

# Editorial del monográfico sobre cirugía reparadora de la función motora

Una vez concluido el tratamiento agudo y el neurodiagnóstico, los pacientes con lesiones traumáticas del plexo braquial deben someterse a un tratamiento neuroquirúrgico adecuado en un plazo de seis meses después del accidente. El momento más propicio para realizar intervenciones neuroquirúrgicas se sitúa entre el cuarto y el sexto mes posteriores al accidente.

Después, debe comprobarse si es necesario realizar intervenciones destinadas a lograr una mejoría funcional. Estas operaciones secundarias están indicadas cuando ya no cabe esperar mejoría alguna una vez concluidos el tratamiento neuroquirúrgico y la rehabilitación, así como el tratamiento conservador.

Para elegir las operaciones de mejoría funcional más adecuadas tras una lesión del plexo braquial, es imprescindible conocer toda la gama posible de intervenciones óseas y de partes blandas y su ejecución. En la indicación y planificación de una intervención quirúrgica deben considerarse, además del estado osteocartilaginoso de las estructuras propiamente articulares, las características neuromusculares de la extremidad completa. Sólo así podrán valorarse las ventajas que la intervención prevista aporta al paciente y las operaciones secundarias o simultáneas necesarias. Por esta razón, no hay en principio un procedimiento quirúrgico concreto que sea más adecuado o preferible. Y es que rara vez se encuentran pacientes con unas condiciones musculares idénticas antes de la intervención, lo que dificulta la comparación posterior de resultados con operaciones diferentes. Debe aplicarse por tanto el procedimiento quirúrgico que se considere idóneo para cada persona, porque las diferentes opciones quirúrgicas no rivalizan entre sí, sino que deben entenderse como técnicas complementarias.

Las transposiciones musculares se han desarrollado desde la perspectiva de la carencia funcional que se pretende mejorar y dependen de los denominados “músculos donantes” funcionales. Además de un grado de fuerza necesario comprendido entre cuatro y cinco en los músculos donantes, es imprescindible que exista una función articular pasiva suficiente. Con el fin de obtener una buena función posquirúrgica, durante la intervención hay que inten-

tar alcanzar la mayor tensión previa posible en el músculo transferido.

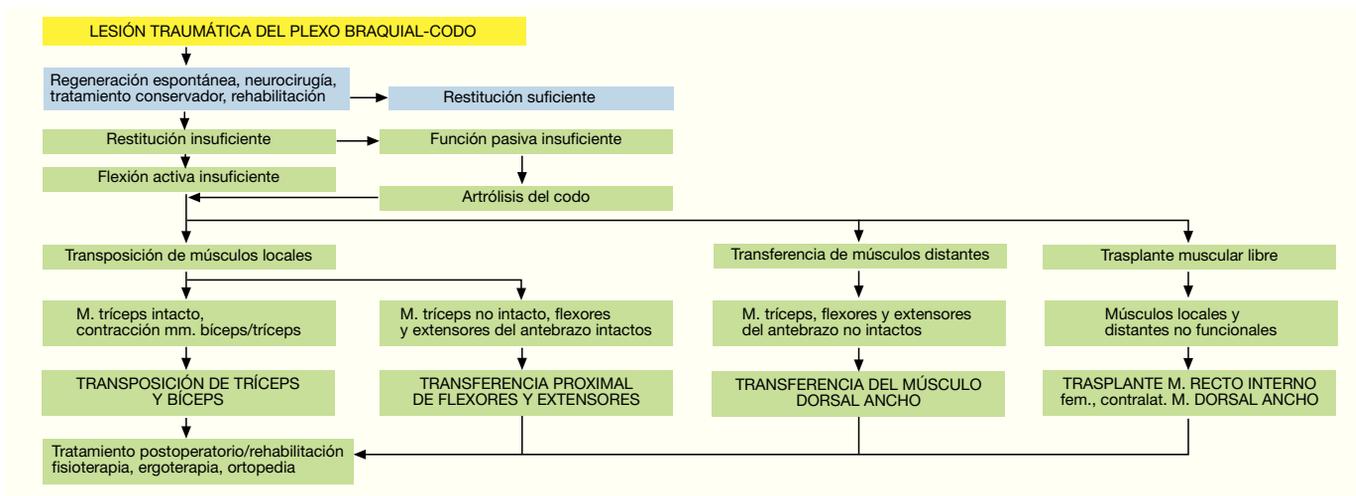
Debido a las complejas consecuencias de las parálisis del plexo braquial, es imprescindible integrar otras disciplinas, además de la fisioterapia, en el tratamiento postoperatorio. Así, se requiere un estrecho contacto entre el equipo médico (cirujano, fisioterapeutas, masajistas, ergoterapeutas, personal sanitario) y un taller de ortopedia capaz de confeccionar cualquier tipo de dispositivos ortopédicos, ortesis y prótesis.

En este número monográfico se abordan las intervenciones secundarias destinadas a mejorar la función del codo, entre las cuales se encuentra el restablecimiento de la flexión del codo, sumamente importante para el paciente. En el caso ideal, después de la intervención el paciente debería ser capaz de llevarse la mano a la cara. La condición previa para todas las cirugías reparadoras musculares es que el codo presente una movilidad pasiva prácticamente libre, la cual ha de lograrse primero mediante medidas conservadoras y, dado el caso, quirúrgicas. En este contexto, se distingue entre:

- Transposición de músculos locales
- Transferencia de músculos distantes
- Trasplantes musculares libres

Entre las transposiciones de músculos locales figuran la operación de Steindler (transferencia proximal de los extensores o los flexores del antebrazo) y la transposición del tríceps y del bíceps. Ambos procedimientos se han descrito ya en ediciones anteriores de esta revista (*Operat Orthop Traumatol* 1999;11:89-96; *Operat Orthop Traumatol* 2001;13:3-16). Además de las transposiciones de músculos locales, y especialmente cuando no se dispone de músculos donantes intactos próximos al codo, también puede lograrse la flexión del codo mediante transferencia de músculos distantes. Las técnicas de transferencia del músculo dorsal ancho y del músculo pectoral descritas en este número completan la serie de técnicas posibles.

Si se dispone de músculos donantes funcionales en el lado afectado, pueden realizarse trasplantes musculares li-



bres. El trasplante se efectúa mediante un pedículo neurovascular que debe unirse en el lugar del desplazamiento con nervios y vasos intactos. El artículo sobre el trasplante libre del músculo recto interno completa el espectro de las intervenciones secundarias para el restablecimiento de la flexión del codo en lesiones traumáticas del plexo braquial. Las intervenciones descritas son más complejas, más largas y más propensas a complicaciones que el desplazamiento de músculos locales.

Debe distinguirse entre lesiones traumáticas y parálisis del plexo braquial por traumatismos durante el parto (parálisis obstétricas, parálisis de Erb-Duchenne, parálisis de Dejerine-Klumpke) puesto que, a causa del crecimiento, surgen diferencias en la evolución y en el tratamiento. Las contracturas en supinación por parálisis —de las que trata

el cuarto artículo— son generalmente la consecuencia de lesiones del plexo braquial por traumatismos obstétricos, aunque también pueden aparecer en lesiones traumáticas del plexo en adultos, en la poliomielitis, en las tetraplejías y en otras lesiones de los nervios periféricos. La operación descrita difiere de las demás intervenciones en que el bíceps braquial no está paralizado antes de la intervención y es posible la flexión. La parálisis y el fallo de los pronadores evitan la antagonización de la supinación mediada por el bíceps braquial, lo que provoca una malposición en supinación de la zona del antebrazo.

*Oliver Rühmann*

**Operat Orthop Traumatol 2009;21:113-4**