



gta

**XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025**

CAUSAS DE COJERAS POCO HABITUALES EN PEQUEÑOS ANIMALES

Rodrigo Zúñiga Alarcón
Traumatología Veterinaria Madrid
Alonso Cano 57 Madrid

El fin de esta presentación es hablar de siete patologías ortopédicas poco habituales en pequeños animales las cuales causan cojeras y comúnmente ante el desconocimiento son difíciles de diagnosticar.

1.- ENFERMEDAD DE LOS SESAMOIDEOS METACARPO FALÁNGICOS EN PERROS

Se trata de una patología de origen degenerativo de los sesamoideos palmares y/o plantares que da lugar a la fragmentación simple o múltiple de los mismos. Esta afección puede ser unilateral o bilateral. Los sesamoideos que habitualmente se fracturan son el 2 y el 7, siendo más habituales estas fracturas en los miembros torácicos.

La etiología hasta el momento es incierta. La hipótesis más aceptada plantea que estas fracturas son por fatiga, esto se debe a las excesivas tensiones que ejercen tendones flexores digitales sobre los sesamoideos. La razón por la que los sesamoideos 2 y 7 sean los que más frecuentemente se fracturan es debido a que los tendones flexores de los dedos II y V discurren de forma excéntrica pasando justo por encima de dichos sesamoideos.

En cuanto a la epidemiología, esta afección afecta con gran frecuencia a la raza Rottweiler (más de un 50% en algunos estudios). También los lebreles de deporte presentan esta patología con relativa frecuencia. En cuanto al sexo los machos estadísticamente están más predispuestos.

Muchas de las veces esta patología suele ser asintomática. En otras ocasiones los pacientes muestran cojera grado I y II. En estática suelen dejar el miembro afectado completamente elevado. En ocasiones se aprecia tumefacción dorsal en el dedo afectado. Existe agravamiento de los signos clínicos tras realizar ejercicio sobre todo en terreno irregular.

El examen ortopédico será de gran ayuda para tener como diagnóstico presuntivo esta patología. Lo que se hace es palpar uno y cada uno de los 8 sesamoideos. Estos se encuentran justo proximal al cojinete plantar y con dígito presión los palparemos evidenciando dolor a la palpación.

Las pruebas de gabinete necesarias para el diagnóstico será un estudio radiográfico ortogonal de la mano o pie, aunque en la proyección dorso palmar o dorso plantar será más evidente visualizar los sesamoideos fracturados. El TC también será de gran ayuda.

Siempre el hallazgo radiográfico o de TC deberá ir aunado al dolor en el examen ortopédico, pues existen sesamoideos multifragmentados los cuales no causan dolor por lo tanto tampoco cojera.

Una vez confirmado el diagnóstico, el tratamiento puede ser conservador o quirúrgico.

Tratamiento conservador:

- Reposo 2 meses
- Vendaje Robert Jones 1 mes
- Aines 3 semanas

Si el paciente no responde al tratamiento conservador se deberá optar por el tratamiento quirúrgico que será realizar la sesamoidectomía.

Según indican varios estudios, el tratamiento conservador tiene mejores resultados clínicos y menor enfermedad degenerativa articular a largo plazo.

2.- TENOSINOVITIS ESTENOSANTE DEL T. ABDUCTOR POLLICIS LONGUS

El abductor pollicis longus es un músculo que se origina en la parte proximal del radio, recorre el carpo y se inserta en el primer hueso metacarpiano. Su función es extender y permitir cierta abducción del primer dedo. La tensión crónica de este tendón puede llevar a inflamación seguido de fibrosis y en ocasiones a una osificación alrededor del tendón. Esto restringe el movimiento del tendón en su vaina, causando dolor y cojera. Habitualmente los perros afectados suelen ser de razas grandes.



gta

XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025

Los signos clínicos son cojera de leve a moderada en los miembros torácicos la cual empeora con el ejercicio. También encontraremos aumento de volumen por inflamación en la zona medial de los carpos con dolor a la flexión de la articulación radio carpal.

Estudio radiográfico:

En la proyección medio lateral se puede apreciar un marcado engrosamiento de los tejidos blandos en la cara medial del radio distal que se extiende hasta la cara medial del primer metacarpiano. También se observa neoformación ósea irregular bien definida, subyacente al engrosamiento de tejidos blandos, desde la cara medial del radio distal (asociada al surco del tendón abductor del primer dedo) hasta su inserción en el primer metacarpiano.

En casos crónicos se aprecian calcificaciones en el tendón.

Ecografía

Para corroborar nuestras sospechas de afección del tendón abductor *del primer dedo* se realiza una ecografía con transductor lineal de alta frecuencia. Sobre un corte longitudinal de la cara dorsomedial del radio distal se aprecia marcado engrosamiento del tendón abductor *del primer dedo* sin pérdida del patrón de las fibras, así como del tejido periférico que lo engloba, con presencia de efusión dentro de la vaina tendinosa.

Tratamiento

Inyección peritendinosa 0,5 ml de metilprednisolona (40 mg/ml) + férula carpiana durante 3 semanas.

Si la cojera persistiera existen dos opciones quirúrgicas. La primera es eliminar quirúrgicamente la reacción perióstica liberando los tejidos blandos y si esta opción fuera imposible de realizar por la cronicidad de la enfermedad, se deberá realizar una tenotomía del t. abductor del primer dedo. La tenotomía es un procedimiento quirúrgico en el cual se corta o "libera" el tendón. Este procedimiento ha mostrado alivio de los signos clínicos, pero también parece llevar al desarrollo de osteoartritis significativa en el carpo. Esto puede ser el resultado de que el tendón del abductor pollicis longus ayuda a proporcionar estabilidad a la articulación del carpo. Por lo tanto, la tenotomía no se recomienda como forma primaria de terapia quirúrgica.

3.- CONTRACTURA FIBRÓICA DEL MÚSCULO INFRAESPINOSO

La contractura muscular o fibrosis se produce cuando se sustituye la arquitectura de la unidad musculotendinosa normal por tejido fibrótico.

El músculo infraespinoso se origina en la fosa infraespinosa de la escápula y se inserta en el tubérculo mayor del húmero.

La función de este músculo es la abducción y rotación externa del húmero.

Es una patología poco frecuente la cual puede ser bilateral y se puede dar en cualquier raza, sin embargo, es más habitual la incidencia en razas de caza.

Es habitual que 1 a 6 semanas antes de apreciarse la contractura muscular presenten una pequeña cojera que algunas veces pasa desapercibida por los tutores.

Una vez instaurada la contractura al examen ortopédico se apreciará rotación externa y abducción del miembro torácico. Este signo clínico es patognomónico de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento se habla que éste podría ser con rehabilitación siempre y cuando se diagnostique cuando apenas comienza la contractura. Difícilmente se diagnostica de forma precoz. Por lo que el tratamiento será quirúrgico mediante la tenotomía del infraespinoso donde atraviesa la articulación del hombro.

El pronóstico de la contractura del músculo infraespinoso es excelente, y tras la cirugía se espera que se recupere la funcionalidad normal del miembro.

4.- LUXACIÓN DEL TENDÓN FLEXOR DIGITAL SUPERFICIAL



gta

**XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025**

El músculo tendón digital superficial se origina en la parte distal y caudal del fémur y se inserta en segunda falange de los dedos II, III, IV y V del miembro pélvico.

Este tendón discurre por caudal a la tuberosidad del calcáneo y está sujeto en esta zona por dos retináculos, uno por medial y otro por lateral.

La luxación sucede cuando uno de los dos retináculos que lo mantienen en su sitio se rompe. Si se rompe el retináculo lateral la luxación será hacia medial y si se rompe el retináculo medial la luxación será hacia lateral. En cuanto a frecuencia es más común la luxación lateral del tendón flexor digital superficial. Hay una hipótesis habla sobre la tendencia a la luxación lateral. Esta hipótesis dice que en estos pacientes existe una mala angulación del calcáneo con respecto al origen e inserción del músculo, produciendo una luxación lateral del tendón.

La luxación del tendón flexor digital superficial conlleva a una cojera de no apoyo en los primeros días y posteriormente es una cojera de "saltito", parecida a los pacientes con luxación rotuliana.

A la exploración ortopédica observaremos tumefacción e inflamación en la zona de la tuberosidad calcánea. Se apreciará fácilmente como se luxa el tendón ya sea hacia lateral o hacia medial.

El tratamiento es quirúrgico suturando el retináculo que se encuentre roto. Se recomienda utilizar sutura de polipropileno colocando puntos discontinuos en "U".

El pronóstico suele ser muy bueno.

5.- LUXACIÓN DEL TENDÓN EXTENSOR DIGITAL LARGO

El T. extensor digital largo se origina en el cóndilo lateral del fémur, discurriendo en la tibia proximal por un surco (llamado surco del t. extensor digital largo) y se inserta en las falanges distales de los dedos.

El tendón discurre en la tibia proximal y lateral por un surco (llamado surco del t. extensor digital largo), el cual presenta un ligamento que evita que el tendón se luxe saliendo de ese surco.

La etiopatogénesis de la luxación del tendón extensor digital largo es debido a la rotura del ligamento que lo sujeta en el surco de dicho tendón. Esta rotura puede ser traumática la cual es muy poco frecuente, o iatrogénica ya sea por una incisión muy larga en la cápsula articular lateral donde con las tijeras cortemos el ligamento o por una osteotomía incorrecta en la técnica TPLO donde cortemos dicho ligamento.

A la exploración ortopédica en dinámica se aprecia cojera de "saltito" también parecida a la cojera de luxación rotuliana.

A la palpación lo que debe hacerse es colocar el dedo índice en el surco del tendón extensor digital largo y rotar hacia medial la rótula. Con esta manipulación apreciaremos con nuestro dedo índice como se luxa el tendón.

El tratamiento siempre será quirúrgico. El fin de la cirugía es que el tendón no se salga del surco. Hay varias formas de lograr esto. Colocando puntos con polipropileno, colocando una pequeña placa de osteosíntesis con tres agujeros y dos tornillos uno en cada lado de la placa o colocando una grapa quirúrgica.

El pronóstico es excelente.

6.- MIOPATÍA DEL COMPLEJO MUSCULAR GRACILIS – SEMITENDINOSO

Esta miopatía se observa con más frecuencia en los perros pastores alemanes.

No se conoce su etiología, pero existe la hipótesis de que puede estar causada por un traumatismo, una enfermedad inmunomediada o una neuropatía.

Esta contractura se produce cuando la estructura de la unidad musculotendinosa normal se sustituye por tejido fibroso, produciendo acortamiento funcional del músculo o el tendón.

A la exploración ortopédica se aprecia una cojera característica no dolorosa. A la palpación se observa una banda fibrótica en la parte medial del muslo donde discurren los músculos gracilis y semitendinoso.

Este trastorno ocurre de forma bilateral entre el 39% y 61% de los perros.

Aunque se han descrito diferentes técnicas quirúrgicas el pronóstico suele malo.

Los pacientes con esta patología suelen hacer una vida completamente normal.

7.- LESIÓN DEL MÚSCULO ILIOPSOAS

El músculo ilipsoas forma parte de la musculatura hipoaxial lumbar. Su función principal es la flexión y rotación externa de la cadera.



gta

XXIV Congreso de Especialidades Veterinarias
ZARAGOZA - 25-26 abril 2025

El músculo iliopsoas realmente está formado por dos músculos:

- **Músculo Psoas Mayor:** se origina en la superficie ventral de los cuerpos y apófisis transversas de las vértebras lumbares.
- **Músculo iliaco:** se origina en la cara ilíaca del ala del ilion

Ambos músculos comparten el mismo tendón (llamado tendón iliopsoas) el cual se inserta en el trocánter menor de fémur. Entre estos dos músculos y muy cerca de su inserción se encuentra el nervio femoral.

En los últimos años se ha aprendido a reconocer y tratar esta patología.

Los pacientes afectados por esta lesión son habitualmente atletas. Se ha visto mucho en perros de Agility.

La lesión del músculo iliopsoas puede ser aguda o crónica y se da por una excesiva distensión muscular. Esta lesión suele ser muy dolorosa, tanto por la lesión tendinosa per se, así como por que al estar el nervio femoral entre los dos músculos los pacientes presentan un dolor neuropático muy severo.

Al examen ortopédico se aprecia renuencia a la propulsión.

La manipulación que debemos hacer para diagnosticar esta lesión es una palpación directa en la tuberosidad menor del fémur haciendo presión con hiperextensión de la cadera y rotación interna del fémur.

El tratamiento consta en primer lugar de rehabilitación, donde está indicado el láser, la masoterapia y el estiramiento.

Solamente en caso de no haber respuesta se opta por un tratamiento quirúrgico realizando tenotomía de la inserción del iliopsoas.

Bibliografía

1. M. Devor, R. Sorby: Fibrotic contracture of the canine infraspinatus muscle: pathophysiology and prevention by early surgical intervention. *Vet Comp Orthop Traumatol.* 2006,19(2):117-21
2. M E Kara: Anatomical factors in displacement of the superficial digital flexor tendon in dogs. *Dtsch Tierarztl Wochenschr.* 1998 Jul,105(7):278-9
3. Fragmented palmar metacarpophalangeal sesamoids in dogs: A long-term evaluation. *Veterinary and comparative Orthopaedics and Traumatology.* 14(1):7-14
DOI 10.1055/s-0038-1632666
4. P.J. Haaland, L. Sjostromk: Luxation of the long digital extensor tendon as a complication to tibial plateau levelling osteotomy. A presentation of four cases. *Vet Comp Orth Traumatol.* 2007,20(3):224-6