

Nuevas técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la lesión del nervio periférico

GUILLERMO SOSA GONZÁLEZ, JULIO MORÁN MORÁN, JORGE MUÑOZ LEDESMA, GORKA IBARRA, FRANCISCO JAVIER VAQUERO MARTIN



Servicio Cirugía Ortopédica
y Traumatología

Introducción:

- Las heridas en el antebrazo son menos frecuentes que en sus homónimas en los dedos
- La probabilidad de lesionar estructuras nobles es baja
- Alta frecuencia para que pasen desapercibidas.
- El profesional debe tener un alto grado de sospecha en heridas complejas o profundas
- Es recomendable la exploración de dichas heridas en quirófano.

Objetivo: Presentar un paciente con secuelas nerviosas en la mano de nueve meses de evolución tras una herida en cara volar antebrazo tratado en otro centro.

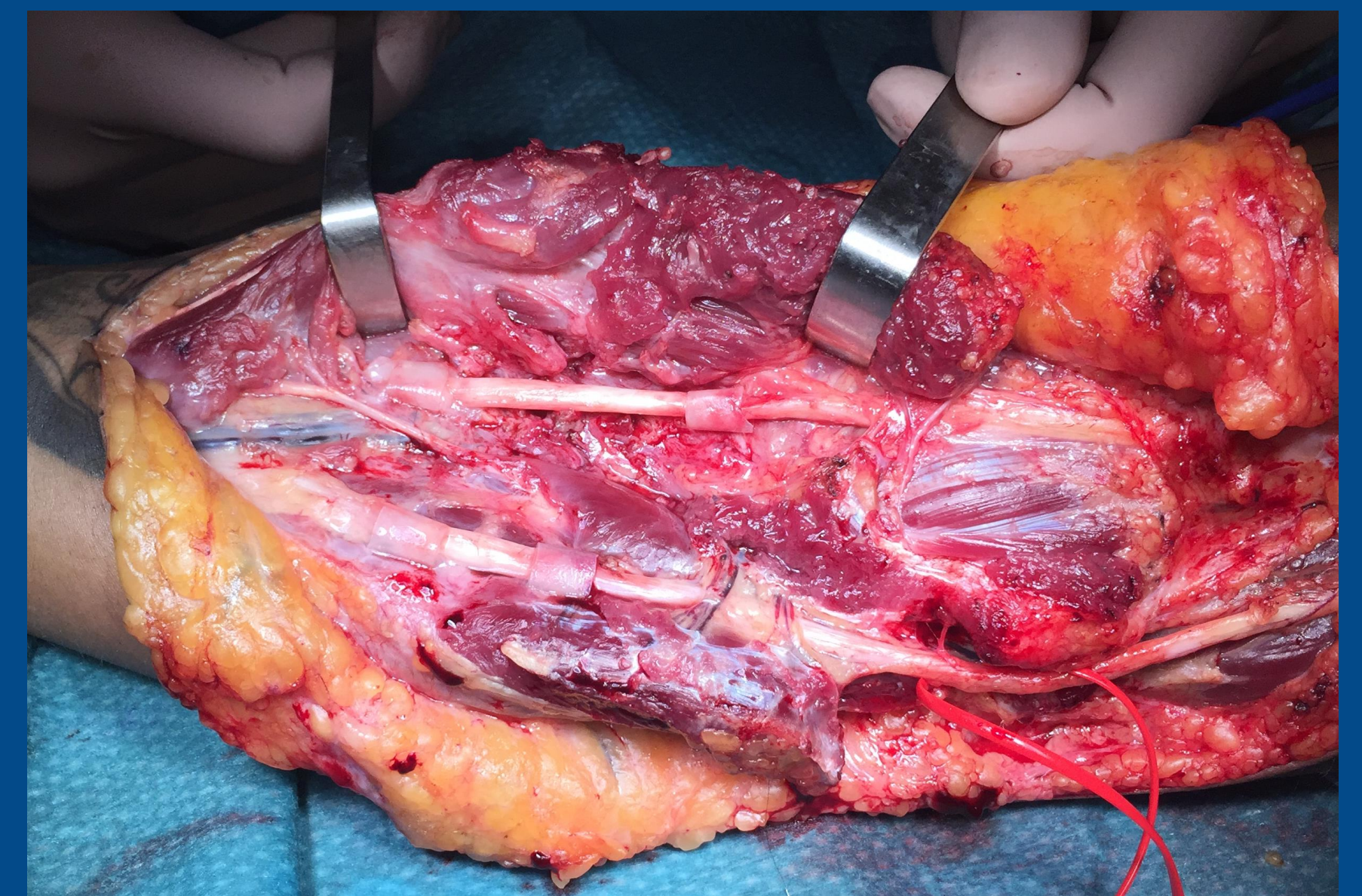
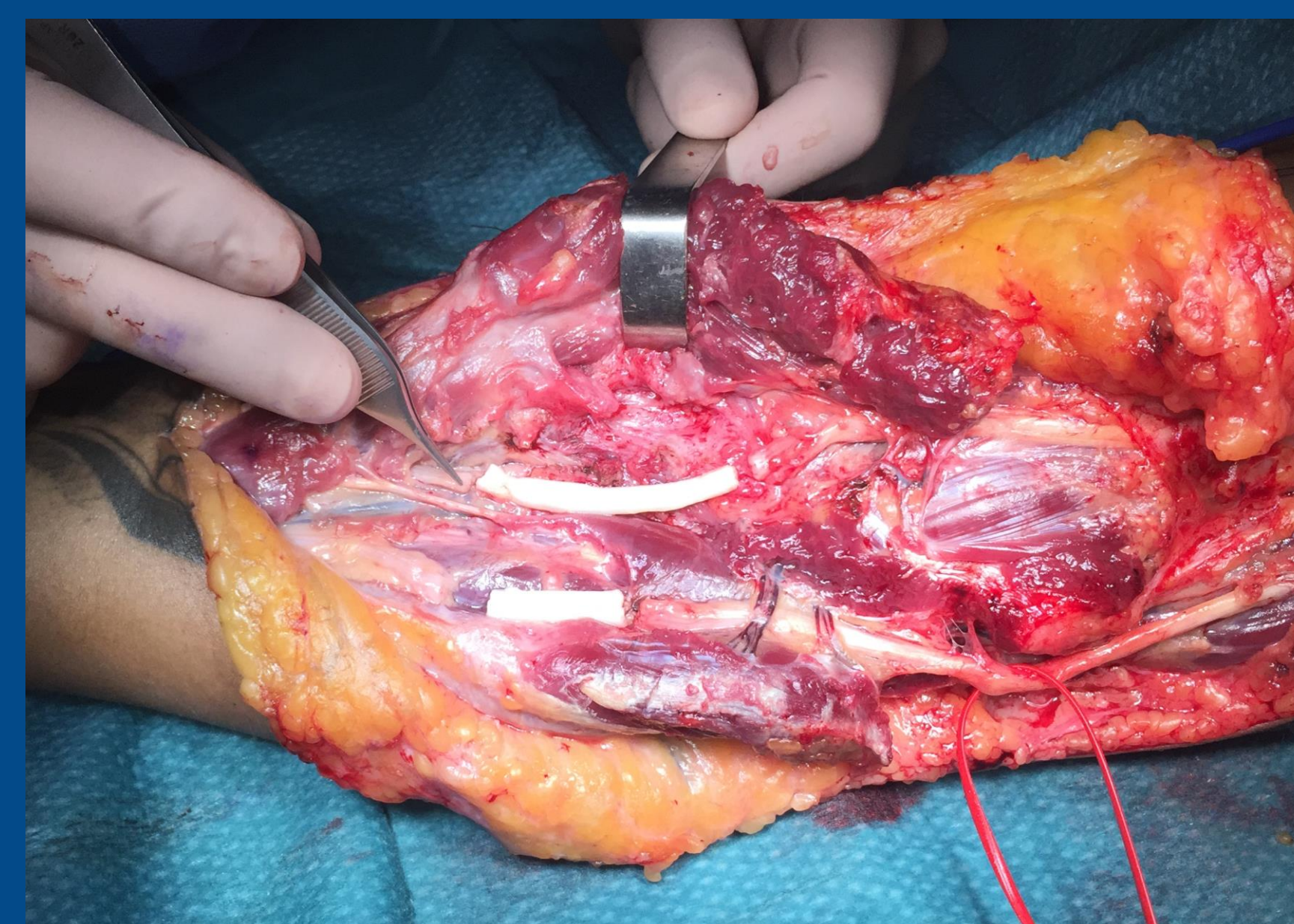
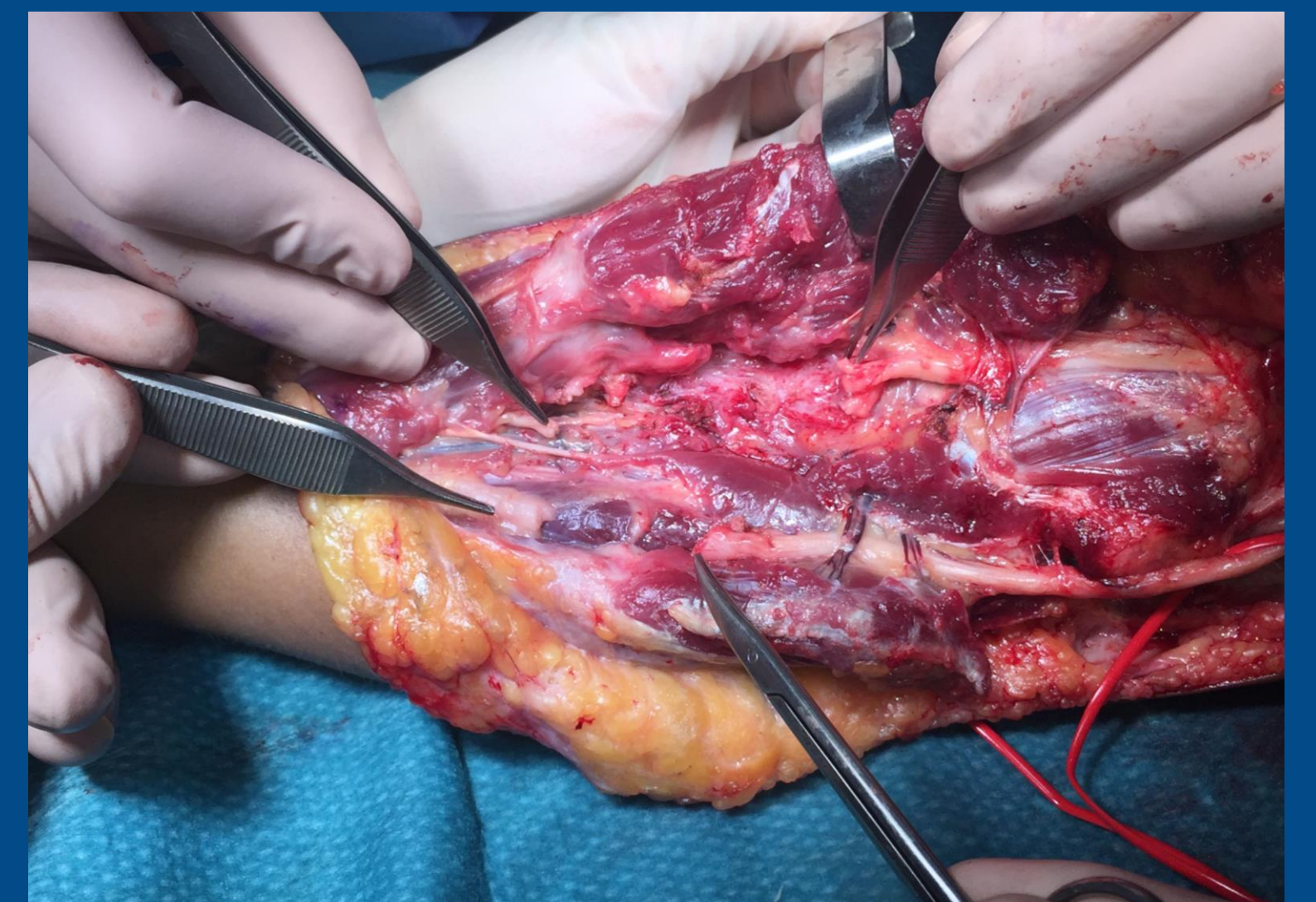
Material y Métodos:

- Varón de 22 años que presenta una herida incisa tras accidente con un cristal a nivel tercio medio-proximal, cara volar del antebrazo derecho de nueve meses de evolución
- Consulta refiriendo trastornos sensitivos y motores en la mano-muñeca derecha.
- Exploración física:
 - Atrofia tenar y del primer espacio intermetacarpiano mano derecha
 - Hipoestesia territorio nervios cubital y mediano en dicha mano
 - Pérdida subjetiva y objetiva de la fuerza en la flexión de los dedos
 - Déficit completo de la oposición
 - Tinnel + periciatrical
 - Actitud en garra de 4º y 5º dedos mano dercha



Resultados:

- Abordaje del tercio medio-distal del brazo y tercio medio-proximal del antebrazo mediante una incisión en “S” medial, creando un flap cutáneo que se rechaza hacia radial.
- Se localiza el nervio cubital proximal a epitroclea y se diseca, desinsertando la musculatura epitroclear para realizar una transposición del nervio cubital con el objeto de reducir tensión y ganar longitud.
- Al rechazar la musculatura epitroclear a radial, se objetiva una sección completa de los nervios cubital y mediano, con separación de cabos y neuroma proximal y distal de ambos.
- Tras la transposición cubital, se observa un defecto de 2 cms. entre los cabos del cubital y 5 cms. entre los cabos de n. mediano.
- Se reparan mediante un injerto congelado de cadáver (AxonGen) de 5 mms de diámetro y 5 cms. De longitud para n. mediano y 2 cms. De longitud para n. cubital. Se añaden conectores (AxoGuard) envolviendo las cuatro suturas.
- Última revisión (agosto-18):
 - Tinnel + en pliegue distal muñeca para ambos nervios.
 - No signo de Tinnel en cicatriz
 - Resto de hallazgos sin cambios.



Conclusión:

- Es importante una alta sospecha diagnóstica ante heridas complejas de antebrazo para descubrir y tratar lesiones de nervio periférico.
- Menor morbilidad de los nuevos aloinjertos nerviosos de cadáver comparados con autoinjerto de sural.
- Creemos que es importante el ahorro de tiempo quirúrgico de esta nueva técnica
- El principal inconveniente de estas técnicas es económico



55 CONGRESO
secot