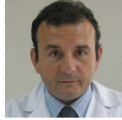


**Dr. ANTONIO GARCÍA
LÓPEZ**

Especialidad
*Cirujano Ortopédico y
Traumatólogo*



DATOS DE CONTACTO

Hospital General Universitario
de Alicante
Servicio de Traumatología y
Cirugía Ortopédica
Calle Maestro Alonso, 109
03010 ALICANTE

Teléfono: 965938300
E-mail: garcialopez1@hotmail.com
Web: www.plexobraquial.es

Hospital Internacional
Medimar
Unidad de Cirugía de la Mano
y Plexo Braquial
Avd. de Denia, 78
03010 ALICANTE

Teléfono: 965162200 / 902373737
Fax: 965262177
E-mail: info@hospitalmedimar.com
Web: www.hospitalmedimar.com

ENTREVISTA

¿QUÉ ES UNA PBO?

Plexo braquial: Es la red nerviosa que se origina en la médula espinal distribuyéndose por el brazo. Por el se transmiten todos los movimientos y sensaciones del miembro superior.

Parálisis plexo braquial: Es la pérdida de fuerza con afectación de la sensibilidad del miembro superior que se produce por daño de los nervios del plexo braquial. En el adulto el daño nervioso se suele producir después de traumatismos aunque existen otras causas más infrecuentes como los tumores o las radiaciones ionizantes.

Parálisis braquial obstétrica: Es la pérdida de fuerza y flacidez de un miembro superior que se produce por daño nervioso del plexo braquial en el nacimiento.

¿CÓMO SE PRODUCE?

Actualmente se acepta el origen traumático por estiramiento en el momento del parto, especialmente en partos difíciles instrumentados. También se describen casos con lesión intrauterina o en cesáreas. La tracción excesiva del plexo causa distintos grados de lesión nerviosa, como ruptura de las raíces nerviosas o los troncos, avulsión de las raíces de la médula espinal o elongación preservando la continuidad. Existen muchos factores predisponentes descritos pero los más importantes son los niños grandes (macrosómicos) o niños pequeños con parto de nalgas.

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

En la actualidad se están creando guías de práctica clínica para muchas patologías. La PBO es una situación de alta complejidad, con un gran espectro de tipos de lesiones y que afecta a niños durante todo su desarrollo. Esto complica sacar conclusiones globales y líneas de actuación generales. Sin embargo es deseable la puesta en práctica de protocolos de derivación hacia los especialistas en su tratamiento en los pocos centros preparados y con experiencia. También es muy importante exista colaboración y unas líneas de actuación homogéneas y consensuadas entre los diferentes expertos.

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 SOBREVIENE 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?

Antes he dirigido la única unidad de referencia que había en la comunidad de Madrid en el Hospital Clínico durante los años del 2000 al 2006 y en la actualidad la unidad de referencia de la comunidad Valenciana en el Hospital General de Alicante. Mi experiencia es que los centros públicos que disponen de una consulta destinada a esta patología no ponen ninguna dificultad u obstáculo y las citas son inmediatas. El problema reside es que a veces estos niños no son derivados precozmente a estas unidades.

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?

En mi centro que es referencia actual de la Comunidad Valenciana se forman 2 especialistas por años. Personalmente soy el tutor de estos residentes y se adiestran en la práctica de la microcirugía y en el conocimiento de la cirugía del plexo braquial.

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

El proceso de rehabilitación de un bebé con PBO empieza nada más nacer y termina al final del desarrollo. Incluye sesiones de fisioterapia, estimulación continua por los padres, en algunos casos férulas posturales,

aplicación de toxina botulínica para corrección de desbalances musculares y práctica deportiva, en especial natación. Esta última va ganando importancia según va creciendo el niño, de manera que al final del desarrollo es mucho más importante el ejercicio que las sesiones de fisioterapia. La fisioterapia es esencial antes y después de cualquier intervención quirúrgica.

CADA UNO DE LOS PADRES DE ADAYO TENEMOS UNA EXPERIENCIA QUE CONTAR, TODOS TENEMOS EL MISMO PROBLEMA PERO TODOS LO HEMOS VIVIDO DE DIFERENTE MANERA. CUANDO NACEN NUESTROS HIJOS NOS HEMOS ENCONTRADO TODO TIPO DE REACCIONES EN LOS HOSPITALES: EMG A LAS 24 HORAS DE VIDA, INMOVILIZACIÓN DEL BRAZO AFECTADO, INICIACIÓN DE LA REHABILITACIÓN SIN INMOVILIZAR NADA MÁS NACER, VOJTA, CORRIENTES... LA SENSACIÓN QUE TRANSMITEN ES QUE NO SABEN ACTUAR FRENTE A UNA PBO. SEGÚN SU CRITERIO ¿CUÁNDO DEBE INICIARSE LA REHABILITACIÓN? Y TRAS LA CIRUGÍA, ¿CUÁNTO ES CONVENIENTE ESPERAR?

Yo aconsejo esperar un par de semanas tras el nacimiento para no aumentar el daño y no producir dolor al bebé. Luego se debe comenzar con rehabilitación precoz y evaluación por un especialista a las 3 semanas de vida. Se hace un examen y evaluación profundo de la movilidad. Se repiten las evaluaciones a las 6 semanas y a las 10 semanas. Si la recuperación no es satisfactoria se debe profundizar el estudio con pruebas de imagen (MieloRMN o MieloTAC) y estudios de conducción nerviosa (EMG y ENG). Algunos especialistas recomiendan la realización de un EMG en los primeros días de vida porque puede descartar una lesión intrauterina.

LA TERAPIA VOJTA DESPIERTA REACCIONES APASIONADAS, TANTO A FAVOR COMO EN CONTRA. ¿CUÁL ES SU PUNTO DE VISTA? ¿VOJTA SÍ O NO? ¿POR QUÉ?

La cirugía se pretende recuperar los caminos fisiológicos normales y el Vojta trata de abrir nuevas vías de regeneración. Ambos planteamientos no son incompatibles sino complementarias. Toda ayuda para conseguir la máxima recuperación del miembro afecto es bien recibida.

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

Es esencial la experiencia para la indicación quirúrgica. Se basa fundamentalmente en la evolución clínica y se apoya en las pruebas complementarias de imagen y electroneurofisiológicas. Aunque no existe consenso mundial existe cada vez más tendencia hacia la reparación precoz para conseguir una mejor integración cerebral. En los casos en que no exista duda el mejor momento es entre el tercer y cuarto mes aunque algunos cirujanos prefieren esperar hasta el séptimo mes para que no se escape ningún paciente con una evolución espontánea favorable. Quizás el factor más importante es que el niño siga un seguimiento por un especialista con experiencia, que encuadrarlos todos con un plazo completamente inflexible.

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

Desde que empecé he operado cerca de 300 pacientes con lesiones del plexo braquial. En los últimos 12 meses he operado 35 adultos y 25 niños con lesión plexo braquial

¿HAY LISTA DE ESPERA EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS? ¿DE CUÁNTO TIEMPO?

En mi hospital no existe en el momento actual demora en la programación de bebés con esta patología por priorización aunque algunas veces es necesario esperar uno o dos meses por razones organizativas

¿CUÁNTO CUESTA LA INTERVENCIÓN POR VÍA PRIVADA?

Como la intervención consume mucho tiempo de quirófano y exige muchos cuidados puede oscilar entre los 6000 y los 8000 euros según la complejidad de la lesión.

