

Reimplante "in situ" de mano previamente reimplantada heterotópicamente (2ª Parte)

Dres. RICARDO ZAMBRANO, CLAUDIO ANGRIGIANI y DANIEL GRILLI*

Continuamos la presentación del caso del paciente E.C., ya iniciada el año 1989, y publicada en la Revista de nuestra Asociación en el Nº 1, págs. 111-112, de ese año.

Dicho paciente sufrió el arrancamiento de su miembro superior derecho, entre el codo y el tercio distal del antebrazo, producido por una máquina industrial.

El día 8 de abril se le efectuó el reimplante heterotópico de la mano avulsionada a la región anterolateral derecha del tórax (Dr. Claudio Angrigiani) y se inició el tratamiento de reconstrucción del muñón (Dr. Zambrano y colaboradores).

Durante el período de permanencia de la mano en el tórax, la misma fue intensivamente movilizada, pasivamente, por el equipo de kinesiología, a cargo de la Klga. Berta Sterit.

Como se señalara oportunamente, uno de los criterios fundamentales de nuestra conducta fue lograr una articulación del codo lo mejor posible, para hacer efectivo el empleo de su mano o de una prótesis, eventualmente. Igualmente, para el caso de intentar el reimplante *in situ*, se debía contar con un húmero consolidado de su fractura conminuta, y con una excelente

cobertura cutánea en la zona del codo y antebrazo, sabiendo que los injertos libres de piel no podían garantizar dicha condición, toda vez que los mismos se retraen y determinan un efecto constrictor sobre el pasaje de los elementos vasculares, sobre todo las venas superficiales.

Por todo lo cual se realizaron los siguientes tiempos quirúrgicos:

El 15/4/89 se realiza una limpieza quirúrgica del muñón, tercio medio, con signos de necrosis superficial, extrayendo unos ocho centímetros del cúbito y del radio.

El 13 de mayo se le efectúa al paciente una cobertura transitoria con injertos de piel fina, de la región del codo y antebrazo, convenientemente granulada.

El día 2 de junio se le efectúa una tentativa de mejoría de la estabilidad del húmero mediante el agregado de tres cerclajes metálicos, por una vía de abordaje posterior.

El día 21 de agosto se le retira todo el material metálico, y se comprueba que, más allá de la coaptación de los diferentes fragmentos entre sí, persiste una única zona de pseudoartrosis, a resolver. Se inmovilizó el húmero con un yeso de tipo funcional.

El 1º de setiembre se le instala un tutor de Ilizarov (Dres. Ceruti, Zambrano y Scarinzi), con el agregado de abundante injerto ilíaco.

El 6 de octubre se le implanta un colgajo libre escapular en la región del codo y ter-

* Servicio de Traumatología y Ortopedia, Grupo de Trabajo de Microcirugía, Hospital General de Agudos "Fco. Santojanni", Pilar 950, Capital Federal.



cio proximal de antebrazo —muñón restante— (Dres. Angrigiani, Zambrano y Grilli).

El 25 de febrero de 1990 se procede a reimplantar la mano derecha al muñón de su miembro superior derecho, operación efectuada por los cirujanos Dres. Angrigiani y Zambrano, con la asistencia de los Dres. Grilli y Verna. Anestesista: Dr. Crivelli.

Se realizó un prolongado y difícil tiempo de preparación de la separación de la mano del tórax, pues el tiempo transcurrido y la tracción producida por el peso de la misma habían provocado la trombosis de una de las arterias (la cubital), y de todas menos una de las venas superficiales anastomosadas primitivamente. Igualmente, el recorrido anterior se hallaba modificado. Esta parte de la intervención demandó unas cinco horas de paciente disección. Acto seguido se procedió a preparar el lecho re-

ceptor, por medio de una vía de abordaje anterointerna; se constató la existencia de una arteria cubital conveniente (la radial había sido empleada para el colgajo libre escapular en la operación precedente) y de una vena comitante adecuada. Se procede a separar la mano del tórax y a realizar la osteosíntesis del radio por medio de una placa con cinco tornillos y del cúbito mediante un clavo de Rush. Este método se empleó en razón de procurar acortar, por un lado, el prolongado tiempo quirúrgico, y por otro, de dejar suficiente espacio para la realización de las anastomosis vasculares que debían tomar lugar en dicha región interna. Se completó la sección de los vasos del tórax y se procedió a las correspondientes anastomosis. La evolución fue satisfactoria.

El 18 de marzo se extrae el clavo de Rush, ligeramente prociendente y se realiza un yeso de antebrazo.

El 31 de marzo de este año el paciente es dado de alta a su domicilio, con continuación de la rehabilitación kinésica pasiva de su mano y activa de su codo y hombro derechos.

Se prevé para un futuro mediano la realización de un injerto nervioso para procurar sensibilidad a la mano, y de una transferencia doble de músculos para el déficit motor.