

TRANSFERENCIA NERVIOSA EN LESIONES DEL MIEMBRO SUPERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Vallés Andreu M., Guardiola Herráez C., González García J.A., Escudero Martínez A., González Sánchez J.F.

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA



OBJETIVOS

Las transferencias nerviosas representan una revolución en la cirugía del nervio periférico y ofrecen el potencial para la recuperación funcional superior en lesiones nerviosas graves. Presentamos la realización de una transferencia nerviosa del nervio mediano a nervio musculocutáneo.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

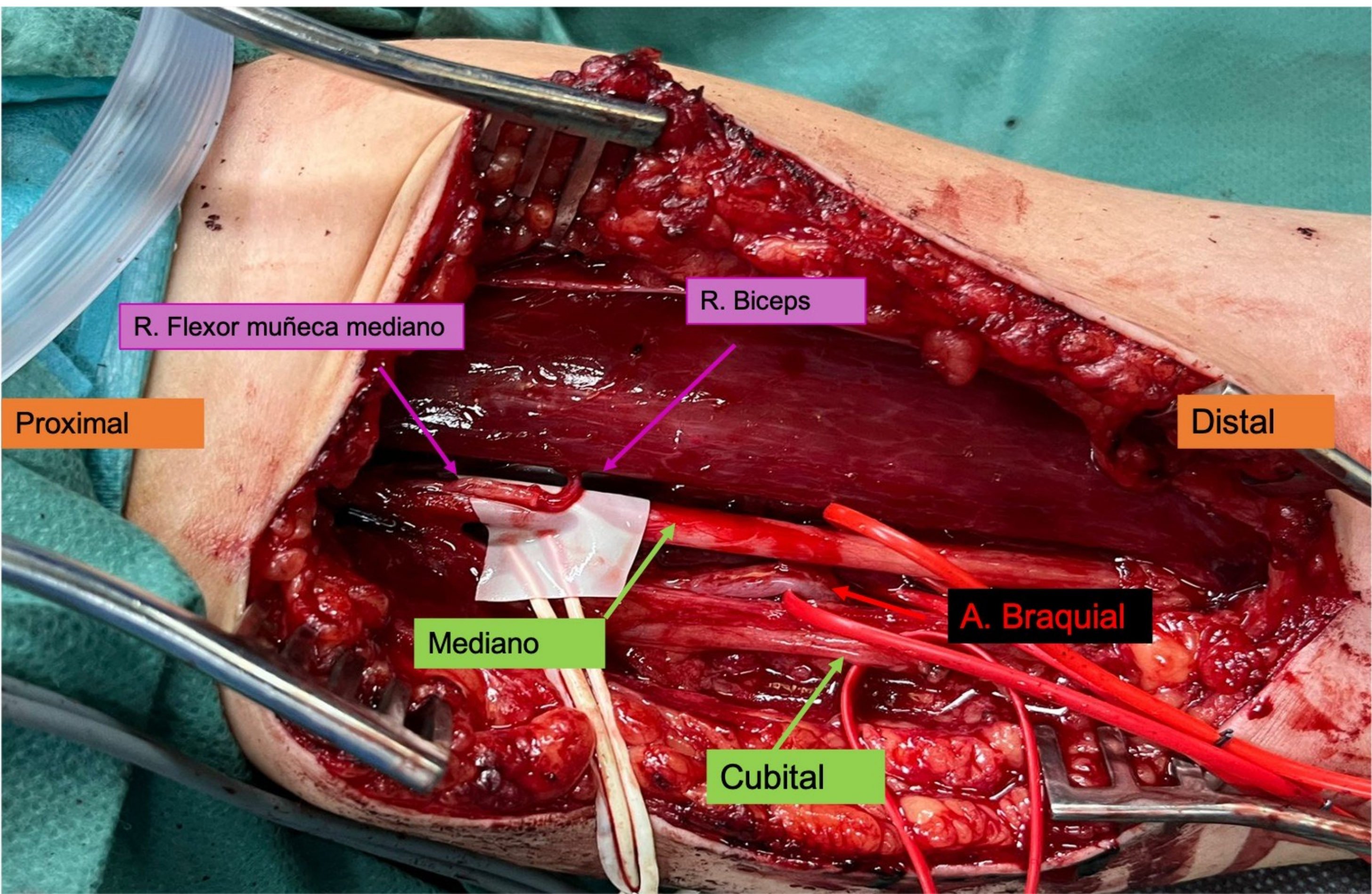
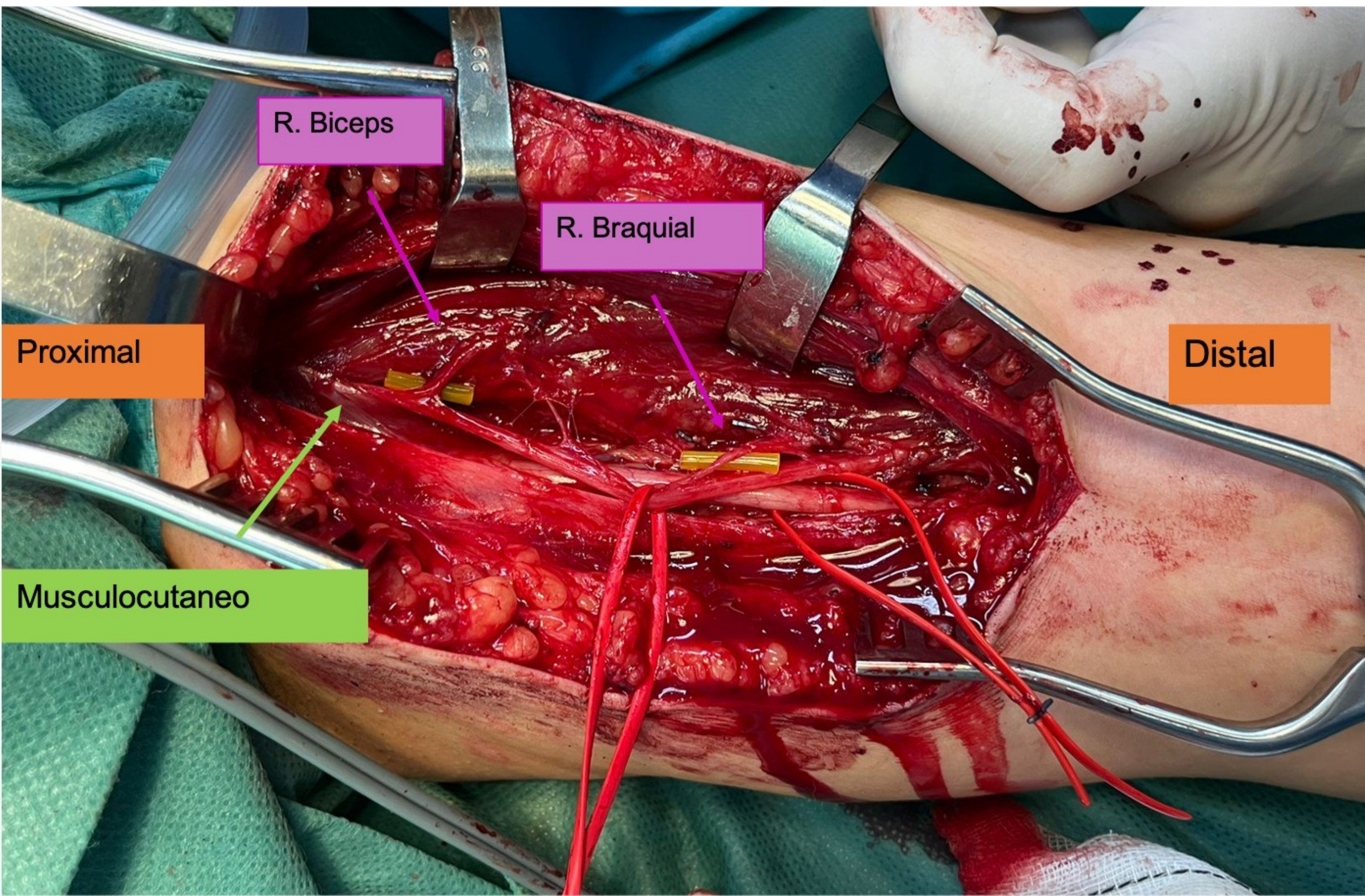
Paciente mujer de 42 años con antecedente de accidente de tráfico que acude a consulta por imposibilidad para la flexión activa del codo izquierdo. A la exploración balance articular conservado de forma pasiva, pero déficit de flexión activa de codo, especialmente en supinación y déficit sensitivo del borde radial del antebrazo; déficit sensitivo y motor de nervio cubital. Resto de exploración neurovascular correcta y movilidad distal conservada. El estudio electromiográfico nos confirma una neurotmesis del nervio musculocutáneo y axonotmesis parcial nervio cubital. Por lo que se decide realizar una transferencia nerviosa. En quirófano, el abordaje se realiza en la porción central del canal bicipital, diseccionando el intervalo entre el tríceps y el bíceps. Se procede a localizar ambos nervios. El fascículo donante se selecciona utilizando un estimulador nervioso, se identificarán los fascículos del nervio mediano que inervan al Flexor carpi radialis y, una vez localizados, se procede a la transferencia y sutura nerviosa a la rama motora del musculocutáneo para el bíceps.

RESULTADOS

Para la reeducación de la flexión de codo hay que indicar a la paciente que haga una flexión de muñeca antes de iniciar flexión de codo.

CONCLUSIONES

La flexión del codo es la función a restaurar más importante en un brazo paralítico. De esa manera, la lesión completa del nervio musculocutáneo que inerva al músculo braquial anterior, el principal flexor, produce una debilidad importante, especialmente con el brazo en supinación, ya que el bíceps es un músculo principalmente supinador. Clásicamente, el tratamiento principal era una transferencia de dos fascículos, utilizando ramas de los nervios mediano y cubital para reinervar las ramas del nervio musculocutáneo. Actualmente, cada vez más autores aconsejan realizar una única neurotización, de un fascículo cubital flexor de muñeca con resultados clínicos satisfactorios y evitando la morbilidad de la zona donante. En nuestro caso utilizamos un fascículo flexor de muñeca del mediano por debilidad en estímulo del nervio cubital.



Figuras I y II. Visión intraoperatoria de la transferencia y sutura nerviosa.