



Editorial

## “Reconstruir anatómicamente el tejido lesionado sin lesionar el tejido sano”

F. Corella<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

<sup>2</sup>Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, España

<sup>3</sup>Unidad de Cirugía de Mano, Hospital Universitario Quironsalud, Madrid, España

Rev Iberam Cir Mano 2019;47:1–2.

Creo que muchos cirujanos (y no solo cirujanos de mano), estarán de acuerdo que esta frase debe guiar el desarrollo de cualquier nueva técnica quirúrgica. En cirugía de mano, cada año se publican cientos de nuevas técnicas que persiguen mejorar algún aspecto de las que previamente existían. Por eso, para mejorarlas, se debe intentar reconstruir anatómicamente el tejido lesionado, siendo lo más respetuoso posible con las estructuras sanas. Por desgracia, es imposible conseguir ese objetivo al cien por cien, nunca una estructura reconstruida o reparada será exactamente igual que la original, ni se podrá realizar ningún acto quirúrgico sin sacrificar cierto volumen de tejido sano, aunque solo sea el del abordaje.

Para desarrollar esa frase hay que hablar de dos ideas. Por una parte, se debe conocer la anatomía normal y por otra, diseñar técnicas (apoyadas en nuevos instrumentales, implantes, etc.) que permitan abordajes menos invasivos.

Puede parecer que la anatomía, por ser un área de conocimiento antigua o clásica, se conoce perfectamente y está acabada. Nada más lejos de la realidad, queda muchísimo que aprender. Para poder diseñar técnicas que reparen o reconstruyan estructuras anatómicas, debemos entender primero cómo es su normalidad. Pero lo normal en anatomía no es una morfología única y constante, sino que lo normal es la variabilidad. Es decir, existen numerosos patrones distintos de la misma estructura, que no dejan de ser variantes de la normalidad totalmente sanos. Es este el reto de la anatomía del siglo XXI, describir la variabilidad de los patrones de normalidad, para poder entender qué alteraciones son las patológicas y poder diseñar técnicas que reparen o reconstruyan dentro de ese rango de normalidad. Por eso creo que es fundamental potenciar los grupos de trabajo entre clínicos y anatomistas. Es la “Anatomía Clínica” (el estudio de la anatomía centrado en la importancia clínica), la que ha conseguido y conseguirá grandes avances en la cirugía. Solo hay que mirar la

revolución que ha supuesto en los últimos 10 años, el estudio anatómico de las arterias perforantes en el diseño de colgajos de cobertura. Además, al igual que existe la “medicina basada en la evidencia”, ya ha aparecido la “anatomía basada en la evidencia”, que cada vez tiene más auge en las publicaciones. Con ella, se pretende conseguir un número mayor de estudios para poder sacar conclusiones sobre la variabilidad anatómica de la que hablábamos.

Por supuesto, tan importante como conocer la variabilidad anatómica es conocer la biomecánica y función de cada estructura, por eso a esta pareja de anatomista-cirujano, se le deben sumar ingenieros para mejorar el conocimiento y poder diseñar técnicas que reconstruyan tanto la anatomía como la función.

La segunda idea que engloba el título de este editorial es el no lesionar el tejido sano. Como he mencionado, cualquier técnica quirúrgica paga el peaje de sacrificar en mayor o menor medida el tejido sano. A lo largo de los últimos 50 años, hemos visto como técnicas cada vez menos invasivas han ido sustituyendo las cirugías abiertas. Hace 40 años se realizaba un abordaje abierto en la rodilla para realizar una menissectomía y desde hace más de 20 años, eso es impensable; todo cirujano de rodilla realiza la menissectomía de forma artroscópica. Hace 20 años lo común era realizar un abordaje abierto de hombro para tratar una inestabilidad y hoy en día el tratamiento más extendido es el artroscópico incluso en casos complejos. Pues de la misma forma, en los últimos 10 años en cirugía de muñeca, la cirugía abierta está dando paso a la cirugía artroscópica, con la que hoy en día es posible realizar prácticamente cualquier técnica intraarticular evitando un abordaje abierto. El evitarlo en cirugía de mano, no solo es importante por el menor tejido cicatricial y rigideces que se generará, sino también porque se respetará la vascularización (lo que puede tener un beneficio a la hora de conseguir consolidaciones en fracturas, pseudoartrosis o

Address for correspondence      DOI <https://doi.org/10.1055/s-0039-1692156>  
 Fernando Corella, PhD, C/ GRAN VÍA DEL ESTE N° 80 28031 Madrid, Spain  
 ISSN 1698-8396.  
 Spain  
 (e-mail: fernando.corella@gmail.com).

Copyright © 2019 Thieme Revinter Publicações Ltda, Rio de Janeiro, Brazil

License terms



artrodesis), la inervación y la propiocepción en la que tantos trabajos se están centrando en los últimos años. Por supuesto, esos posibles beneficios teóricos, se deben confirmar en estudios clínicos, que estoy seguro irán apareciendo en los próximos años.

Volviendo al objetivo de conseguir una reparación o reconstrucción lo más anatómica posible, durante el acto quirúrgico, es difícil estar seguro de realizarla sin una visión directa a través de un abordaje abierto. No disponemos de TAC intraoperatorio y la fluoroscopia puede ser muy engañosa al valorar la reducción de fracturas, luxaciones, etc. En esa línea, la artroscopia vuelve a tener un valor fundamental, ya que permite visualizar directamente y de forma ampliada todas las estructuras intraarticulares. Del mismo modo la ecografía cada vez está teniendo mayor papel en cirugía de mano, no solo como herramienta exploratoria preoperatoria, sino como método de visualización intraoperatorio.

Estas dos herramientas, la artroscopia y la ecografía, serán piezas fundamentales en la cirugía de mano en un futuro cercano. Sin embargo, aún más importante que respetar los tejidos sanos utilizando esas técnicas, es no lesionar, ni obtener un peor resultado, ni por supuesto causar iatrogenia, por utilizarlas. Es decir, el objetivo primordial

siempre debe ser realizar correctamente la técnica quirúrgica; la utilización de la artroscopia, la ecografía o los abordajes más limitados se debe integrar en nuestra práctica clínica de forma gradual, progresiva y segura. Si no se está familiarizado con una técnica específica utilizando esas herramientas, se debe aprender previamente en cadáver y para eso vuelve a ser fundamental la asociación anatomistas-clínicos.

Creo firmemente que el cambio tecnológico que está revolucionando nuestra sociedad, también revolucionará la cirugía de mano; veremos nacer nuevas técnicas quirúrgicas apoyadas en nuevos instrumentales, mejoras en los métodos de visualización, implantes, etc. Nuestra labor es favorecer su aparición en la medida en que ayuden a nuestros pacientes, siempre con un respaldo anatómico y biomecánico y con la condición de conseguir el mismo beneficio con un menor abordaje. Eso sí, debemos recordar que la seguridad del paciente es lo primordial y que la aplicación de técnicas nuevas debe ir acompañada de un aprendizaje gradual y seguro.

**Conflictos de interés**  
Ninguno.