

Liberación del pronador y del nervio interóseo anterior

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Recuperación en un vistazo. Datos obtenidos de 74 estudios publicados; su propio ritmo de recuperación puede variar.

TAREAS LIVIANAS Trabajo de oficina, conducción, tareas cotidianas	LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS Trabajo manual, deporte, gimnasio	PLATÓ EN EL RESULTADO FINAL Dolor y fuerza
1-2 weeks Solo se requiere un vendaje blando; se puede volver al trabajo de oficina en pocos días y a actividades ligeras en una o dos semanas. Se recomienda iniciar pronto movimientos de codo y antebrazo. Tras una liberación aislada del lacertus realizada con el paciente despierto y bajo anestesia local, los trabajadores no manuales suelen volver a sus labores de oficina en 1-2 días.	2-3 months La capacidad de agarre y las actividades manuales se recuperan alrededor de los 2-3 meses, una vez que la incisión en el antebrazo cicatriza. En estudios publicados, se observa una mejora temprana en la fuerza de agarre tras la liberación.	6-12 months La verdadera medida de recuperación es la recuperación del nervio: el dolor y la fatiga en el antebrazo suelen desaparecer pronto; sin embargo, en aproximadamente la mitad de los casos la recuperación tarda más de 3 meses. La entumecimiento o debilidad existentes antes de la cirugía pueden tardar hasta 6-12 meses en mejorar. En casos de parálisis grave del nervio interóseo anterior, la recuperación es aún más lenta.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por proponer las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Esta operación es una liberación nerviosa en el antebrazo. Alivia la presión sobre uno de los nervios principales que van del codo a la mano. Normalmente la proponemos cuando otros tratamientos no le han dado un alivio suficiente.

La mayoría de las personas prueban primero el tratamiento no quirúrgico. Esto supone reposar el brazo, evitar las actividades que avivan sus síntomas y tomar medicamentos antiinflamatorios. La cirugía se considera cuando los síntomas continúan a pesar de este tratamiento. En el síndrome del pronador, la cirugía es una opción si sus síntomas han durado más de 6 meses. En el síndrome del nervio interóseo anterior, es una opción

después de al menos 12 meses sin ningún signo de que la fuerza muscular se esté recuperando. También podemos proponer la cirugía antes si sus actividades diarias exigen giros enérgicos y repetidos del antebrazo y las pruebas confirman que el nervio está comprimido.

El objetivo de esta operación es aliviar el dolor y recuperar la fuerza y el uso de la mano. Se consigue un alivio completo en aproximadamente el 64 al 71% de las personas. Alrededor del 20% obtiene un alivio incompleto, y alrededor del 8% necesita otra operación. Hablaremos con usted de estas cifras para que pueda decidir junto con nosotros si la cirugía es adecuada para usted.

Antes de la operación

Su cirujano le dará instrucciones claras para prepararse. Deberá dejar de comer y beber siete horas antes de la operación. Pedimos siete horas en lugar de seis para poder adelantar su intervención si el programa quirúrgico va adelantado. Puede que tenga que suspender algunos medicamentos antes de la cirugía, y su cirujano le indicará cuáles y cuándo. Organice que alguien lo lleve a casa después de la operación. Traiga una lista de los medicamentos que toma actualmente. Vístase con ropa holgada y cómoda ese día. Pueden utilizarse pruebas de imagen, como una radiografía, una resonancia magnética o una ecografía, para planificar la operación. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesista, pero la mayoría de las personas no lo necesitan.

El día de la intervención

Llegará a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital. El personal le registrará y le preparará para la cirugía. Después conocerá al anestesista, el médico que administra el medicamento que le mantiene dormido y cómodo durante la operación. Esta intervención se realiza bajo anestesia general. En ocasiones se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesista hablará con usted al respecto ese mismo día.

A continuación, será conducido al quirófano, donde se llevará a cabo la operación. Cuando termine, despertará en la sala de recuperación. Allí las enfermeras le vigilarán mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, pasará a una sala de hospitalización o podrá volver a casa, según el tipo de intervención y su recuperación.

Descripción de la intervención

Se trata de una liberación nerviosa en el antebrazo. Su cirujano realiza una incisión en la parte anterior del antebrazo, cerca del codo, para llegar al nervio. La incisión se hace lo más pequeña posible. A través de ella, su cirujano localiza los puntos donde un tejido tenso está comprimiendo el nervio y libera ese tejido, dejando libre el nervio en todo su recorrido. Si una banda de tejido o un vaso sanguíneo anómalo presiona el nervio, también se extirpa.

La incisión se cierra con puntos de sutura y se cubre con un apósito. Se irá a casa con el apósito intacto.

La operación en sí es un trabajo concreto y minucioso en un espacio reducido. Liberar el nervio en el punto donde atraviesa el músculo del antebrazo requiere una disección más profunda que algunas otras liberaciones nerviosas, por lo que su cirujano se toma su tiempo para proteger el nervio y las estructuras que lo rodean.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación, con las enfermeras vigilándole mientras la anestesia va desapareciendo. Es posible que el brazo se note pesado o entumecido durante un tiempo. Esto es esperable y se resuelve a medida que el medicamento pierde efecto. Recibirá analgésicos para mantenerle cómodo, y la mano y el antebrazo irán envueltos en un vendaje blando. Podrá moverse poco después de despertar, y alguien debe acompañarlo durante las primeras 24 horas. Su equipo le indicará si podrá irse a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo quitaremos cuando venga a la consulta.

Recuperación

Durante los primeros días, la mano y el antebrazo pueden estar doloridos e hinchados. La zona alrededor de la incisión puede doler, y los dedos pueden notarse rígidos. El reposo, mantener la mano elevada sobre una almohada y los analgésicos ayudan a aliviarlo. Las molestias suelen ir disminuyendo con cada día que pasa.

Se irá a casa con un vendaje blando en el brazo. Lo dejamos puesto durante unos 10 días y lo cambiamos o lo quitamos cuando venga a la consulta. Una vez retirado, comienza la terapia de mano. Su terapeuta de mano, Ruby Doolan de Extend Rehabilitation, le guiará en los ejercicios y le confeccionará cualquier férula que necesite. Estos ejercicios mantienen los dedos en movimiento y evitan la rigidez mientras el nervio se calma.

En casa puede hacer la mayoría de las tareas cotidianas ligeras durante las primeras dos semanas aproximadamente, usando la mano según se lo permita la comodidad. Evite levantar peso, agarrar con fuerza o cualquier cosa que fuerce el antebrazo hasta que su terapeuta le dé el visto bueno. Duerma en la postura que le resulte cómoda; algunas personas prefieren apoyar el brazo sobre almohadas a su lado.

La recuperación sigue una pauta más que un calendario fijo. Primero se calman el dolor y la hinchazón. Después vuelven el movimiento y la fuerza de agarre. La fuerza y la sensibilidad de la mano siguen mejorando durante muchos meses, y el resultado final llega cuando el dolor y la fuerza dejan de cambiar. Cada persona se cura a su propio ritmo, así que su cronograma puede ser diferente; su cirujano y su terapeuta le guiarán durante todo el proceso.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

Como esta liberación se realiza en la profundidad del músculo del antebrazo, la operación es más compleja que algunas otras liberaciones nerviosas. Su cirujano pone especial cuidado en proteger el nervio y el tejido que lo rodea.

El nervio que se libera se encuentra cerca de otros nervios que dan sensibilidad y movimiento a la mano. En raras ocasiones, uno de ellos puede irritarse durante la cirugía. Podría notar un entumecimiento, hormigueo o debilidad nuevos en parte de la mano o del antebrazo una vez que el bloqueo nervioso haya perdido efecto, lo que tarda unas 24 horas. Cierta entumecimiento y debilidad durante las primeras 24 horas son esperables por el propio bloqueo. Si dura más allá de ese plazo, llame a la clínica.

La herida también puede dar problemas. Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende desde la incisión, o salida de líquido o pus por ella. Un dolor que sigue empeorando a pesar de sus analgésicos también requiere una llamada ese mismo día.

A veces se forma un bulto firme y sensible cerca de la herida en los días posteriores a la cirugía. Se trata de una acumulación de sangre bajo la piel. Si aumenta de tamaño, duele cada vez más o la piel que lo cubre se ve tensa y brillante, llame a la clínica.

Si la liberación se hace a través de una pequeña incisión mínimamente invasiva en lugar de una abierta, en ocasiones no se mantiene y puede ser necesaria otra operación. Su cirujano hablará de ello con usted al planificar su tratamiento.

La recuperación tras una cirugía de nervio suele ser lenta, y el nervio puede seguir mejorando durante muchos meses. Lo bien que se recupere depende en parte de cuánto tiempo estuvo comprimido antes de la cirugía. Si la presión ha estado presente durante mucho tiempo, es posible que algunos cambios en la mano no se reviertan del todo. Su cirujano hablará con usted sobre lo que cabe esperar en su caso.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas habituales, por si desea conocer los datos específicos.

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de los problemas aparecen en los primeros días. Algunos requieren una llamada rápida y otros, atención urgente.

Acuda al servicio de urgencias si la pantorrilla se le hincha o le duele, o si le falta el aire o tiene dolor en el pecho. Pueden ser signos de un coágulo de sangre. Acuda también si los dedos, la mano o el pulgar se ponen pálidos, fríos, blancos, azulados u oscuros, ya que esto indica un problema de riego sanguíneo.

Llame a la clínica ese mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende desde la incisión, o salida de líquido o pus por ella. Un dolor que sigue empeorando a pesar de sus analgésicos también requiere una llamada ese mismo día.

Llame a la clínica si no siente el brazo, la mano o los dedos, o no puede moverlos, una vez que el bloqueo nervioso haya perdido efecto. El bloqueo tarda unas 24 horas en perder efecto, y el entumecimiento y la debilidad durante ese tiempo son esperables. Si dura más allá de ese plazo, llámenos.

Si no puede comunicarse con la clínica fuera del horario de atención o en fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara – Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cupperlimb.com.au · cupperlimb.com.au

Liberación del pronador y del nervio interóseo anterior

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 74 estudios publicados. Se trata de tasas a nivel poblacional, no de su riesgo individual; su cirujano le explicará qué se aplica en su caso.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Alivio incompleto de los síntomas.	20%	El riesgo más importante depende en gran medida del tiempo que el nervio haya estado comprimido. En grupos de pacientes bien seleccionados, se reporta alivio completo en 64-71% casos, y un buen resultado en alrededor del 80% (64% de 61 casos, Mujadzic; 71% de 21 casos, Hsiao; 80% de 55 casos, Sos); es decir, aproximadamente 1 de cada 5 pacientes presenta síntomas residuales. En casos crónicos, el pronóstico empeora: tras casi 4 años de evolución, un estudio con 205 pacientes mostró que solo el 11% se recuperó por completo y el 47% mejoró, mientras que el 30% no tuvo cambios (Svernlöv). Los fracasos quirúrgicos suelen atribuirse a una descompresión insuficiente, omisión de un segundo punto de compresión o diagnóstico erróneo.
Empeoramiento de los síntomas tras la cirugía.	12%	En la misma cohorte mixta de larga evolución del antebrazo proximal, el 12% consideró que su brazo estaba peor en el seguimiento, en un estudio de atrapamientos nerviosos de larga duración seguidos durante unos cuatro años. La duración de los síntomas antes de la operación fue el factor que mejor predijo un mal resultado.
Recurrencia que requiere cirugía de revisión.	8%	En un estudio específico sobre el síndrome del pronador redondo, se registró recurrencia en 1 de 12 pacientes (8%) a los 12 meses; esta se resolvió mediante una nueva descompresión. Aunque se reconoce que pueden ocurrir recurrencias después del primer año, la mayoría de los estudios no cuentan con seguimientos lo suficientemente largos para detectarlas.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Recuperación lenta del nervio.	49%	No se trata de un error quirúrgico, sino de una característica de la enfermedad: en un estudio de 55 pacientes, el 49% tardó más de 3 meses en recuperarse tras la liberación. La entumecimiento o dolor transitorio en las primeras semanas tras la liberación del lacertus es frecuente; en el mayor estudio publicado (n=93), estos síntomas desaparecieron a los 6 meses. La recuperación es más lenta y menos predecible en casos de parálisis grave del nervio interóseo anterior.
Problemas menores en la herida y sensibilidad en la cicatriz.	20%	En los estudios publicados, estos problemas son leves y autolimitados: 3 de 14 pacientes sometidos a descompresión endoscópica presentaron complicaciones menores que se resolvieron sin tratamiento (Lee). Asimismo, la molestia en el antebrazo relacionada con la actividad o la sensibilidad en la cicatriz volar durante algunas semanas son comunes, independientemente del método quirúrgico empleado.
Lesión del nervio o de los vasos sanguíneos.	—	Es poco frecuente (solo se han reportado casos aislados); el nervio mediano y sus ramas son las estructuras que se liberan durante la cirugía y quedan directamente expuestas. La arteria mediana persistente, cuando existe, atraviesa el túnel del lacertus y constituye el principal riesgo vascular en este procedimiento.

He leído esta información y he tenido la oportunidad de hacerle preguntas al Dr. Hirpara acerca del procedimiento, de la recuperación esperada y de las complicaciones mencionadas anteriormente.

PACIENTE – NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)

FIRMA

FECHA