



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“TRANSFERENCIA DEL EXTENSOR PROPIO DEL ÍNDICE AL  
PULGAR: REPORTE DE CASO”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: SAYURI JANETH VALLEJO OCHOA**

**DIRECTOR: DR. JORGE GUSTAVO CORDERO YANZA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“TRANSFERENCIA DEL EXTENSOR PROPIO DEL ÍNDICE AL  
PULGAR: REPORTE DE CASO”**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: SAYURI JANETH VALLEJO OCHOA**

**DIRECTOR: DR. JORGE GUSTAVO CORDERO YANZA**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Sayuri Janeth Vallejo Ochoa portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 0106807191. Declaro ser el autor de la obra: "Transferencia del extensor propio del índice al pulgar: Reporte de caso", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 20 de Julio del 2024

F:  .....

Sayuri Janeth Vallejo Ochoa  
C.I. 0106807191

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado " **Transferencia del extensor propio del índice al pulgar: Reporte de caso** " realizado por **Sayuri Janeth Vallejo Ochoa** con documento de identidad No. **0106807191**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 20 de Julio del 2024



F: .....

**Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza**  
**DIRECTOR / TUTOR**

## **DEDICATORIA**

La presente tesis dedico con mucho cariño a mis queridos padres por ser un pilar fundamental, con su ejemplo y esfuerzo me formaron e inculcaron valores que me han servido en mi vida tanto académica como personal. A ustedes les dedico este trabajo, quienes con su amor, apoyo y paciencia supieron motivarme y apoyarme en todo este tiempo, porque creyeron en mí y me sacaron adelante, gracias a ustedes, hoy puedo alcanzar una de mis metas.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, durante este proceso, ya que con sus consejos me incentivaron el deseo de superarme cada día, gracias a su compañía han hecho que este camino sea más divertido.

Mi profesión y mi futuro les debo a todos ustedes, quienes quisieron verme en la cumbre más alta de los sueños tan deseados. Mi gratitud y cariño eterno. Este logro es gracias a ustedes.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, por su infinito amor y ser mi guía hasta el día de hoy, por ser mi fuente de fortaleza y fe en este camino, forjando ser una mejor persona a lo largo de mi formación académica.

A mis padres ejemplo de constancia, trabajo y superación quienes han sido las personas más importantes y a quien me debo, por su comprensión, dedicación, cariño y consejos que me han brindado durante toda la carrera.

De manera especial a mi director de tesis Dr. Gustavo Cordero, por guiarme de inicio a fin durante este proyecto, ya que con su oportuno y acertado trabajo de asesoramiento contribuyó enormemente en la culminación de esta investigación. Gracias a su experiencia, paciencia y sabiduría que han sido fundamentales para mi desarrollo académico y profesional.

Además, quiero agradecer a mis maestros, quienes me han impartido sus conocimientos y destrezas a lo largo de toda mi carrera con el fin de ayudarnos a ser mejores cada día.

## RESUMEN

La ruptura del tendón extensor Pollicis Longus es una patología que genera incapacidad en la extensión interfalángica del pulgar. La sutura directa en estos casos puede conllevar a un fallo de la misma. De tal modo que la transferencia tendinea del extensor Indicis Proprius es una buena alternativa sobre todo en casos crónicos. En la literatura no se ha encontrado datos actuales de casos que reporten resultados de buena funcionalidad y menos complicaciones del pulgar luego de realizar la transferencia del tendón en pacientes que han sufrido una lesión de hace varios años sin tratamiento. La importancia de este reporte de caso es para poder entregar información más actualizada que puede servir para futuras investigaciones. Objetivo: Presentar un caso sobre la transferencia tendinosa del extensor Indicis Proprius por ruptura del extensor Pollicis Longus Caso: Paciente de 68 años, sexo femenino, proveniente del área rural, ama de casa, sin antecedentes patológicos personales ni familiares con diagnóstico de ruptura del extensor Pollicis Longus hace 25 años por objeto cortante por lo que se realiza una transferencia con el extensor Indicis Proprius. Conclusión: La transferencia tendinea del extensor Indicis Proprius para la reconstrucción del extensor Pollicis Longus es útil para restaurar la funcionalidad de la extensión inter y metacarpofalángica del pulgar demostrando ser una de las técnicas más aptas y validas generando adecuados resultados funcionales a corto plazo logrando la rápida incorporación a tareas laborales con bajas complicaciones.

**Palabras clave:** Reporte de Caso, Transferencia Tendinosa, Traumatismos de los Tendones,  
WALANT

## **ABSTRACT**

The rupture of the extensor pollicis longus tendon is a pathology that generates disability in the interphalangeal extension of the thumb. Direct suturing in these cases can lead to suture failure. Therefore, tendinous transfer of the extensor indicis proprius is a good alternative, especially in chronic cases. There is no current data in the literature of cases that report good functional results and fewer complications of the thumb after performing the tendonous transfer in patients who suffered an injury several years ago without treatment. The importance of this case report is to provide more updated information that might be useful for future research. Objective: To report a case of tendinous transfer of the extensor indicis proprius due to rupture of the extensor pollicis longus. Case Report: A 68-year-old female patient from a rural area, a housewife, with no personal or family pathological history, was diagnosed with rupture of the extensor pollicis longus 25 years ago due to a sharp object was treated with a transfer with the extensor indicis proprius. Conclusion: The tendinous transfer of the extensor indicis proprius for the reconstruction of the extensor pollicis longus is useful to restore the functionality of the inter and metacarpophalangeal extension of the thumb, proving to be one of the most suitable and valid techniques. Adequate functional results are achieved in the short term, with quick incorporation to work tasks with low complications.

**Keywords:** Case report, Tendinous transfer, Tendon injuries, WALANT

## ÍNDICE

<b>Resumen.....</b>	<b>7</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>8</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>10</b>
<b>Reporte de caso.....</b>	<b>12</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>18</b>
<b>Perspectiva del paciente.....</b>	<b>21</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>22</b>
<b>Conflicto de interes.....</b>	<b>22</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>23</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>26</b>

## INTRODUCCIÓN

La ruptura del tendón extensor Pollicis Longus (EPL) es una patología infrecuente generando incapacidad para la extensión interfalángica del pulgar (1). Con una incidencia del 20.93%, las rupturas de tendones extensores de la mano son más comunes que los tendones flexores. La mayoría de las lesiones o rupturas de tendones ocurren en varones jóvenes de alrededor de los 33 años (2).

En la literatura se han documentado varios factores relacionados, siendo frecuentes: las fracturas de radio distal con incidencia 5%, artritis reumatoide e inyección de corticoides sistémicos o locales (3). La Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología (AAOT) menciona que los pacientes con traumatismos por uso de corticoesteroides en patologías sistémicas es uno de los pocos casos descritos en la bibliografía (4).

El tratamiento se enfoca en la causa de lesión y tiempo diagnóstico. Las opciones de tratamiento son la reparación término-terminal, injerto de tendón o transferencia tendinosa (5). La técnica más popular es la transposición del extensor Indicis Propius (EIP) al pulgar en casos de lesiones crónicas (6). Esta técnica sacrifica uno de los dos tendones del EIP y lo une al muñón distal del EPL. Sus ventajas son: tiempo corto de operación, procedimiento sencillo y bajas complicaciones postoperatorias (7). Otro método es la reconstrucción con injerto del tendón Pollicis palmaris Longus (PL) el cual no genera un déficit funcional al eliminarlo, sus desventajas son: prolongada preparación y al menos 2 suturas de tejido del muñón proximal y distal del EPL pudiendo generar un alto índice de adherencias tendinosas, pero es considerada la primera opción en pacientes que requieren reparación funcional y preservación del dedo índice (8).

El cirujano utiliza distintos criterios para la selección del músculo a transferir: funcionalidad, fuerza, sinergia y longitud de sus fibras. Debe ser un tendón que cuando se sacrifique no deje

una limitación funcional, incluso la sutura del tendón con pulgar en extensión completa y la posición neutra de la muñeca proporciona un punto óptimo de flexión y extensión del pulgar (9). La significancia de la función del EPL no solo es útil para realizar la extensión del pulgar, además es fundamental que el paciente pueda efectuar el movimiento de pinza con fuerza de agarre suficiente para sujetar objetos (10).

En los últimos años tras la pandemia por SARS-COV 2, se han incrementado publicaciones con la técnica anestésica Wide Awake Local Anesthesia with No-Tourniquet (WALANT), la cual es considerada una de las mejores opciones para procedimientos de mano, consiste en un bloqueo periférico en el paciente despierto sin usar torniquete, infiltrando un anestésico local permitiendo la evaluación dinámica de la función motora durante la transferencia del tendón, disminuye el tiempo de exposición, la ocupación hospitalaria y los costos (11,12).

Antiguamente no se indicaba el uso de lidocaína con epinefrina a nivel de la mano por el riesgo de necrosis en los dedos sin embargo tras estudios se determinó que no es la epinefrina la causante, sino la procaína que, al estar expuesto al medio ambiente, se acidifica y baja su pH a 1 (13).

El presente caso es de suma relevancia, debido a que no existen reportes en la literatura sobre ruptura tendinosa de larga data sin tratamiento. Por lo tanto, la importancia de estudiar a fondo esta lesión es proporcionar información actualizada para futuras investigaciones.

## REPORTE DEL CASO

### Información del paciente

Paciente femenina de 68 años de edad, ama de casa, proveniente del área rural. Acude por presentar incapacidad para la extensión interfalángica del pulgar de la mano izquierda secundario a corte (machete) hace aproximadamente 25 años.

Sin antecedentes patológicos personales y familiares de relevancia.

### Hallazgos clínicos

Se observa incapacidad a la extensión de la articulación metacarpofalángica e interfalángica del pulgar, sin equimosis ni edema, a la exploración de movilidad: presenta incapacidad funcional para la extensión del pulgar de la mano izquierda, con 50° de flexión, y para retropulsión del pulgar. Valorada con el test de DASH (Imagen 1).

La prueba de tenodesis con flexión de muñeca es positiva para ruptura de extensor largo del pulgar. Llenado capilar menor a 2 segundos.

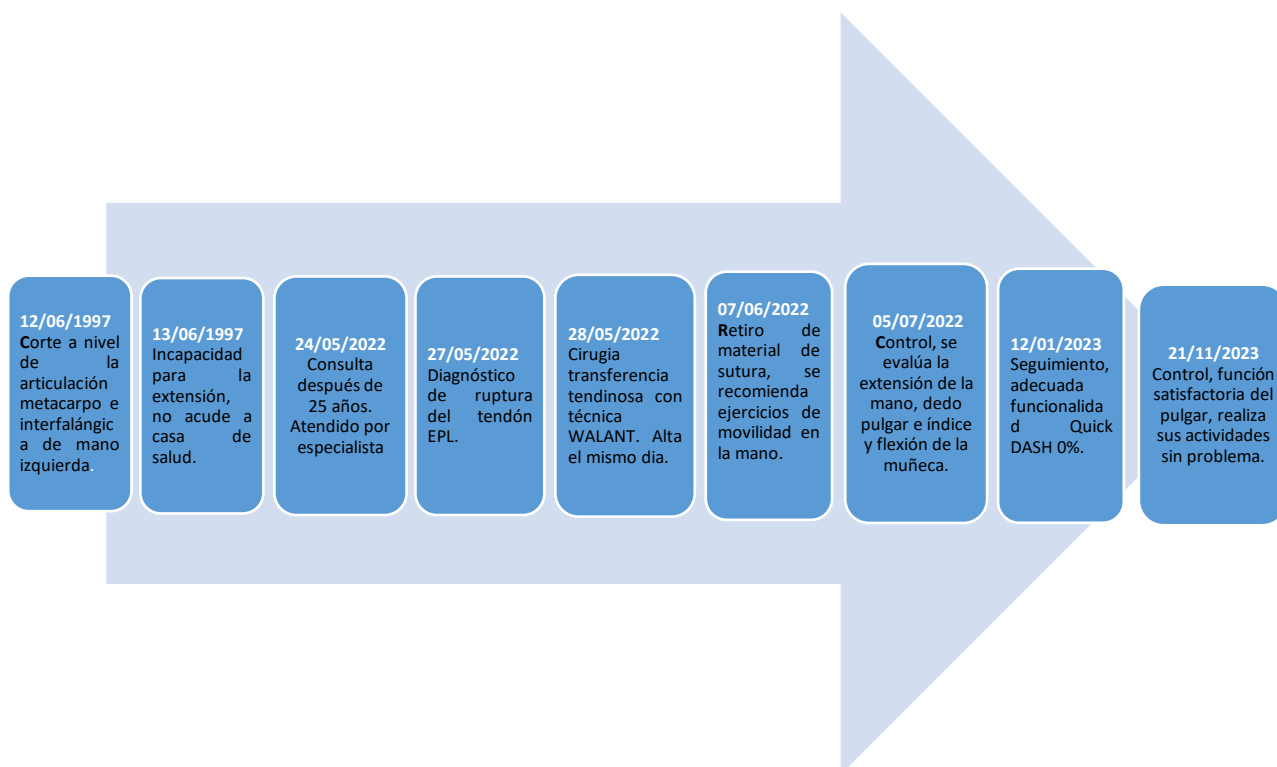
**Imagen 1.** Incapacidad para la extensión de la articulación metacarpofalángica e interfalángica del pulgar.



**Fuente:** Imagen obtenida por el médico.

## Línea de tiempo

**Imagen 2.** Representación gráfica de los hallazgos más relevantes de la historia de la enfermedad.



**Fuente:** Información obtenida por parte del médico traumatólogo.

## Evaluación diagnóstica

Se realiza radiografías de mano izquierda AP y lateral en los cuales se descarta la presencia de lesiones óseas y deformidades evidentes. Luego de la evaluación inicial se diagnostica a la paciente de ruptura del tendón EPL.

### **Intervención terapéutica**

Paciente derivado a quirófano para resolución consistente en exploración y transferencia del tendón bajo técnica WALANT.

En primer lugar, se diseñó los marcajes cutáneos para localizar los cabos tendinosos (imagen 3).

**Imagen 3.** Marcaje cutáneo, trayecto de EIP y EPL en dorso de la mano



**Fuente:** imágenes obtenidas por parte del médico.

Se inicio infiltración de anestésico local con aguja de calibre 27 en región proximal con epinefrina (agente vasoconstrictor) a esta dilución se tomó 1 ampolla de 1 mg en jeringa de 10 ml y se adicono 9 mg de ss al 0,9 % completando 10 ml, dándonos la epinefrina al 1:10.000; de esta se tomó 1 ml para adicionar 9 ml de lidocaína (anestésico local) al 1%, dando una epinefrina de 1:100.000. A los 10 ml de lidocaína + epinefrina se adicionó bicarbonato 1ml (buffer para disminuir el dolor) al 8,4%, dándonos una solución de 11 ml lista para ser inyectada.

La infiltración debe ser subdérmica, de manera lenta, dosis inicial de 0.5 ml en 15 segundos seguida por 2 ml en 2 min. Se realizó asepsia y antisepsia de miembro afectado mientras se

espera aproximadamente 28 minutos posterior a la aplicación del anestésico local para obtener el efecto deseado e iniciar la cirugía de forma segura.

Transcurrido los 28 minutos se comenzó con la incisión, la incisión se realizó en forma transversal de aproximadamente 1.5 cm a nivel de la articulación metacarpofalángica del dedo índice y sobre el 3er compartimento extensor identificando al EPI siendo el más cubital de los dos tendones, procedemos a liberarlo de las adherencias y separar el tendón por la incisión realizada en dorso de la muñeca, posteriormente tenotomía de dicho tendón.

Se realizó una 3ra incisión longitudinal a nivel de la base del pulgar identificando la parte distal del tendón EPL para ser extraído. Identificado la parte distal del tendón distal, se procedió a la sutura termino-terminal, con la técnica de Pulvertaft con sutura no-absorbible 3-0 midiendo la tensión de la sutura con dedo en extensión. En este caso, realizamos una buena tensión antes de Pulvertaft, con muñeca en posición neutra y una extensión completa del pulgar. Una tensión exagerada impediría una adecuada flexión e incrementaría el riesgo de dehiscencia.

En el intraoperatorio se solicitó realizar flexo extensión del pulgar valorando la tensión de la sutura. Se finalizó la cirugía con limpieza y cierre de incisiones cutáneas. El cierre se completó mediante suturas no absorbibles Nylon 4-0. Se colocó gasas y vendaje sobre la herida.

El tiempo quirúrgico del procedimiento fue de 60 minutos.

### Seguimiento y resultados

**Tabla 1.** Resultados funcionales posterior a la transferencia del EIP al EPL.

	Rango normal (AO)	Preoperatorio	Postoperatorio (4 semanas)
<b>Abducción</b>	0-70°	65°	65°
<b>Aducción</b>	0°	0°	0°
<b>Oposición</b>	Capaz de tocar el	Incapacidad (0 cm)	6cm

meñique con el pulgar (8cm)			
<b>Flexión MCF</b>	0-50°	60°	40°
<b>Extensión MCF</b>	0-10°	-60°	8°
<b>Flexión IF</b>	0-80°	85°	70°
<b>Extensión IF</b>	0-20°	-85°	18°

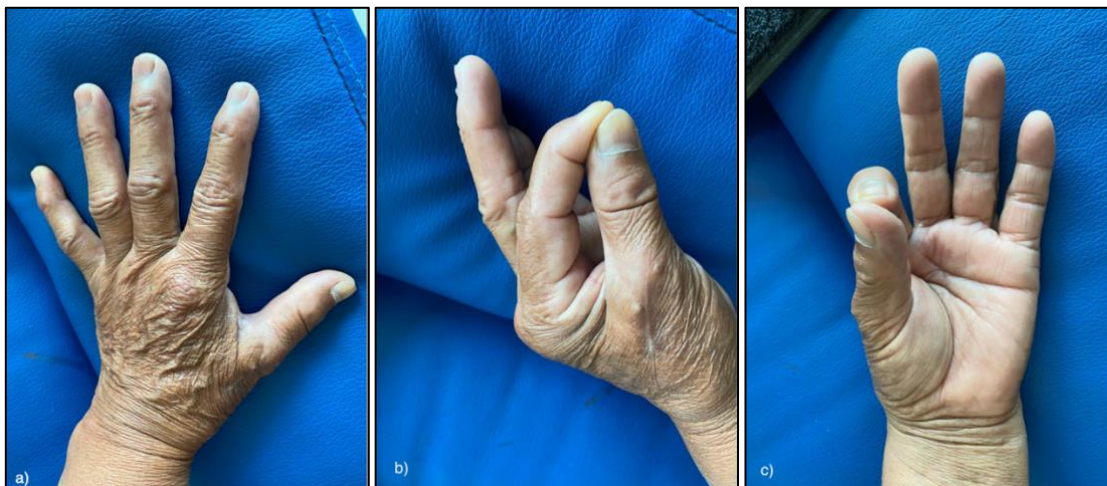
**Fuente:** información obtenida por el médico.

La medición se realizó a través de un goniómetro para dedos sobre el dorso del pulgar. Paciente acude a consulta con incapacidad a la extensión del pulgar con un rango de movimiento del pulgar en extensión MCF con -60° posterior a la transferencia tendinosa se logró 8° de extensión, por otro lado, la extensión IF en el preoperatorio fue de -85° tras el postoperatorio logramos mejorar la extensión con 18° permitiendo a la paciente una extensión del dedo pulgar e índice con buena funcionalidad y adecuada función de pinza con fuerza de agarre.

Alta hospitalaria el mismo día de la cirugía, con tratamiento antibiótico: cefalexina 500 mg cada 6 hs por 5 días y analgesia: ketoprofeno 30 mg cada 12 hs de ser necesario.

Se realizó seguimiento por consulta externa, primera valoración a los 10 días postquirúrgicos en la cual se retira material de sutura sin complicaciones y se inicia programa de rehabilitación. A las 4 semanas del postoperatorio la paciente podía extender toda la mano, el dedo pulgar e índice y flexión de la muñeca, con buena evolución, sin dolor y buena funcionalidad. El paciente refiere buena fuerza extensora, el arco de movimiento es normal, permitiéndole realizar sus actividades cotidianas y laborales sin problemas, manifestando estar satisfecho 100% con la intervención y grado de funcionamiento (imagen 4).

**Imagen 4.** Exploración funcional 4 semanas post-op. a) vista dorsal. b) vista lateral en pinza. c) vista palmar en pinza



*Fuente: imágenes obtenidas por parte del médico*

En 6 meses de seguimiento presentó una buena funcionalidad con escala de Quick DASH 0% (imagen 5). Y a los 12 meses después de la cirugía, paciente asintomático con función satisfactoria del pulgar, se evaluó la reparación del tendón EPL mediante el test de Geldmacher donde se mide la abducción, déficit de elevación, oposición y déficit flexión-extensión dándonos una puntuación de 22 puntos caracterizada como excelente (anexo 2).

**Imagen 5.** Exploración funcional a los 6 meses post op.



## DISCUSIÓN

Este reporte de caso se destaca por ser infrecuente debido a varios años sin tratamiento tras la lesión, se presenta un caso de una paciente de 68 años de sexo femenino que acude por presentar incapacidad para la extensión interfalángica y metacarpofalángica del pulgar de la mano izquierda secundario a corte con machete hace aproximadamente 25 años, sin poder realizar la correcta extensión del pulgar e incluso la incapacidad para realizar la adecuada función de pinza con fuerza de agarre para sujetar objetos que es fundamental para realizar las actividades cotidianas, la paciente no presenta antecedentes patológicos personales ni familiares con diagnóstico de ruptura del extensor Pollicis Longus realizando una transferencia con el extensor Indicis Proprius.

Las lesiones del tendón EPL son más frecuentes debido a problemas traumáticos, artritis reumatoide, incluso existen reportes de ruptura espontanea secundarias a la administración corticoides o quinolonas, pero, además, existen causas raras y poco frecuentes como es la mordedura de gato debido a que sus dientes afilados son capaces de introducirse a profundidad lesionando tejidos blandos y generando graves complicaciones como infecciones y daños en tendones y huesos (14). Por otro lado, Louka JG et al (15) menciona que la causa más común de la ruptura del tendón EPL son las fracturas no desplazadas del radio distal, además de rupturas espontaneas por inflamación crónica o lupus, y en casos muy raros por movimientos repetitivos crónicos de la muñeca como el uso excesivo de videojuegos de consola entre 6 a 10 horas al día.

Respecto al tratamiento, Hu et al (16), publicaron 8 casos de pacientes tratados con ruptura espontánea de EPL concluyendo que la presencia de una fractura obvia y visible no es obligatoria para una ruptura espontánea de EPL, además mencionan que la sutura directa termino terminal no es común ya que los bordes tendinosos pueden ser frágiles y tras quitar los

extremos desvitalizados impide la sutura termino terminal lo que corrobora con el artículo Escobar et al (17), el cual exhibe que la sutura de extremo a extremo no es útil para rupturas tendinosas crónicas ya que genera la retracción del tendón, por lo que se requiere un injerto de tendón o transferencia de tendón lo que se relaciona con nuestro caso clínico presentado. Por otro lado, Piedrahita A et al (18), revela que en casos de lesiones tendinosas siempre será la reparación primaria, generando retracciones tendinosas mínimas y extremos tendinosos adecuados. En los casos de no realizar esto, como lo reportado en este caso, se procede con la transposición o el injerto tendinoso.

Existen diferentes enfoques para la reconstrucción de la EPL, como la transferencia del extensor Carpi radial o el extensor Digiti Minimi, pero la transferencia del EIP para reparar la extensión del pulgar es el método más usado y es considerada como técnica estándar de oro para las rupturas crónicas del EPL, así mismo, Bhat et al (19) indica que la transferencia de EIP a EPL tras su ruptura es una de las transferencias más eficiente y utilizada para restaurar la extensión del pulgar postraumático sin ninguna complicación o morbilidad funcional en el sitio donante, del mismo modo, Giraldo et al (20) menciona que la ruptura de los extensores, puede realizarse por medio de una transferencia de otro extensor, como es el más utilizado el EIP para roturas el EPL a pesar de que también se podría realizar por medio del Extensor Digiti Minimi. De igual manera. Meads et al (21), concluyeron que la transferencia del tendón EIP es un procedimiento seguro, confiable y un factor clave para el éxito de la reparación del tendón EPL.

En la ruptura crónica del EPL no se recomienda la sutura directa ya que lo hace compleja debido al desgaste del tendón y las retracciones musculares, siendo la técnica preferida la transferencia de EIP si el paciente no tiene variaciones anatómicas, en el caso de ausencia del mismo, se pueden utilizar un injerto de Palmaris Longus (PL) para defectos de tendón (22). Del mismo modo, Meiwandi et al (23) comparte con el criterio del autor anterior ya que además menciona que este procedimiento sacrifica uno de los tendones EIP y lo vuelve a unir a la parte distal del

tendón EPL. Es insignificante el déficit funcional en pacientes sin altas exigencias, por lo que consideramos el método óptimo para aplicar a nuestra paciente, siendo una técnica factible con tasas bajas de complicaciones. El otro método preferido es la reconstrucción a través de un injerto de tendón PL ya que no produce déficit funcional cuando se elimina, por lo que solo extiende principalmente la parte inferior de la aponeurosis palmar. La preparación prolongada es una de las desventajas de esta técnica, pudiendo generar más complicaciones postoperatorias, como son las adherencias tendinosas y en varios casos conlleva el riesgo de necrosis avascular. Este procedimiento es considerado como la primera opción en pacientes con altas demandas de restauración funcional y preservación del dedo índice por lo que consideramos que el tratamiento más adecuado y óptimo para nuestra paciente es la transferencia del EIP ya que tiene una edad de 68 años, es ama de casa, no realiza tareas de esfuerzo y al no tener una profesión de alta demanda no es necesario una reconstrucción más extensa.

Sandenberg et al. (24), mencionan que Bunnell en su libro prohíbe el uso de epinefrina en los dedos, debido al riesgo de isquemia y necrosis. Por otro lado, Bamal et al. (25), menciona que tras la pandemia se incrementó el uso de la técnica WALANT sobre todo para cirugías en mano dejando a un lado la anestesia general y permitiéndonos valorar en el intraoperatorio los movimientos de los tendones reparados. Del mismo modo Sanhueza et al (26), menciona que esta técnica es muy utilizada en las cirugías de mano y patología tendinosas con grandes resultados y mínimas complicaciones, menos solicitudes de exámenes preoperatorios, además de menor tiempo en relación con la anestesia tradicional la cual requiere sedación. Por lo que consideramos esta técnica útil para la transferencia tendinosa en nuestro paciente.

La lesión del tendón EPL asociada a heridas cortantes es poco frecuente sobre todo cuando se acude a tratamiento luego de varios años de haber sufrido esta lesión, dificultando la funcionalidad de realizar la pinza con el dedo pulgar e índice. En nuestro caso luego de 25 años

de haber sufrido la lesión de ruptura del EPL, la transferencia tendinosa es la técnica más popular junto con la técnica WALANT permitiendo comprobar el éxito de la sutura durante el intraoperatorio generando buenos resultados con gran satisfacción funcional y estética de sus manos por el procedimiento y costo. Por lo que consideramos la transferencia del EIP como una alternativa eficaz, con buena funcionalidad y menos complicaciones. La importancia de estudiar a fondo esta lesión es para poder entregar información más actualizada que puede servir para futuras investigaciones.

### **PERSPECTIVA DEL PACIENTE**

Paciente refiere estar satisfecho 100% con la intervención realizada, alcanzando una extensión satisfactoria del pulgar de manera inmediata con una buena evolución, sin dolor y buena fuerza extensora permitiéndole realizar sus actividades cotidianas y laborales sin problema.

## **CONCLUSIONES**

La ruptura del tendón EPL es una afección que genera incapacidad para la extensión interfalángica del pulgar. La sutura directa en estos casos puede conllevar a un fallo de la misma, de tal modo, que la transferencia tendinosa del EIP bajo técnica WALANT es la terapéutica más elegida para el tratamiento. Siendo una buena alternativa sobre todo en casos crónicos como la de nuestra paciente, generando adecuados resultados funcionales a corto plazo y permitiendo la integración rápida a actividades laborales con una mínima tasa de complicaciones. En la literatura no existen reportes sobre ruptura tendinosa de varios años de evolución sin tratamiento con buenos resultados, por lo que proponemos el uso de la técnica WALANT para las cirugías tendinosas de la mano, ya que expone ser un procedimiento seguro, confiable y reproducible, con beneficios evidentes comparado con otras técnicas que necesitan sedación.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

- Se cuenta con consentimiento informado del paciente, para uso de datos personales e imágenes.
- No contamos con conflicto de intereses para este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA


1. Ditsios, K. Pavlopoulos, C. Konstantinou, P. Serlis, A. Katsimentzas, T. Pinto, I. et al. Extensor indicis proprius transfer for the extensor pollicis longus tendon rupture with a two-incision technique. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* [Internet]. 2022;75(6):2001–18.
2. Lamoth A. Transferencia tendinosa del extensor propio del índice en rotura espontánea del extensor largo del primer dedo. Reporte de caso. *RBCP* [Internet]. 2023;3(10):12–6.
3. Al-Omari AA, AR Altamimi A, ALQuran E, Saleh AAA, Alyafawee QM, Audat MZ, et al. Spontaneous rupture of extensor pollicis longus tendon: Clinical and occupational implications, treatment approaches and prognostic outcome in non-rheumatoid arthritis patients: A retrospective study. *Open Access Rheumatol* [Internet]. 2020;12:47–54.
4. Gallucci G, Pacher N, Boretto J, Donndorff A, Alfie V, De Carli P. Rotura bilateral espontánea del tendón del extensor largo del pulgar. Cirugía preventiva fallida. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* [Internet]. 2010;75:293–7.
5. Pareyón P, Romo R. Ruptura espontánea bilateral del tendón extensor largo del pulgar. *Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC* [Internet]. 2020;65(1):67–71.
6. Altmann S, Damert C, Schneider W. Ergebnisse der extensor indicis-plastik zur rekonstruktion der extensor pollicis longus-sehne. *Handchir Mikrochir Plast Chir*[internet]. 2008;40:153-5.
7. Lemmen H, Schreuders A, Stam J, Hovius E. Evaluación de la restauración de la función del extensor pollicis mediante la transferencia de los índices extensores. *J. Hand Surg Eur*[internt]. 1999;24(1):46–9.
8. Peter S, Wolfgang B y Hans-Dieter C. Transferencia de indicios de extensores en comparación con el trasplante de palmaris longus en la reconstrucción del tendón extensor pollicis longus: Un estudio retrospectivo, *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*[internet]. 2007;41:1, 33-35.
9. Lee JH, Cho YJ, Chung DW. A new method to control tendon tension in the transfer of extensor indicis proprius to extensor pollicis longus rupture. *Ann Plast Surg* [Internet]. 2015;75(6):607–9.
10. Abad Morenilla J, Sutil Blanco Á, Varillas Delgado D, García de Lucas F. Reparación del tendón extensor pollicis longus, mediante la técnica del lazo con el extensor pollicis brevis. *Rev Iberoam Cir Mano* [Internet]. 2018;46(01):012–9.

11. Nolan S, Kiely L, Madura T, Karantana A. Wide-awake local anaesthesia no tourniquet (WALANT) vs regional or general anaesthesia for flexor tendon repair in adults: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*[internet]. 2020;9(1):264.
12. Shelton DF, Camilo JQ, Avilés RP, Luciano JM, González JAG, Zapata AAG. Aplicación de la técnica WALANT en las cirugías de mano. *Rev Cuba Ortop Traumatol* [Internet]. 2022;36(1).
13. Vergara E, Victoria V, Camacho F. Cirugía de mano con anestesia local con técnica WALANT. Experiencia con una serie de casos. *Rev Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 2021;53(1).
14. Singh S, Adamji S, Badge R. Extensor pollicis longus tendon rupture following a cat bite: A case report and review of literature. *Cureus* [Internet]. 2023;15(8).
15. Louka JG, Zeine G, Pourre D. Spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon in console video game players: A case series. *J Orthop Case Rep* [Internet]. 2022;12(7):42–6.
16. Bamal R, Alnobani O, Bastouros E, Nolan G, Morris E, Griffiths S, et al. Wide-Awake local anesthesia no tourniquet (WALANT) for flexor tendon repairs as change in practice during the COVID-19 pandemic: A retrospective cohort study with outcomes. *Cureus* [Internet]. 2023;15(3).
17. Faúndez M, Sanhueza C, Penna G. Rotura espontánea del tendón extensor largo del pulgar – transferencia tendínea con técnica anestésica WALANT. *Rev Chil Ortop Traumatol*. 2017 Aug 1;58(02):071–5.
18. Hu CH, Fufa D, Lin YT, Lin CH. Revisiting spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon: eight cases without identifiable predisposing factor. *Hand (N Y)*. 2015;10(4):726-731.
19. Lobo-Escolar L, López Moreno I, Montoya MP, Bosch-Aguilá M. Functional recovery following an L-lengthening local tendon flap for extensor pollicis longus chronic ruptures. *J Hand Surg Am*. 2017;42(1):e41–7.
20. Piedrahita A, Dávalos A, Castilla JM, Dau EA, Aun EA. Avanzamiento en Z: una alternativa para reconstrucción de gap tendinoso en mano. *Revista Colombiana de Cirugía Plástica y Reconstructiva* [Internet]. 2020 Jun 7 ;26(1).
21. Bhat TA, Altamimi AS, Alsharari MK, Mirza MY. Extensor indicis proprius to extensor pollicis longus tendon transfer with first dorsal interosseus muscle flap cover for reconstruction of post traumatic thumb defect in an acute setting: a very rare case report. *Int J Res Med Sci* [Internet]. 2023;11(10):3825–9.
22. Giraldo P, López A, Casarrubios A. Ruptura de tendones extensores tras placa volar en fractura de radio. a propósito de un caso. mifsut-miedes d, editor. revista española de cirugía osteoarticular.[internet].2021 abril;31–4.

23. Meads BM, Bogoch ER. Transfer of either index finger extensor tendon to the extensor pollicis longus tendon. *Can J Plast Surg* [Internet]. 2004;12(1):31–4.
24. Ganon S, Bellity J, Zbili D, Boccara D. Estrategias de reconstrucción después de la ruptura del tendón extensor del pulgar largo: una revisión sistemática. *Rehabilitación de manos*. 2020 Dec;39(6):502-507.
25. Meiwandi, A., Kaptanis, S. & Papadakis, M. Transferencia de extensores de índices frente a trasplante de palma largo en la reconstrucción del tendón extensor de pulgadas largas: un protocolo para una revisión sistemática. *Syst Rev* 9, 149 (2020).
26. Sardenberg T, Varanda D, Rangel Ramos C, Cortopassi AC. El auge y la caída del mito de la epinefrina en la mano. *Rev Cuba Ortop Traumatol* [Internet]. 2022;36(2).

## ANEXOS

## Anexo 1. Consentimiento informado del paciente



Universidad  
Católica  
de Cuenca

---

Anexo 13 B CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PACIENTE / POR REPRESENTANTE LEGAL PARA REVISIÓN DE CASO CLÍNICO Y PUBLICACIÓN CIENTÍFICA

**TÍTULO: "TRANSFERENCIA DEL EXTENSOR PROPIO DEL ÍNDICE AL PULGAR. REPORTE DE CASO"**

Yo: Blanca Leonor Vilema Escudero, con cédula de identidad: 060109393-3. Lei la información contenida en este documento y autorizo a que se utilicen mis datos personales de historia clínica en las condiciones que se describen.

Se incluye fotografías preoperatoria, transoperatoria y postoperatoria de la mano afectada sin nombres del encabezado.

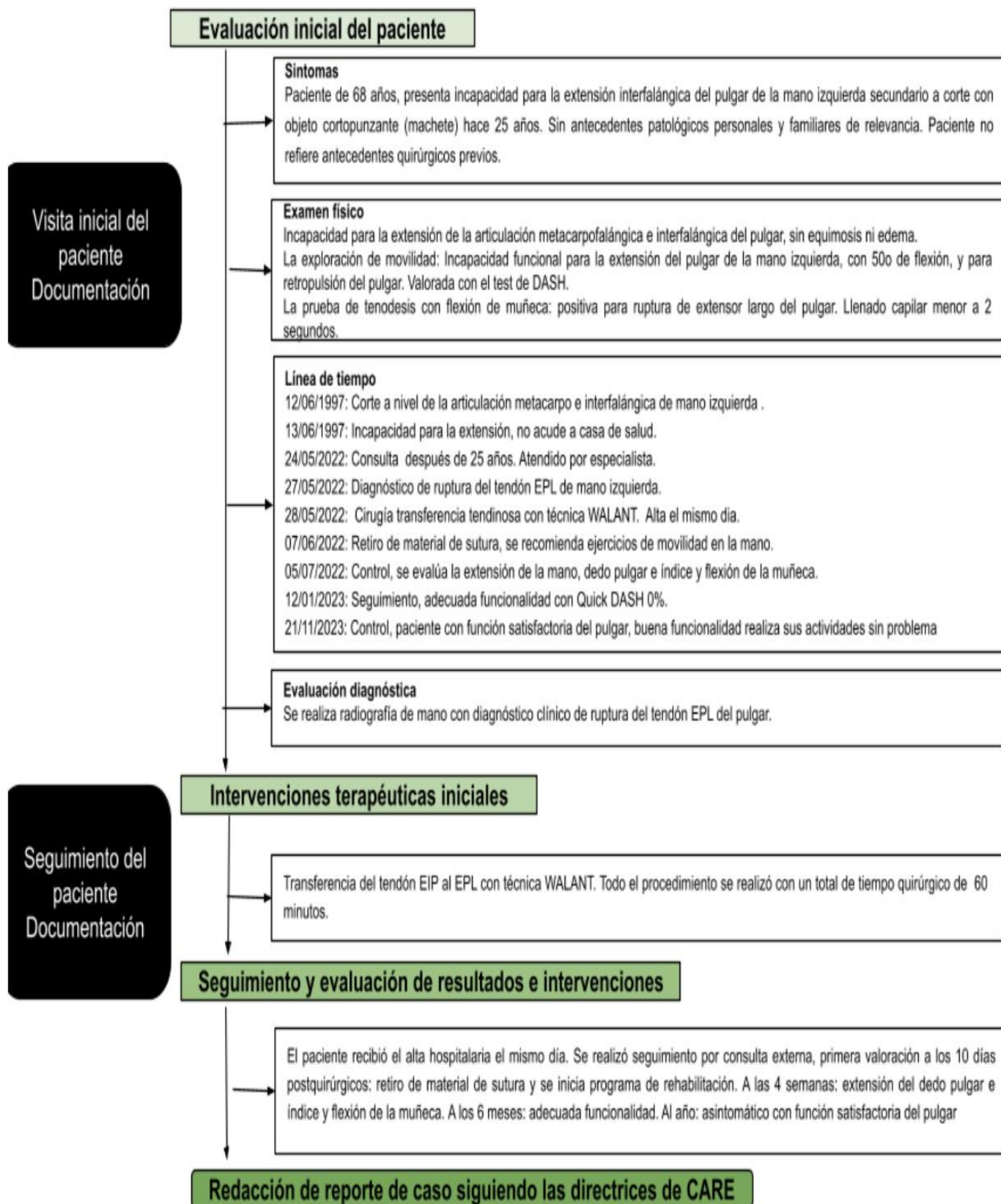
Deseo se me permita ver y leer la versión final del documento y autorizo su publicación científica resguardando la confidencialidad de mis datos personales

Deseo conocer el documento científico una vez que se haya publicado.

<p>Firma.: El/ la representante legal.</p>  <p>Nombre y apellidos: Blanca Vilema Escudero.</p> <p>C.C. 060109393-3</p> <p>Fecha: 20/09/2023</p>	<p>Firma.: Investigador/a que solicita el consentimiento</p>  <p>Nombre y apellidos: Sayuri Vallejo Ochoa</p> <p>C.C. 0106807191</p> <p>Fecha: 20/09/2023</p>
--	---

## Anexo 2. Diagrama de flujo reporte de caso

### Diagrama de flujo - Reporte de caso siguiendo los lineamientos de CARE



**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Sayuri Janeth Vallejo Ochoa** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106807191**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación **“Transferencia del extensor propio del índice al pulgar: Reporte de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 20 de Julio del 2024

F: .....  


**Sayuri Janeth Vallejo Ochoa**  
C.I. 0106807191