

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

M. Revol, J.-M. Servant

Tras haber planteado en los dos artículos previos los métodos paliativos referentes a las funciones motoras elementales de la mano paralizada, se estudiarán aquí las indicaciones en las parálisis combinadas.

© 2006 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Transferencias tendinosas; Cirugía de la mano; Extremidad superior; Parálisis troncales; Parálisis de 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 de plexo	7
■ Tetraplejías postraumáticas	7
Grupo 1	7
Grupo 2	8
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 acaban de describir en los artículos 44-420 y 44-421 no suelen aparecer de forma aislada. En la práctica, se asocian de diversas formas entre ellas para originar los cuadros que dependen a la vez de la localización y de la naturaleza de la lesión causal, así como de las reglas de la anatomía neurológica (Fig. 1). De este modo se distinguen las lesiones periféricas (troncales, de plexo, radicales) y las centrales (medulares y cerebrales). Con independencia del cuadro clínico, los preparativos son siempre los mismos.

■ Parálisis troncales

En la mayoría de los casos tienen un origen traumático y plantean además el problema de las lesiones tendinosas asociadas, que pueden reducir el número de motores utilizables y complicar las indicaciones siguientes. De hecho, la frecuencia de estas indicaciones de

“ Punto importante

Pasos preparativos del tratamiento de las parálisis combinadas

- Asegurarse de que las condiciones previas a la cirugía paliativa motora se cumplen de forma adecuada: imposibilidad o carácter irreal de la reparación nerviosa, situación neurológica estable, articulaciones flexibles o flexibilizadas, posibilidad de rehabilitación postoperatoria adecuada y voluntad de cooperación del paciente en dicha rehabilitación
- Estudiar las funciones musculares paralizadas y conservadas, articulación por articulación
- Definir los objetivos de la reanimación funcional motora, en términos de funciones articulares
- Comparar estos objetivos con los músculos motores disponibles para las posibles transferencias tendinosas
- Establecer la lista de las intervenciones proyectadas (artrodesis, tenodesis, transferencias tendinosas) con el objetivo de la mayor sencillez posible y emplear el menor número de transferencias posible
- Planificar el número de tiempos quirúrgicos, en función de esta lista y de las limitaciones de inmovilización postoperatoria que se derivan de ello
- Diseñar las incisiones necesarias para realizar el programa previsto

intervenciones paliativas motoras ha disminuido de forma considerable en algunos países en los últimos quince años, lo que se relaciona sin duda con la reparación nerviosa quirúrgica urgente, que se ha convertido

		Parálisis troncales										Parálisis de los plexos				Tetraplejías												
		Aisladas					Asociadas					de los plexos																
		Radial alto	Radial bajo	Mediano alto	Mediano bajo	Cubital alto	Cubital bajo	MC bajo	MC alto	Lepra (M bajo + C alto)	RC	MR	MRC	C5 + C6	C5 + C6 + C7	C8 + T1	C7 + C8 + T1	C5 + C6 + C7 + C8 + T1	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7	Grupo 8	Grupo 9	
Codo	Flexión	Braquial																										
	Bíceps																											
Antebrazo	Extensión	Tríceps																										
	Pronación	Supinador																										
Muñeca	Extensión	ECRB																										
		ECRB																										
		ECRB																										
	Flexión	FCR																										
		PL																										
		FCU																										
Dedos	Extensión MF	EDC																										
		FDP 2, 3																										
		FDP 4, 5																										
	Flexión IF	FDS																										
		FDS																										
Pulgar	Retropulsión TM	EPL																										
		EPL																										
	Abducción TM	APL																										
		APB																										
	Aducción TM (+flexión MF)	OP																										
		FPB																										
Flexión IF	FPL																											

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 las parálisis troncales, de plexo y medulares. Las casillas negras indican que el músculo correspondiente está paralizado. Las grises corresponden a un músculo paralizado de forma inconstante o parcial. Las amarillas corresponden a los músculos motores habituales. Las cruces (x) indican que el motor puede utilizarse. TM: trapezometacarpiana; MF: metacarpofalángica; IF: interfalángica; R: nervio radial; M: nervio mediano; C: nervio cubital.

en algo sistemático y de excelente calidad gracias a la multiplicación de los centros especializados en urgencias de la mano.

En cuanto a las parálisis por lepra, presentan el problema del desgaste articular y óseo, así como de los trastornos tróficos de la mano.

Parálisis radial

Descripción de los déficit

Es excepcional que la lesión del nervio sea tan alta que produzca una parálisis del tríceps.

Cuando la lesión del nervio es alta y se localiza en el brazo, que es la situación más frecuente, el cuadro de la parálisis radial asocia (Fig. 1):

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

Cuando la lesión del nervio es baja, situada por debajo del codo, se localiza en el ramo posterior (motora) del radial. Respeto el BR, el ECRL y, la mayoría de las veces, el ECRB. Por tanto, no existe déficit de la extensión de la muñeca; el cuadro se limita a un déficit de la extensión MF de los dedos y un déficit de la abducción y de la retropulsión del pulgar.

Objetivo de la cirugía paliativa

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

Extensión activa de la muñeca cuando la parálisis es alta

El músculo efector reanimado es el ECRB solo (sin desviación lateral de la muñeca), el ECRL (inclinación radial de la muñeca durante su extensión), ambos a la vez, o asociados con el ECU desviado. Los músculos motores utilizables para esta reanimación son, por orden

de preferencia: el PT (primera elección, clásica y eficaz), el BR (si no está paralizado y si el previo es inutilizable) o el FDS del cuarto dedo.

Extensión metacarpofalángica activa de los dedos

El efector que se reanima es el EDC. Los músculos motores que se suelen escoger son el FCU (conociendo el riesgo de desestabilización lateral de la muñeca cuando existe laxitud articular), el FCR o el FDS del tercer o cuarto dedo. 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 del pronador cuadrado.

Reposición del pulgar

Los efectores que deben reanimarse son, por una parte el EPL (retropulsión) y por otra el APL (abducción). Cada uno de estos dos efectores puede restablecerse por los procedimientos pasivos de tenodesis o por transferencias activas.

De este modo, el EPL puede ser sometido a tenodesis en su surco fibroso en el extremo distal del radio, o reanimarse mediante una transferencia activa que utilice el mismo motor que el EDC o bien un motor específico (PL, si existe, o FDS del cuarto dedo). A este respecto, se debe remarcar que la transferencia clásica del PL sobre el EPL seccionado en su unión musculotendinosa y desviado corresponde de hecho mucho más a una transferencia de antepulsión (Camitz) que a una transferencia de retropulsión.

El APL puede dejarse de lado, someterse a tenodesis (y más que los procedimientos clásicos, los autores recomiendan a este respecto la tenodesis dinámica cruzada descrita en el artículo 44-421), o por último reanimarse mediante una transferencia activa si queda un motor disponible (PL o FDS del cuarto dedo). No se recomienda emplear el FCR para esta transferencia, ya que esto sobrentiende que se ha transferido el FCU sobre el EDC y que la muñeca se encontraría así privada de sus principales motores de flexión.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109338>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109338>

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