consentir la naturaleza del diagnóstico ,
estudios paraclínicos, tratamientos médicos, quirúrgicos, rehabilitatorios que se efectuarán , así
como riesgos, beneficios y posibles complicaciones y secuelas de los mismos.

MEDICO _____ MATRICULA _____

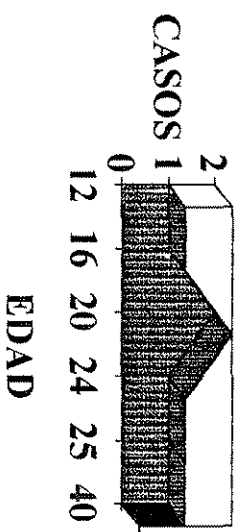
FIRMA _____ CEDULA _____

DISTRIBUCION POR SEXO



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISTRIBUCION DE EDAD



CASOS

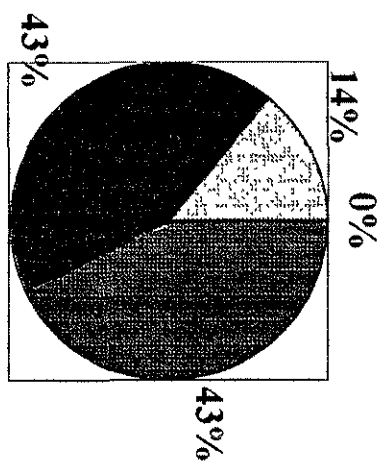
Áreas 3D 1

■ Áreas 3D 1

EDAD

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

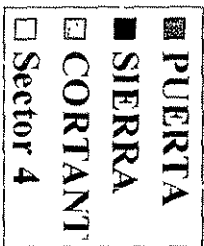
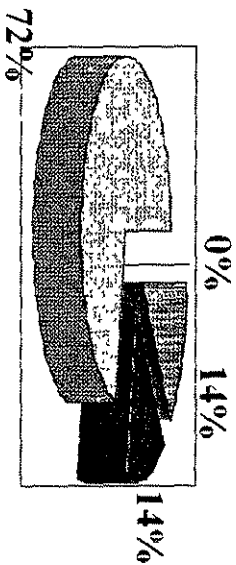
DISTRIBUCION DE OCUPACION



- OBRER
- ESTUDI
- A.CASA
- Sector 4

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

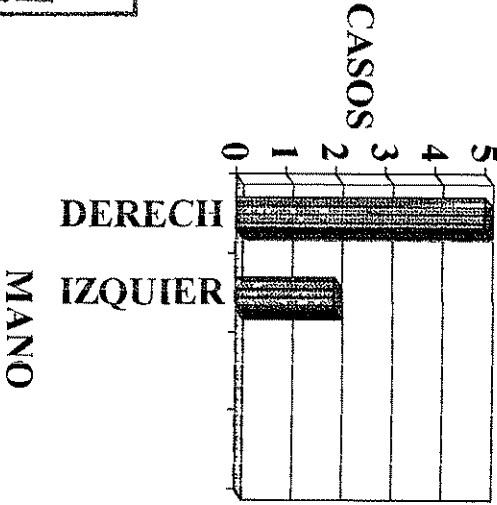
MECANISMO DE LESION



TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

24

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

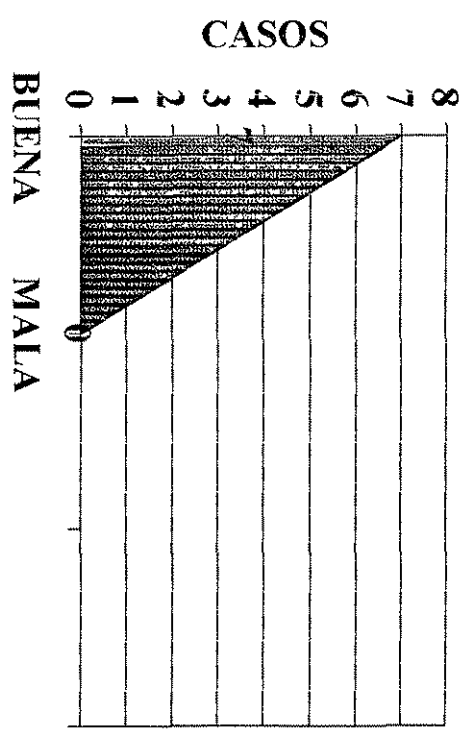


SITIO DE LA LESION

Columnas 3D 1

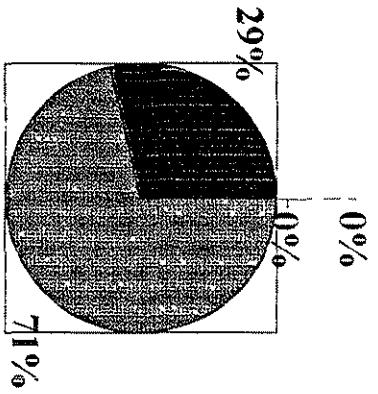
TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

EVOLUCION CLINICA AL MOMENTO DEL ALTA



■ Áreas 1

EVOLUCION FUNCIONAL AL MOMENTO DEL ALTA



- EXCELENT
- BUENO
- REGULAR
- POBRE

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN