

Cirugía paliativa motora de las parálisis de la mano (III): indicaciones técnicas en las parálisis combinadas

M. Revol, J.-M. Servant

Después de examinar en los dos artículos precedentes los métodos paliativos relativos a las funciones motoras elementales de la mano paralizada, se estudian aquí las indicaciones en las parálisis combinadas.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Transferencias tendinosas; Cirugía de la mano; Miembro superior; Parálisis troncales; Parálisis del plexo; Tetraplejías postraumáticas; Cirugía paliativa motora; Tenodesis; Artrodesis

Plan

■ Introducción	1
■ Parálisis troncales	1
Parálisis radial	2
Parálisis cubital	3
Parálisis del mediano	4
Parálisis troncales asociadas	5
■ Parálisis del plexo	7
■ Tetraplejías postraumáticas	7
Grupo 1	7
Grupo 2	7
Grupos 3, 4 y 5	8
Grupo 6	8
Grupo 7	8
Grupo 8	8
Grupo 9	9
■ Parálisis de origen cerebral (manos espásticas)	9

■ Introducción

Las parálisis elementales que se han estudiado en los artículos 44-420 y 44-421 rara vez se encuentran de forma aislada. Por el contrario, en la práctica, se asocian entre ellas de maneras diversas para dar lugar a cuadros que dependen a la vez de la localización y de la naturaleza de la lesión causal y de las reglas de la anatomía neurológica (Fig. 1). Se distinguen así lesiones periféricas (troncales, del plexo, radicales) y lesiones centrales (medulares y cerebrales); sin embargo, sea cual sea el cuadro clínico, la conducta preoperatoria es la misma.

■ Parálisis troncales

Las parálisis troncales, la mayoría de origen traumático, plantean el problema de las lesiones tendinosas asociadas, que pueden reducir el número de motores utilizables y complicar las intervenciones siguientes. En realidad, la frecuencia de estas indicaciones de intervenciones paliativas motrices ha disminuido de manera

“ Punto importante

Conducta preoperatoria en el tratamiento de las parálisis combinadas

- Garantía de que se cumplen las condiciones previas a la cirugía paliativa motora: imposibilidad o carácter ilusorio de la reparación nerviosa; situación neurológica estable; articulaciones flexibles o que pueden recuperar la flexibilidad; posibilidad de reeducación postoperatoria adecuada y voluntad del paciente de cooperar en esta reeducación.
- Estudio de las funciones musculares paralizadas y de las funciones musculares conservadas, articulación por articulación.
- Definición de los objetivos de la recuperación funcional motora, en términos de funciones articulares.
- Comparación de estos objetivos con los músculos motores disponibles para posibles transferencias tendinosas.
- Establecimiento de la lista de intervenciones adecuadas (artrodesis, tenodesis, transferencias tendinosas) que deben ser lo más sencillas posible y usando la menor cantidad de transferencias posible.
- Planificación del número de tiempos quirúrgicos en función de esta lista y de las limitaciones de la inmovilización subsiguiente.
- Dibujo de las incisiones necesarias para realizar el programa previsto.

considerable en Francia en los últimos 15 años, lo que con toda claridad se debe a la reparación nerviosa de urgencia, que se ha convertido en sistemática y que ha alcanzado una calidad excelente gracias a la multiplicación de centros especializados en urgencias de la mano.

		Parálisis tronculares						Parálisis del plexo				Tetraplejíjas																
		Aisladas			Asociadas																							
		Radial alta	Radial baja	Mediana alta	Mediana baja	Cubital alta	Cubital baja	MC baja	MC alta	Leptra (M baja + C alta)	RC	MR	MRC	C5 + C6	C5 + C6 + C7	C8 + D1	C7 + C8 + D1	C5 + C6 + C7 + C8 + D1	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9	
Codo	Flexión	Braquial																										
	Bíceps	BR	x	x	x	x	x	x	x	x																		
Antebrazo	Extensión	Tríceps																										
	Supinación	Supinador																										
Muñeca	Pronación	PT	x	x		x	x	x																				
		ECRL			x	x	x	x																				
	Extensión	ECRB			x	x	x	x																				
	ECU			x	x	x	x																					
	Flexión	FCR	x	x		x	x	x																				
	PL	x	x		x	x	x																					
Dedos	Extensión MF	FCU	x	x		x	x	x																				
		EDM			x	x	x	x																				
	EDC			x	x	x	x																					
	Extensión IF	FDP 2, 3																										
	FDP 4, 5																											
	FDS	x	x		x	x	x																					
Pulgar	Retropulsión TM	EPL			x	x	x	x																				
		APL			x	x	x	x																				
	Abducción TM	EPB			x	x	x	x																				
	Antepulsión TM	APB			x	x	x	x																				
Aducción TM (+ Flexión MF)	Oponente del pulgar																											
Flexión IF	FPB																											
		FPL	x	x		x	x	x																				

Figura 1. Funciones motoras, parálisis y motores. Las líneas corresponden a los músculos de las funciones motoras elementales. Las columnas corresponden a los principales cuadros clínicos de parálisis troncales, del plexo y medulares. Las casillas negras indican que el músculo correspondiente está paralizado. Las casillas grises corresponden a músculos en los que la parálisis es inconstante o parcial. Las casillas amarillas corresponden a los músculos motores habituales. Las cruces (X) indican que el motor es utilizable. TM: articulación trapeciometacarpiana; MF: articulación metacarpofalángica; IF: articulación interfalángica; R: nervio radial; M: nervio mediano; C: nervio cubital.

En cuanto a las parálisis leprosas, plantean problemas de daños articulares, óseos y de trastornos tróficos de la mano.

Parálisis radial

Cuadro de déficit

Solo en casos excepcionales la lesión del nervio es tan alta que produce una parálisis del tríceps.

Cuando la lesión del nervio es alta y está localizada en el brazo, que es el caso más frecuente, el cuadro de la parálisis radial consta de un (Fig. 1):

- déficit de extensión de la muñeca («mano caída»).
- déficit de extensión metacarpofalángica (MF) de los dedos («dedos caídos»).
- déficit de abducción y de retropulsión del pulgar.
- déficit sensitivo de la cara dorsal del codo, el antebrazo y la mano.

Cuando la lesión nerviosa es baja, es decir localizada por debajo del codo, afecta a la rama posterior motora del radial. Respeta el BR, el ECRL y, en la mayoría de los casos, el ECRB, por lo que no existe déficit de extensión de la muñeca; el cuadro se resume en un déficit de extensión MF de los dedos, y en un déficit de abducción y retropulsión del pulgar.

Objetivo de la cirugía paliativa

Cuando se han agotado todas las posibilidades de reparación nerviosa, el objetivo de la cirugía paliativa motora es restablecer las funciones siguientes.

Extensión activa de la muñeca cuando la parálisis es alta

Los efectores recuperados son el ECRB (ausencia de desviación lateral de la muñeca), el ECRL (inclinación radial de la muñeca durante su extensión), ambos a la vez, o los dos asociados a un ECU desviado. Los músculos motores utilizables para esta recuperación son, por orden de preferencia, el PT (primera elección, clásico y eficaz), el BR (si el anterior no es utilizable y si él mismo no está paralizado) o el FDS del cuarto dedo.

Extensión metacarpofalángica activa de los dedos

El efector a recuperar es el EDC. Los músculos motores que habitualmente se utilizan son el FCU (sin olvidar el riesgo de desestabilización lateral de la muñeca cuando las articulaciones son laxas), el FCR o el FDS del tercer o el cuarto dedos. Su trayecto puede ser subcutáneo (en el borde cubital del antebrazo para el FCU o en el borde radial para el FCR), o directo, a través de la membrana interósea en el borde proximal de pronador cuadrado.

Reposición del pulgar

Hay que recuperar los efectores EPL (retropulsión) y APL (abducción). Cada uno de estos efectores puede restablecerse mediante procedimientos pasivos de tenodesis o con transferencias activas.

Así, en el caso del EPL puede hacerse una tenodesis en la corredera fibrosa en la extremidad inferior del radio o puede recuperarse mediante una transferencia activa en la que se utilice el mismo motor que para el EDC o un motor específico (PL si existe o FDS del cuarto dedo). En este sentido, se insiste en que la transferencia clásica del PL en el EPL seccionado en su unión musculotendinosa y desviado corresponde, en realidad, mucho más a una transferencia de antepulsión (Camitz) que a una transferencia de retropulsión.

El APL puede abandonarse, sustituirse por una tenodesis (para lo que nosotros defendemos, en lugar de los procedimientos clásicos, la tenodesis dinámica cruzada que se describió en el artículo 44-221) o recuperarse mediante una transferencia activa si queda algún motor disponible (PL o FDS del cuarto dedo). No recomendamos utilizar el FCR para esta transferencia, porque presupone que el FCU se ha transferido al EDC, con lo que la muñeca se vería privada de sus principales motores de flexión.

Motores disponibles

PT, FCR, PL, FCU, FDS, (FPL).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053513>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053513>

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