

“LA MANO ESPÁSTICA EN PACIENTES CON PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO A TRAVÉS DE TRANSFERENCIAS TENDINOSAS”

Lomas Jiménez, E. M.; Martínez Carranza, O.; Corredor Cabello, A.; Geniz Rubio, L.; Natividad Pedreño, M.

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JAEN

OBJETIVO: Evaluar el resultado funcional de los pacientes con parálisis cerebral infantil (PCI) y mano espástica tras la cirugía de transferencia tendinosa.

INTRODUCCIÓN:

La PCI es la discapacidad motora más común en la infancia que empeora con el tiempo debido a un tono muscular anormal y patrones de activación y crecimiento que conducen a contracturas articulares, desequilibrio postural y desuso selectivo. El 81% tiene el subtipo espástico que se caracteriza por diversos grados de hipertonicidad muscular y es el más susceptible a la intervención quirúrgica. En estos pacientes, las actividades básicas de la vida diaria se convierten en una tarea difícil (higiene, alimentarse, ...) ya que las deformidades de la muñeca y el pulgar pueden afectar tanto al agarre como a la pinza. En la resolución o mejoría de este problema es en lo que nos vamos a centrar, presentando la cirugía de transferencias tendinosas en la mano espástica de estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS:

9 pacientes fueron intervenidos con edades entre 11-16 años siendo el promedio de unos 12 años. El tiempo de seguimiento osciló entre 8 meses y 3 años. En 7 pacientes la afectación fue hemipléjica y en 1 tetrapléjica. Se realizó una evaluación previa a la cirugía y luego una valoración posquirúrgica a los 6 meses aplicando diferentes scores de satisfacción, en los que se incluían un cuestionario personalizado sobre la satisfacción con la posición actual del pulgar y si volverían a someterse a la cirugía.

PRESENTACIÓN TÍPICA (fig 1):

1. Pronación del antebrazo.
2. Flexión y desviación cubital de la muñeca.
3. Aducción y flexión del pulgar.



Figura 1: presentación típica mano espástica

TÉCNICA QUIRÚRGICA:

Lo más importante es la selección del paciente: entre 6 y 8 años, con más de 45° de extensión y con hemiplejia espástica. Es fundamental informar a los familiares y pacientes del protocolo postoperatorio a seguir, ya que la férula de yeso se mantendrá 8 semanas y la ortesis nocturna hasta los 3 meses. Nos centramos en dos tipos de transferencias:

TRANSFERENCIA FLEXOR CUBITAL DEL CARPO (FCU) AL EXTENSOR RADIAL CORTO DEL CARPO (ECRB), *transferencia de Green* (fig 2):

- Incisión cubital volar longitudinal en el pliegue flexor de la muñeca que se extiende proximalmente al menos el 60% de la longitud del antebrazo para exponer la FCU.
- Identificación del tendón FCU desde su inserción en el pisiforme al antebrazo proximal (una mayor extensión de la disección proximal, confiere una línea más recta de tracción de transferencia del tendón y una fuerza supinadora mayor).



Figura 2: transferencia del FCU al ECRB

LIBERACIÓN TENAR COMBINADA CON EL REDIRECCIONAMIENTO DEL TENDÓN EXTENSOR LARGO DEL PULGAR (EPL) PARA EL PULGAR (fig 3): 3 incisiones:

- Volar sobre el borde tenar para liberar el aductor.
- Dorsal sobre el 1º MTC para identificar EPL liberando su inserción.
- Dorsal adyacente al tubérculo de Lister, por donde sacamos el EPL para recuperar el tendón más radial a nivel del primer compartimento, reinsertamos y tensionamos en abducción y extensión con la muñeca en flexión.

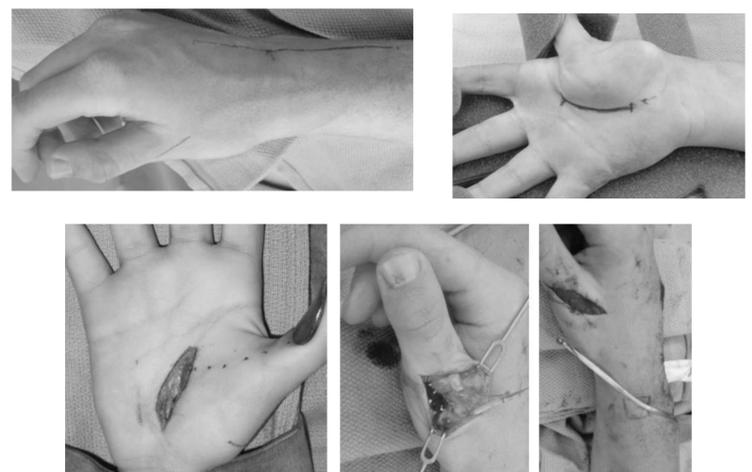


Figura 3: liberación tenar y redireccionamiento del EPL para el pulgar

DISCUSIÓN:

- ✓ En el resultado de los diferentes scores postquirúrgicos, obtuvimos una mejoría generalizada respecto a la supinación y extensión de la muñeca durante las actividades funcionales y el dominio de movimiento.
- ✓ La satisfacción del paciente está asociada con el resultado clínico a largo plazo en el 85% de los casos.
- ✓ El 90% de los pacientes mejoraron desde el inicio en el seguimiento a largo plazo.
- ✓ La posición del primer dedo del 29 % de los pacientes se deterioró después de un seguimiento a corto plazo.

CONCLUSIONES:

- Los pacientes y sus padres reportaron una mayor fuerza en el agarre, un mejor uso de la mano en actividades bimanuales y una mejor apariencia después de la operación.
- Importancia de la correcta selección de pacientes.
- Cirugía con alta satisfacción y éxito clínico.
- El régimen postoperatorio es importante.
- El resultado postoperatorio inmediato no es el final.

Bibliografía:

1. Van Heest, A. E. (2011a). Surgical technique for thumb-in-palm deformity in cerebral palsy. *The Journal of Hand Surgery*, 36(9), 1526-1531. <https://doi.org/10.1016/j.jhbsa.2011.06.014>
2. KEATS, S. (1965). Surgical treatment of the hand in cerebral palsy. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 47(2), 274-284. <https://doi.org/10.2106/00004623-196547020-00004>
3. Tedesco, A. P., Nicolini-Panisson, R. D., & Jesus, A. de. (2015). Shuee on the evaluation of upper limb in cerebral palsy. *Acta Ortopédica Brasileira*, 23(4), 219-222. <https://doi.org/10.1590/1413-78522015230400967>