

Heridas de la mano

S. Barbary, F. Dap, G. Dautel

Cada año se producen numerosos traumatismos que afectan a la mano, de los que una elevada proporción son abiertos. Alrededor de un tercio son especialmente graves y conllevan un riesgo elevado de secuelas. El impacto socioeconómico es inmenso y muchas de las secuelas podrían evitarse mediante la exploración sistemática de heridas aparentemente benignas y el traslado a un centro especializado en cirugía de la mano acreditado por la Federación Europea de Servicios de Urgencias de la Mano (FESUM). Los conocimientos anatómicos del miembro superior son indispensables para que al final de la exploración física una primera evaluación permita determinar tres líneas de actuación: cicatrización dirigida en caso de herida pulpar o de dermoabrasiones sin exposición de elementos nobles; exploración-sutura bajo anestesia local (en la consulta) para las pequeñas heridas dorsales a distancia de las articulaciones y de los ejes vasculonerviosos; exploración en el quirófano bajo anestesia locoregional para todas las demás heridas. Los autores de este artículo consideran que hay cuatro urgencias absolutas que requieren un tratamiento inmediato en un centro especializado y acreditado por la FESUM: desvascularizaciones, reimplantaciones, inyecciones a presión y mutilaciones graves. El pronóstico funcional depende de la calidad de la reparación tisular, para la que se utilizan técnicas microquirúrgicas que deben dominarse a la perfección. La segunda etapa, que también es fundamental, consiste en el uso de ortesis y la rehabilitación, que debe comenzar lo antes posible.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Microcirugía; Reimplantación; Tendón

Plan

■ Datos epidemiológicos	1	■ Casos especiales	10
■ Reseña anatómica práctica	2	Mordeduras	10
Vascularización	2	Amputación digital	11
Inervación	2	Heridas por inyección a presión	12
Tendones flexores de los dedos y de la muñeca	3	Caso especial de los niños	12
Tendones extensores	3	■ Secuelas de las heridas de la mano	13
■ Exploración física	5	Cutáneas y estéticas	13
Anamnesis	5	Funcionales	13
Mecanismo lesional	5	Sensitivas	13
Exploración de la mano	5	Algodistrofia o síndrome doloroso regional complejo de tipo I (SDRC I)	13
Estudio radiográfico	6		
■ Estudio lesional	7		
■ Técnica quirúrgica	7		
Anestesia	7		
Incisiones	7		
Reparación tendinosa	8		
Reparación vascular	9		
Reparación nerviosa	9		
Cobertura cutánea	10		
Vendaje	10		

■ Datos epidemiológicos

En Francia, por ejemplo, el *Livre blanc* ^[1] editado en 1998 recoge 1.400.000 traumatismos de la mano anuales, de los que 620.000 se clasifican como graves. Alrededor de 600.000 son traumatismos abiertos. Los accidentes de la vida diaria representan 950.000 casos, de los que 400.000 son graves. El estudio de la Federación Europea de los Servicios de Urgencias de la Mano (FESUM) ^[2] de junio de 2002 confirma la distribución de un tercio de accidentes relacionados con el trabajo y dos tercios relacionados con la vida diaria. La FESUM es una

federación de centros especializados en el tratamiento de las urgencias de la mano. Reagrupa a 47 centros en Francia (27 privados y 20 públicos), así como siete centros en Bélgica, cinco en Suiza y uno en Luxemburgo. Los centros acreditados por la FESUM constan de al menos tres cirujanos que cuentan con una formación validada teórica y práctica de cirugía de la mano y de microcirugía. Los centros están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana y pueden garantizar la vigilancia y el seguimiento postoperatorios, así como los cuidados de rehabilitación y de ortesis. En Francia, por ejemplo, sólo 120.000 pacientes anuales [3] con traumatismos de la mano (es decir, menos del 10%) reciben tratamiento en un centro de la FESUM, mientras que constituyen el primer motivo de baja laboral y de declaración de incapacidad parcial permanente en dicho país [4]. Según este mismo estudio [2], los pacientes ingresados en un centro de la FESUM requieren un procedimiento microquirúrgico en el 15% de los casos (suturas primarias de arterias o nervios y reimplantaciones). Entre las amputaciones, las condiciones locales permiten una reimplantación tan sólo en el 18% de los casos. Sin embargo, la literatura [5] recoge una tasa de éxito del 40-75% cuando se intenta esta técnica.

■ Reseña anatómica práctica

Vascularización (Fig. 1)

Las arterias radial y cubital son los dos ejes vasculares principales de la mano. La maniobra de Allen permite evaluar su dominancia y sus conexiones con los dos arcos vasculares superficial y profundo. La arteria radial pasa de la cara anterior de la muñeca a la cara posterior del 1.º espacio interóseo dando origen a una rama radiopalmar, que cruza bajo los tendones de la tabaquera anatómica (abductor largo, extensor corto y extensor largo del pulgar) para pasar del canal del pulso a la cara dorsal de la mano. La arteria cubital pasa por el canal de Guyon y a continuación discurre por encima de los tendones flexores para formar el arco palmar superficial uniéndose a la arteria radiopalmar, rama de la arteria radial. De este arco nacen las arterias interdigitales que se dividen en arterias colaterales de los dedos. El arco palmar profundo está formado por la anastomosis terminoterminal de la arteria radial y de la cubitopalmar (procedente de la arteria cubital y acompañada por el ramo motor del nervio cubital).

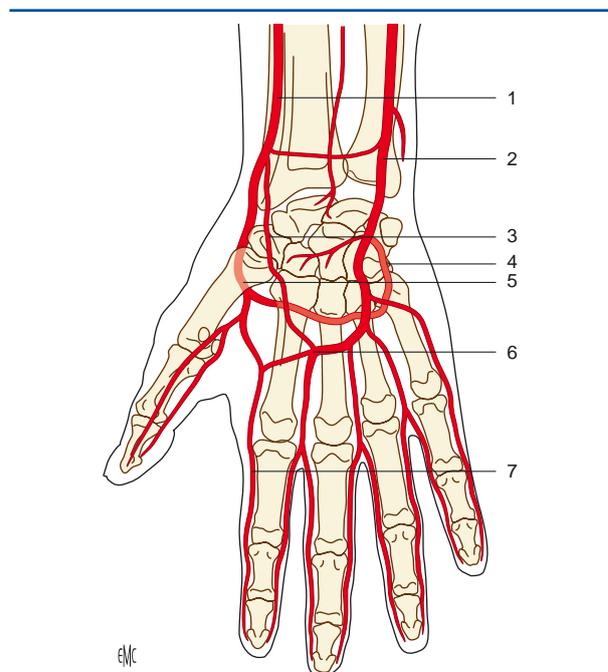


Figura 1. Vascularización de la mano. 1. Arteria radial; 2. arteria cubital; 3. arteria radiopalmar; 4. arteria cubitopalmar; 5. arco palmar profundo; 6. arco palmar superficial; 7. arterias colaterales digitales.

Inervación (Fig. 2)

El nervio mediano pasa por el túnel carpiano y se ramifica para dar lugar a los nervios colaterales de los tres primeros dedos y al nervio colateral radial del 4.º dedo, así como al ramo motor que atraviesa el ligamento retinacular de los flexores para proporcionar una parte de la motricidad intrínseca del pulgar (oposición, abducción). El ramo cutáneo palmar del nervio mediano nace a unos 5 cm en sentido proximal respecto al pliegue de flexión de la muñeca, discurre sobre el borde cubital del flexor radial del carpo e inerva la piel de la eminencia tenar.

El nervio cubital en la muñeca da origen a un ramo cutáneo dorsal que rodea el extremo inferior del cúbito, para ramificarse en la cara dorsal de los radios 4.º y 5.º. Después de su paso por el canal de Guyon, el nervio cubital se divide en un ramo motor profundo para la

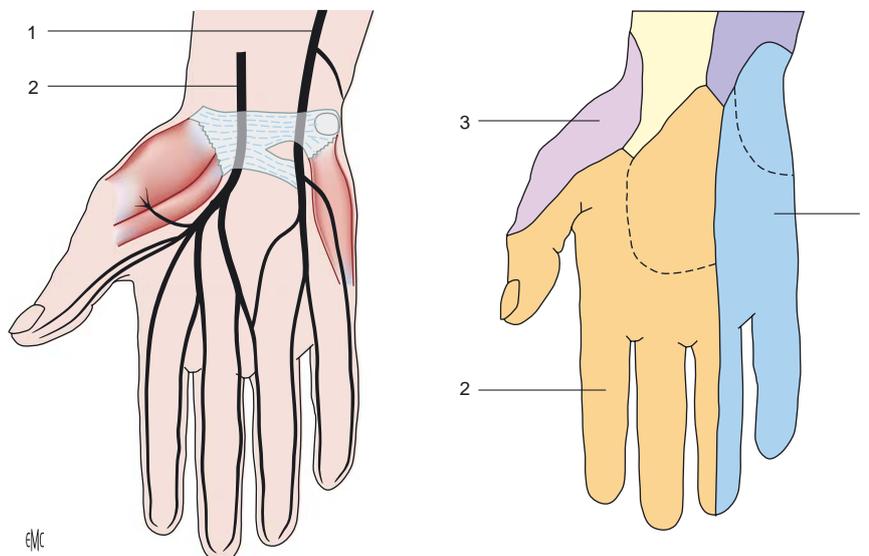


Figura 2. Inervación de la mano, cara palmar. 1. Nervio cubital; 2. nervio mediano; 3. nervio radial.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349191>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349191>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)