

RESTABLECIMIENTO DE LA OPOSICION DEL PULGAR MEDIANTE LA TRANSFERENCIA DEL EXTENSOR DIGITI-QUINTI PROPRIUS (Análisis de las diferentes técnicas y presentación de 15 casos y Revisión de la literatura)

Dr. Benjamín Rivera
Bogotá - Colombia

CASUISTICA

En nuestro Servicio durante los años 1968 a 1983, hemos practicado veintidos transferencias para oposición del pulgar de los cuales (22) trece (13) fueron hechas con la técnica del extensor propio del dedo meñique (EDOP). Cinco (5) usando el flexor superficial del IV dedo. Dos (2) usando el flexor superficial del III dedo y dos (2) usando el flexor superficial del V dedo. Todos los casos obtuvieron el resultado esperado, es decir un buena oposición. Sin embargo encontramos ventajas definitivas con el extensor del meñique y por eso lo hemos hecho con más frecuencia y es nuestra técnica de elección.

DISCUSION

Con el uso del EXTENSOR DIGITI QUINTI PROPRIUS, logramos cómo con las demás técnicas, restablecer la oposición del pulgar perdida. Pero utilizamos este músculo motor porque nos proporciona suficiente amplitud para el arco de movimiento y una capacidad de contracción suficientemente fuerte para el nuevo trabajo, cumpliendo en esta forma con los principios fundamentales de las transferencias proclamados por Bunnell.

CONCLUSIONES

1. Es un procedimiento de grandes ventajas biomecánicas.

2. No requiere la construcción de poleas ni de alargamientos tendinosos para practicarla.
3. La unidad motora se encuentra disponible en la mayoría de los casos de pérdida de la oposición.
4. Se puede utilizar tanto en la parálisis alta como en la parálisis baja del mediano.
5. Se puede utilizar en las lesiones nerviosas combinadas del nervio mediano y del nervio cubital tanto altas como bajas.
6. La combinación de lesión nerviosa menos común es la del nervio mediano y el nervio radial en cuyo caso no sería posible utilizar el extensor digiti quinti proprius para restablecer la oposición del pulgar.
7. Entre sus ventajas biomecánicas podemos señalar que aporta suficiente amplitud y capacidad de contracción para su nuevo trabajo. No produce desbalance muscular significativo al dejar su trabajo de extensor propio del meñique.
8. Procedimiento fácil que cumple con todos los principios de Bunnell.

SINDROMES CRONICOS DE COMPRESION NERVIOSA EN EL MIEMBRO SUPERIOR

Dr. Bernardo Montes
Bogotá - Colombia

Desde su origen medular en el rquis hasta la mano, los troncos nerviosos atraviesan túneles osteofibrosos estrechos donde con frecuencia son comprimidos en forma crónica; se originan así cervicobraquialgias cuya etiología puede estar localizada a distancia de la manifestación clínica.

La compresión en estos sitios puede deberse a factores intrónicos (en el contenido) o factores

extrnicos (el canal) en cada uno de estos sitios se produce una semiología propia.

El compromiso Neurológico se diagnóstica mediante un examen clínico apropiado y se comprueba con un examen eléctrico cuando sea del caso y en el tiempo indicado.

CUELLO	1. Agujeros de conjugación 2. Espacio interescalé 3. Espacio costo-clavicular	(raíces C-5 a T-1) (troncos primarios) (arteria subclavia) (troncos secundarios) (arteria y vena subclavia)
AXILA	4. Espacio subcoracoidiano 5. Espacio prehumeral	(plejo braquial) (nervio músculo cutáneo)
CODO	6. Gotera postero externa 7. Gotera bicipital interna 8. Canal Cubital	(nervio radial) (nervio mediano) (nervio cubital)
PUÑO	9. Túnel del carpo 10. Canal de Guyón	(nervio mediano) (nervio cubital)
Algunas ramas colaterales sufren también compresión crónica en pasos estrechos.		
RAMAS COLATERALES DEL PLEJO	11. N. Supraescapular 12. N. Circumplejo	(escotadura supra-escapular) (cuadrilátero de Velpeau o, cuadrilátero húmero tricipital)

El examen clínico se lleva así:

MOTOR	Movimientos activos voluntarios debilitados
SENSITIVO	Hipoestesia superficial y/o parestesias
REFLEJOS	Bicipital (C-6), tricipital (C-7), estiloides (C-3)
ATROFIAS	Hombro, brazo, antebrazo o mano.

A estos se agrega la exploración arterial y venosa particularmente en los síndromes del opérculo torácico.

Se ha dicho que el 90% de las cervicobraquialgias obedece a alteraciones postulares que generan espasmos musculares y compresión radicular a lo largo de un trayecto nervioso.

Los nervios periféricos tienen fibras amielínicas que sobrepasan en mucho a las mielinizadas; a estas últimas solamente se refieren los estudios eléctricos de compresión nerviosa, los nervios periféricos principales tienen fibras motoras sensitivas y simpáticas, en cambio los segmentos proximales cerca al raquis no contienen fibras simpáticas y por lo tanto su compresión a este nivel no da manifestaciones neurológicas.

En los síndromes de compresión periférica (ejemplo túnel del carpo) la electromiografía no es constante y es difícil de explorar, así el valor del examen eléctrico es relativo.

Las técnicas quirúrgicas para la liberación de cada sitio de compresión y la oportunidad de su indicación se considera aisladamente en cada caso.

I. SÍNDROME COMPARTIMENTAL - DIAGNOSTICO

A. Clínico

B. Examen de Laboratorio

a. Sistemas

1. Dolor mayor del correspondiente a la lesión diagnóstica.
2. Edema.
3. Hipoestasia.

A. 1. SIGNOS

1. Presión del compartimiento tenso.
2. Dolor del estiramiento pasivo de los músculos comprometidos.
3. Parestesia en el territorio de distribución sensitiva del nervio presente del

compartimiento comprometido. Tardíamente, anestesia.

4. Paresia de los músculos del compartimiento, posteriormente parálisis.
5. Pulsos y llenado capilar distales, rutinariamente están intactos a menos que la etiología inicial comprometa los vasos, o que la hiperpresión compartimental sea extremadamente larga.

B. TEST DE LABORATORIO

1. Medición de la presión.
2. Conducción nerviosa y electromiográfica.
3. Estudios vasculares: arteriograma, dopler.
4. Examen de sangre: C.P.K. Aldolasa, Potasio, BOOM (útil en síndrome de aplanamiento).
5. Orina: sangre, mioglobina.
6. Varios: flujo por radioisótopos; pirofosfato de tecnecio 99, P,02, P.H., P.C.02

II INDICACIONES PARA LA MEDICION DE LA PRESION

A. Absoluta

1. Paciente comatoso.
2. No cooperador como un niño asustado.

III. LESION NERVIOSA FRENTE AL SINDROME COMPARTIMENTAL

B. Relativos

1. Confirmación diagnóstica.
2. Síndrome crónico de ejercicio.
3. Durante la cirugía.
 - a. Test para decompresión adecuada.
 - b. Sutura cutánea con monitor.

IV. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

	Síndrome compar- timental	Herida arterial	Lesión nerviosa
Dolor con estiramiento	+	+	-
Pérdida sensibilidad	+	+	+
Pérdida motora	+	+	+
Presión	+	-	-
Pulsos intactos	+	-	+

Tratamiento

Neuroapraxia: observación

Herida arterial: quirúrgico, reparo

Síndrome compartimental: quirúrgico, faciotomía.

V. TECNICAS DE MEDICION DE LA PREESSION

POR AGUJA	HUMBRAL NORMAL
Técnica y efusión (45 mm)	60 mm
Cateter de Wick	30 mm
Cateter Slit	35 mm

REEMPLAZOS DE CADERA. CEMENTADOS VS. NO CEMENTADOS

En una Mesa Redonda con el tema "Reemplazo total de cadera cementada o no cementada" hoy en día se debe constatar que los dos métodos tienen su indicación. Importante para relatar esta discusión me parece la indicación y la técnica operativa.

Sobre este tema cada uno de los participantes puede ayudar con su experiencia personal.

El uso general de cemento hoy en día no se puede justificar. Las cifras de aflojamiento de prótesis cementadas son a largo plazo demasiado altas. La destrucción causada por el cemento y el polietileno

llega algunas veces a alcanzar una forma tan grotesca, que la necesaria reconstrucción resulta bastante difícil, arriesgado o casi imposible.

Les quiero mostrar algunas diapositivas las cuales muestran estas dificultades. La primera, una paciente de 73 años de edad, que llegó bajo esta situación a nuestra clínica. En la intervención se mostró que todo el hueso rodeando el acetábulo estaba destruido. Aún usando mucho trasplante óseo, no ha sido posible de encajar el cotilo con la necesaria estabilidad. Como ya esperado resultó de nuevo un aflojamiento. En la segunda intervención

*Dr. Rudolf Parhofer
Memmingen, R.F.A.*