

APLICACIONES DEL AUTOINJERTO DEL NERVIOS SURAL EN PACIENTES CON SECCIÓN DEL NERVIOS MEDIANO

Plaza Cardenete M., Soler Álvarez B., Flores San Martín M., Ruiz de las Morenas P., Blanco Baiges E., Albareda Albareda J.
Servicio C.O.T. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa "Zaragoza"

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO Las lesiones traumáticas nerviosas más frecuentes en muñeca son las del nervio mediano, siendo las heridas inciso-contusas el mecanismo más frecuente de producción. **Requieren de una rápida reparación** para evitar la pérdida de funcionalidad de la extremidad. El objetivo de este trabajo es presentar la utilidad del autoinjerto con nervio sural en la reparación de lesiones graves del nervio mediano.

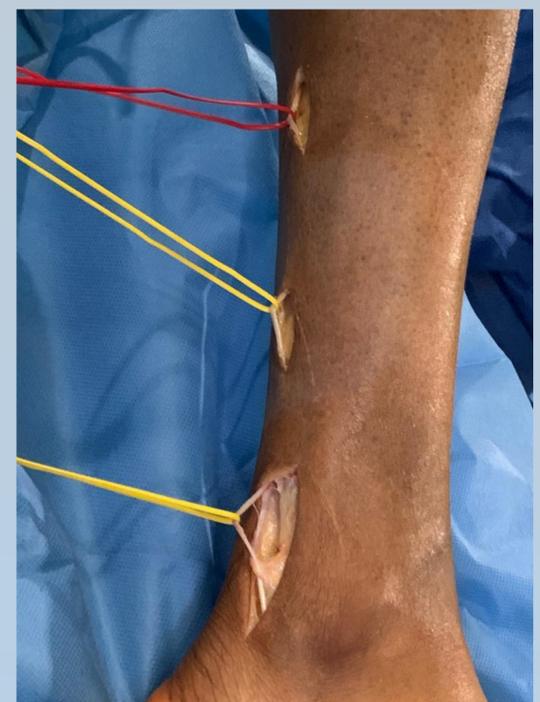
MATERIAL Y MÉTODOS Estudio retrospectivo de dos casos con herida inciso contusa volar en muñeca y sección completa del nervio mediano. El primer caso fue un varón intervenido de urgencia, mediante tenorrafia de flexores de muñeca izquierda, y con imposibilidad de realizar una neurorrafia del nervio mediano por defecto neural y mal estado del lecho de partes blandas. Siete días más tarde se optó por un autoinjerto de nervio sural de 4 cm y 3 fascículos. El segundo caso fue un varón intervenido de urgencia realizándose tenorrafia de flexores, ligadura de arterial radial y sutura epineural del nervio mediano en muñeca derecha. Ante la falta de respuesta clínica y neurofisiológica del mediano, 6 meses después se programó cirugía de revisión encontrando un neuroma que fue resecado y sustituido por un autoinjerto del nervio sural de 5 cm y 3 fascículos.



Resultado satisfactorio de autoinjerto de nervio sural en defecto del nervio mediano del primer caso



Sutura epineural intraoperatoria de autoinjerto de nervio sural en defecto del nervio mediano del segundo caso



Disección intraoperatoria de nervio sural del segundo caso

RESULTADOS Tras la operación, el primer paciente presentó a los 9 meses progresión del Tinel hasta los dedos y sensibilidad normal en la palma con parestesia residual 2º-3er dedos. El segundo paciente presentó a los 10 meses avance del Tinel hasta la cicatriz, sensibilidad completa en base de dedos, parestesia en 2º-3º dedo y anestesia en pulpejo de 2º-3º dedo. En ambos casos a los 8 meses de la intervención se hizo un EMG con hallazgo de potenciales motores distales a la sutura; moderados en el primer paciente y pobres en el segundo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES En el caso de lesiones completas del nervio mediano con imposibilidad de hacer sutura término-terminal o neuromas tras neurorrafias fallidas, una buena opción es usar un autoinjerto de nervio sural mediante microcirugía. La bibliografía remarca que **el tiempo de espera también empeora el pronóstico** como ocurre comparando los dos casos que presentamos.

- BIBLIOGRAFÍA**
1. Grinsell D, Keating CP. Peripheral Nerve Reconstruction after Injury: A Review of Clinical and Experimental Therapies. BioMed Res Int. 2014;2014:698256
 2. Isaacs J, Cochran AR. Nerve transfers for peripheral nerve injury in the upper limb: a case-based review. Bone Joint J. 2019;101-B(2):124-31.
 3. Sullivan R, Dailey T, Duncan K, Abel N, Borlongan CV. Peripheral Nerve Injury: Stem Cell Therapy and Peripheral Nerve Transfer. Int J Mol Sci. 2016;17(12):2101.

