

**Dr. ALEKSANDAR LOVIC
JAZBEC**

Especialidad
Cirugía Plástica
[cirugía de la mano]



DATOS DE CONTACTO

Servicio de Cirugía Plástica
Hospital Universitario La Paz
de Madrid
Paseo de la Castellana, 261
28046 MADRID

Teléfono: 917277260

Consulta privada
C/ Sagasta 20, 4ª planta
28004 MADRID

Teléfono: 915938067

Fax: 965262177

E-mail:

aleksandar.lovic@gmail.com

ENTREVISTA

¿QUÉ ES UNA PBO?

Una PBO es la lesión del plexo braquial (plexo nervioso principal del miembro superior) que ocurre en el transcurso del parto natural al aplicar una fuerza de tracción exagerada sobre el neonato. Esta lesión puede suceder en las dos presentaciones (cabeza o nalgas), con o sin utilización de algunos instrumentos accesorios (forceps o ventosas). Es más frecuente en partos de alto riesgo, neonatos de alto peso y cualquiera de las situaciones de asfixia inminente del bebé. Habría que contactar con los servicios de obstetricia para ver cómo podríamos prevenir y disminuir la incidencia de las parálisis.

¿CÓMO SE PRODUCE?

Para que se pudiese producir una PBO la fuerza de tracción tiene que superar 30 kg. El movimiento habitual incluye una flexión lateral del cuello, rotación del mismo, depresión del hombro. La lesión, además de una rotura del plexo, puede causar una fractura de clavícula, distocia del hombro o lesión de los vasos grandes (arteria y vena subclavia). La mayoría de las parálisis no son quirúrgicas aunque desde el principio pueden parecer completas. La lesión nerviosa no es siempre una rotura física de las fibras (neurotmesis). Existen seis grados de lesión nerviosa (clasificación de Sunderland modificada por Dellon-Mc Kinnon), algunos de los grados permiten una recuperación espontánea completa y otros no.

¿POR QUÉ NO EXISTE UN PROTOCOLO MÉDICO DE ACTUACIÓN PARA SOLUCIONAR UNA PBO? ¿CÓMO DEBERÍA SER?

Existen los protocolos de actuación, no los protocolos de solución. El rol principal de los protocolos es transmitir la confianza a los padres, organizar el calendario de las pruebas complementarias y planificar posibles actuaciones. Como todos los protocolos es susceptible a los cambios eventuales determinados por las características de cada caso.

LA FALTA DE EQUIPOS PLURIDISCIPLINARES TRABAJANDO EN SINTONÍA HA PROVOCADO QUE MUCHOS BEBÉS SEAN DIAGNOSTICADOS TARDIAMENTE, CON EL CONSIGUIENTE RETRASO DE UNA POSIBLE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA QUE PODRÍA HABERLES GARANTIZADO UNA RECUPERACIÓN MEJOR EN CASO DE HABER SIDO ACOMETIDA A TIEMPO. ¿CÓMO PODEMOS RESOLVER ESTE PROBLEMA QUE EN OTRAS OCASIONES SOBREVIEENE POR COMPLICACIONES ADMINISTRATIVAS A LA HORA DE DERIVAR A UN PACIENTE SIN RECURSOS ECONÓMICOS A UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA DONDE LA SEGURIDAD SOCIAL CUENTA CON UN ESPECIALISTA DE PLEXO INFANTIL?

A nivel nacional existen muchos fallos del sistema sanitario y el tratamiento frecuentemente del interés profesional y empeño de los médicos. Personalmente intento citar con absoluta prioridad todos los casos de PBO en la consulta para dar la primera información a los padres. No se puede explicar la amarga sensación que inunda al cirujano cuando tiene que decir a los padres que ha pasado el tiempo en el hubiéramos podido hacer algo más. Desgraciadamente son muchos casos que nos llegan demasiado tarde (niños con un año y más...). Creo que vuestra labor puede ser fundamental para que pudiésemos perfilar un tratamiento bien organizado, creo que tampoco necesitamos muchos centros donde se operan los niños con PBO, necesitamos una mejor coordinación de todos los servicios implicados (neurología - electrofisiología, rehabilitación y cirugía). Es imprescindible desmitificar todo lo que rodea a las PBO: se puede explicar con un lenguaje absolutamente entendible cuáles son los procedimientos quirúrgicos, cuándo hay que aplicarlos y cuáles son los objetivos a conseguir. No existen milagros, no existen las casualidades.

CONOCEMOS A LOS ESPECIALISTAS QUE OPERAN EN BARCELONA, ALICANTE Y MADRID. ¿SE ESTÁN ACTUALMENTE FORMANDO FUTURAS GENERACIONES QUE GARANTICEN UNA MEJOR COBERTURA A NIVEL NACIONAL?

Hablando de centros en el sistema público, según mi conocimiento, existen tres: Barcelona (San Juan de Dios) - Dr Alex Muset, Hospital Universitario de Alicante - Dr García de Lopez, Hospital Infantil La Paz de Madrid. Todos nosotros tenemos la capacidad de atención privada aunque en los casos de PBO, donde los padres consultan primero es el hospital público. La escasez de recursos no puede, y en mi caso nunca ha sido, ser factor determinante en cuanto dónde y cómo se trata un paciente, de hecho el equipo médico es el mismo. Es verdad que tenemos muchísimos problemas para citar los pacientes en los plazos de tiempo indicados. para

la administración todos los pacientes son iguales. Las listas de espera en Madrid son transparentes y no podéis ni imaginar en lo que se convierte el hecho de modificar el orden de los pacientes: una guerra. Todos los que en este momento operamos PBO de una manera frecuente y mas o menos controlada somos alumnos de los Dres. Gilbert y Raimondi, que han hecho un esfuerzo enorme para divulgar el conocimiento sobre el tema a nivel nacional. Luego, cada uno de nosotros ha ampliado sus conocimientos y procedimientos quirúrgicos en Taiwan, Rochester, Inglaterra... Los jóvenes cirujanos con interés en nervio periférico siempre encontrarán apoyo en nosotros.

¿QUÉ PAPEL TIENE LA FISIOTERAPIA EN EL PROCESO DE REHABILITACIÓN? ¿QUÉ TÉCNICAS DEBEN REALIZARSE?

Es fundamental en una parálisis obstétrica. Muchas veces existe la idea de que la rehabilitación y cirugía como dos categorías excluyentes y definitivamente no lo son, son complementarias y no pueden existir la una sin la otra. Rehabilitación: siempre, desde el principio hasta que paciente recupere todo lo posible. Cirugía: solamente cuando está indicada (en las lesiones que no pueden consolidar de una manera espontánea). Hay que tener mucho cuidado y no sobreindicar, aunque es mucho mas peligroso no operar cuando la cirugía está indicada. La rehabilitación no puede consolidar un nervio roto o arrancado por lo que la espera en los casos de este tipo de lesiones puede ser nefasta.

¿CÓMO SE EVALÚA EL DAÑO Y SE DETERMINA SI ES NECESARIA LA CIRUGÍA? ¿CUÁNDO SE DEBE INTERVENIR?

El tratamiento quirúrgico se divide en tres grupos: 1) Reconstrucciones primarias a partir del tercer mes de vida utilizando injertos nerviosos, neurotizaciones primarias (en los casos de los arrancamientos) y neurólisis. 2) Neurotizaciones secundarias, predominantemente distales en los casos de las recuperaciones parciales hasta un año. 3) Cirugía paliativa como transposiciones musculares, liberaciones musculares o trasplante funcional del músculo a partir de un año post lesión. Salvo en el primer grupo, donde no sabemos exactamente hasta qué punto se va recuperar la musculatura afectada, en todas las intervenciones existen unos objetivos completamente definidos y controlados. En muchos casos (casi todos) hay que realizar varios actos quirúrgicos para alcanzar el resultado deseado. No existen cirugías milagrosas, es una patología en la que el médico convive con el paciente, su desarrollo y su tratamiento, hasta tal punto que en ocasiones hay que hacer alguna corrección específica para el trabajo o el deporte que el paciente quiere realizar.

¿CUÁNTOS NIÑOS HAN OPERADO EN 2008? ¿CUÁNTOS LLEVAN ESTE AÑO?

En 2008, 15 casos de reconstrucción primaria y 21 de cirugía paliativa. En 2009, 7 casos de primaria y 17 de paliativa.

¿CUÁNTO CUESTA LA INTERVENCIÓN POR VÍA PRIVADA?

Los precios en la cirugía privada dependen de la intervención que haya que realizar. Los más caro son los procedimientos microquirúrgicos, que suponen un gran despliegue de recursos materiales y humanos, y además son intervenciones muy largas.

