

de 5 puntos (4 en la escala de severidad de trauma), que no se recupera de su trauma en los tres primeros días, sea tratado con una fijación intramedular, si es mayor de 5 años.

Los traumas craneoencefálicos tienen mejor pronóstico en niños que en adultos, por esta razón en menores con un ECG por encima de 5, es necesario partir de la premisa, que la fractura ha de manejarse teniendo en cuenta que la recuperación del sistema locomotor va a ser completa.

Un paciente con escala de severidad neurológica de 3 o 4, que presente concomitantemente un compromiso abdominal o torácico de 3 o más puntos, entra en el parámetro mencionado anteriormente de la reducción abierta con osteosíntesis inmediata. El mismo compromiso neurológico, sin

trauma toracoabdominal, puede ser manejado con osteosíntesis tardía.

El retraso en el manejo quirúrgico adecuado, cuando este está indicado, puede desencadenar mayores complicaciones propias de la fractura en sí, o producidas por la prolongada inmovilización. Existe también un aumento en el riesgo de infección nosocomial y en la alteración en el estado nutricional.

Lo ideal es entonces, identificar precozmente el paciente politraumatizado que debe recibir tratamiento quirúrgico apropiado de acuerdo con el protocolo de manejo previamente mencionado, con el objetivo de obtener los mejores resultados funcionales.

## LESIONES DEL PLEXO BRAQUIAL EN LA REGION INFRACLAVICULAR

Dr. Bartolomé T. Allende  
Córdoba - Argentina

Presentamos nuestra experiencia en lesiones producidas por traumatismos y tumores.

### TRAUMATISMOS

De todas las lesiones del plexo braquial, las infraclaviculares son las que tienen mejor pronóstico.

### CLASIFICACION

MECANISMO de PRODUCCION	LESION de los NERVIOS del PLEXO BRAQUIAL
1. Por herida	
a. Directa Vidrio, cuchillo, bala, etc.	Parcial
b. Indirecta Lesión arterial que comprometa secundariamente al nervio.	Total
2. Por traumatismo cerrado	LESION DEL NERVIOS
a. Tracción	Neurapraxia
b. Compresión	Axonotmesis
c. Neurotmesis por fragmento óseo	Neurotmesis

### 1. Por herida

En heridas cortantes netas y limpias la neurorrafia directa o con injerto, cuando se la realiza en forma primaria o precozmente y sin tensión, da buenos

resultados, especialmente en niños y pacientes jóvenes. Si hay lesión vascular asociada ésta debe ser reparada, aunque la circulación colateral sea suficiente para mantener la vitalidad del miembro.

En heridas por arma de fuego la reparación nerviosa se efectuará en un segundo tiempo para evaluar mejor la extensión y patología del nervio. Solo indicamos reparación primaria cuando el paciente debe ser operado y la lesión se produjo por un intento de suicidio.

En heridas contusas, desgarradas, con lesión nerviosa, vascular y extensa fibrosis a la parálisis se suele asociar dolor; en éstas la resección del tejido fibroso, la neurolisis, la reparación nerviosa y vascular alivia el dolor y mejora la función del miembro.

Hay lesiones nerviosas que por la característica del traumatismo, el tiempo transcurrido o la edad del paciente son irreparables, al menos funcionalmente; en éstas la reconstrucción funcional del miembro es mejor que en las parálisis supraclaviculares porque hay más músculos normales que permiten restaurar la función del hombro y codo.

Hay lesiones vasculares en la axila, como seudoaneurismas o grandes hematomas que pueden llevar secundariamente por compresión o fibrosis a lesiones nerviosas muy dolorosas y si no son tratadas precozmente, especialmente en pacientes adultos o viejos, pueden terminar con un importante déficit funcional.

## 2. Por traumatismo cerrado

La lesión nerviosa producida por traumatismo cerrado es generalmente secundaria a una luxación o luxación fractura anterior de hombro; al luxarse se produce una tracción en el nervio y una vez luxado una compresión.

En esta región del plexo braquial, la lesión es de mejor pronóstico porque los nervios tienen mayor elasticidad, la parálisis es generalmente parcial y la patología del nervio es una neurapraxia o axonotmesis. El pronóstico de la lesión nerviosa estará en relación con: la severidad y mecanismo de producción del traumatismo, el desplazamiento y el tiempo transcurrido hasta la reducción de la lesión osteoarticular, la extensión de la parálisis, la existencia de otras lesiones asociadas y la edad del paciente.

En luxaciones antiguas con parálisis de los músculos del hombro y codo, es difícil mantener la reducción quirúrgica de la articulación glenohume-

ral, por falta de músculos que den estabilidad a la articulación.

La lesión nerviosa por traumatismo cerrado es más común en pacientes adultos o viejos y es importante una buena rehabilitación hasta obtener la recuperación neurológica, evitando rigideces, deformaciones y contracturas.

## TUMORES

Los tumores en la región infraclavicular que producen lesión nerviosa, pueden ser primitivos de células del nervio periférico o de tejidos vecinos que por el rápido crecimiento comprimen y/o engloban el plexo. Generalmente los tumores benignos no producen lesión neurológica porque el crecimiento lento en una región donde el nervio tiene cierta elasticidad le permite adaptarse a este cambio de posición y el diagnóstico y tratamiento se efectúa más por el tamaño de la masa tumoral que por la lesión nerviosa.

Tumores primitivos malignos del extremo proximal del húmero pueden, por crecimiento rápido, comprometer los nervios, en estos casos antes de la resección del tumor se efectuará quimioterapia intraarterial y radioterapia si es radiosensible, y luego si es posible la resección oncológica del tumor la que incluye en la resección el nervio circunflejo y a veces el nervio radial.

---

## MANEJO QUIRURGICO DE LA EXTREMIDAD TORACICA EN PARALISIS SUPERIOR

*Dr. Luis Nualart, Dr. Eugenio De Pavía,  
Dr. Max Luft  
México*

La parálisis cerebral se define como una disfunción muscular causada por lesión de la neurona motora superior. Según la localización de la lesión es la disfunción: si es en corteza, la disfunción será espástica, si en núcleos basales, es atetósica y atáxica si la lesión es cerebelosa, aunque hay formas mixtas. Según su topografía serán monoplejía, hemiplejía, diplejía, triplejía e involucro total.

En los tipos que afectan a la extremidad torácica, los procedimientos quirúrgicos están enfocados a lograr la estabilidad articular, corregir la deformidad y obtener un balance muscular.

La actitud habitual de la extremidad torácica espástica es una rotación interna del hombro, flexión de codo, pronación de antebrazo, flexión y des-