



Cirugía paliativa motora de las funciones elementales del pulgar y las parálisis combinadas de la mano

M. Revol

Cuando la reparación nerviosa es imposible o ha fracasado, la cirugía paliativa puede habitualmente compensar las funciones motoras esenciales de la mano paralizada. Sólo es razonable indicarla una vez que el cuadro clínico se ha estabilizado y si se puede llevar a cabo una rehabilitación postoperatoria especializada. Esta cirugía se basa en transferencias tendinosas activas, combinadas con procedimientos pasivos de tenodesis y de artrodesis. Estas técnicas permiten reanimar en particular las siguientes funciones elementales primordiales: abducción, antepulsión y aducción del primer metacarpiano, flexión y extensión interfalángicas del pulgar. Las parálisis de la mano se producen como resultado de lesiones nerviosas periféricas (tronculares o plexuales) o de lesiones neurológicas centrales (medulares y cerebrales); el tratamiento paliativo de las parálisis tronculares, plexuales, radicales y medulares del miembro superior sólo se basa en la asociación juiciosa de las técnicas elementales previas. Las parálisis tronculares de la mano afectan a los nervios mediano, radial y/o cubital. Las parálisis radiales afectan a la extensión de la muñeca, de las articulaciones metacarpofalángicas (MF) de los dedos y a la reposición del pulgar. Los motores utilizables son el pronator teres, los flexores de la muñeca (flexor carpi radialis, palmaris longus, flexor carpi ulnaris) y el flexor digitorum superficialis. Se han propuesto multitud de soluciones. Las parálisis cubitales afectan a los músculos de los dedos largos y a los músculos tenares internos. La deformidad en garra de los dedos largos se trata mediante procedimientos pasivos (capsuloplastias) y/o activos (lazos). El pulgar se corrige mediante una transferencia de aducción-retropulsión del primer metacarpiano y de la estabilización en flexión MF. Las parálisis del mediano plantean sobre todo el problema de la sensibilidad de la mano. Cuando existen, los déficits motores afectan a la antepulsión del pulgar, el flexor pollicis longus y el flexor digitorum profundus de los dedos segundo y tercero. Las parálisis combinadas son mediano-cubitales, radio-cubitales y mediano-radiales. Las parálisis plexuales y radicales afectan a las raíces superiores (C5, C6) y/o inferiores (C8, T1). Cuando está afectada la raíz C7, siempre se asocia a una parálisis radicular superior (C5, C6, C7) o inferior (C7, C8, T1). En este caso, al cuadro se añade unaseudoparálisis radial que afecta a la extensión activa del codo, la muñeca y las MF de los dedos. Las lesiones medulares cervicales producen tetraplejías, en las que las indicaciones quirúrgicas están guiadas por la clasificación internacional de Giens. Las parálisis cerebrales plantean problemas complejos. Los déficits neuropsicológicos asociados, el mal control voluntario de los músculos motores, la naturaleza evolutiva de las deformaciones en el tiempo y su carácter a menudo imprevisible deben hacer al cirujano extremadamente prudente en sus posibles indicaciones quirúrgicas.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Transferencias tendinosas; Cirugía de la mano; Miembro superior; Parálisis de la mano; Cirugía paliativa motora; Tenodesis; Artrodesis

Plan

■ Introducción	2
■ Métodos paliativos de las parálisis de las funciones elementales del pulgar	2
Terminología de los movimientos del pulgar	2
Procedimientos paliativos de la reposición del pulgar	3
Métodos paliativos para el extensor pollicis longus	3
Procedimientos paliativos para el abductor pollicis longus	3
Procedimientos paliativos de la antepulsión del pulgar	5
Procedimientos paliativos de la aducción y retropulsión trapeciometacarpiana y de la estabilización en flexión metacarpofalángica	6
Procedimientos paliativos de las parálisis intrínsecas completas del pulgar	7
Procedimientos paliativos de la flexoextensión metacarpofalángica	8
Procedimientos paliativos de la flexoextensión interfalángica del pulgar	9
■ Cirugía paliativa motora de las parálisis combinadas de la mano	10
Parálisis tronculares	10
Parálisis por lesiones del plexo braquial	17
Tetraplejías postraumáticas	18
Parálisis de origen cerebral (manos espásticas)	19

■ Introducción

A pesar de algunos estudios recientes^[1,2], la cirugía paliativa motora de la mano paralizada sigue siendo aún más un arte que una ciencia. Todavía existe claramente una brecha entre el laboratorio de fisiología y el quirófano. Las propiedades del músculo tales como la curva de Blix, la medida del sarcómero por difracción láser, etc., no están aún listas para sustituir a la experiencia del cirujano a la hora de seleccionar el motor y el ajuste de su tensión. Por ello, la mayoría de los artículos dedicados a las transferencias tendinosas, publicados hace 30 o 40 años, continúan siendo hoy en día trabajos de referencia.

La cirugía paliativa motora radica en tres imperativos previos fundamentales: es necesario asegurarse de que se han intentado todas las posibilidades de reparación nerviosa que sean posibles, asegurarse de que el cuadro clínico es estable, es decir, que no es susceptible de agravarse ni de mejorar espontáneamente, y, por último, asegurarse de que podrá realizarse y seguirse correctamente la rehabilitación postoperatoria. En el caso de que no se disponga de un rehabilitador con experiencia que pueda ocuparse del tratamiento postoperatorio y/o si el paciente no es lo suficientemente cooperador como para someterse a esta rehabilitación, evidentemente será necesario diferir la intervención quirúrgica, ya que el resultado de este tratamiento incompleto será malo.

En este artículo se realizará una exposición de los métodos que permiten compensar las parálisis elementales del pulgar y las parálisis combinadas de la mano.

■ Métodos paliativos de las parálisis de las funciones elementales del pulgar

Es indispensable comenzar por hacer un esfuerzo de aprendizaje de la terminología, para desmenuzar las clásicas «parálisis de la oposición», calificativo de manera incisiva que se aplica habitualmente a la cirugía paliativa motora del pulgar pero que es origen de confusión por su enorme imprecisión. De ello resulta que los textos

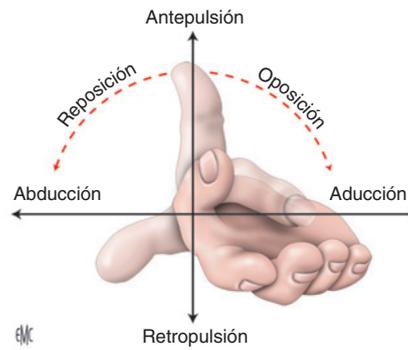


Figura 1. Definición de los principales movimientos de la articulación trapeciometacarpiana según la posición del pulgar en el arco de circunducción. No figuran los movimientos de rotación, automáticos.

quirúrgicos consagrados a las «parálisis de la oposición» del pulgar se asemejan más a menudo a recetas de cocina que a un auténtico análisis terapéutico. Aquí se retomará la terminología y el análisis de Zancolli^[3], que son particularmente claros y funcionales, según los cuales «la oposición» se descompone al menos en «antepulsión» y en «aducción» del primer metacarpiano. Esta distinción no tiene nada de teórica, ya que corresponde exactamente a dos funciones diferentes que la cirugía paliativa motora puede compensar.

Terminología de los movimientos del pulgar

- El pulgar posee tres articulaciones:
- interfalángica (IF), capaz de flexión y extensión. El motor de la flexión es el flexor pollicis longus (FPL). La extensión tiene muchos motores: extensor pollicis longus (EPL) (no interviene en las pinzas), aductor (interviene en las pinzas) y abductor pollicis brevis (APB);
 - metacarpofalángica (MF), también capaz de flexión y extensión, así como, en teoría, de movimientos de lateralidad y de rotación axial, que en la práctica pasaremos por alto. El motor de la extensión es el extensor pollicis brevis (EPB). La estabilización de la MF en flexión durante las pinzas se basa en el aductor y el flexor pollicis brevis (FPB);
 - trapeciometacarpiana (TM). Esta maravillosa articulación puede realizar movimientos simples y movimientos complejos. Los movimientos simples, no rotatorios, son (Fig. 1):
 - la abducción, que separa el primer metacarpiano del segundo en un plano muy próximo al plano de la palma, y la aducción, que los aproxima. Los motores de la abducción son el abductor pollicis longus (APL) y el EPB. Los motores de la aducción son el aductor, el FPB y, parcialmente, el APB;
 - la antepulsión, que separa el primer metacarpiano del segundo en un plano casi perpendicular al de la palma, y la retropulsión, que los aproxima en dicho plano. Los motores de la antepulsión son el APB, el oponente del pulgar y, parcialmente, el fascículo superficial del FPB, así como el APL. Los motores de la retropulsión están representados sobre todo por el EPL pero también en parte por el aductor y el primer interóseo dorsal (IOD), que intervienen durante las pinzas;
 - la combinación de estos movimientos simples da lugar a movimientos de «circunducción», que se califican de «reposición» cuando se realizan en el sentido de la abducción y de la retropulsión, y de «oposición» cuando se realizan en sentido inverso de aducción y de antepulsión;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053350>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053350>

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