

Trabajo del Centro de Cirugía Plástica y Quemados del M. de S. P.  
Dirección: Prof. Héctor Ardao

## ESTUDIO ESTADISTICO DE LAS LESIONES DE LOS TRONCOS NERVIOSOS DEL MIEMBRO SUPERIOR (\*)

Dr. Gonzalo Cáceres Negri

En esta reunión conjunta se ha hecho una puesta al día de las lesiones de los nervios periféricos. Este estudio no sería completo si no diéramos aunque fuera en forma sintética, una idea sobre el porcentaje o la frecuencia de este tipo lesional.

Nos ha tocado a nosotros esta exposición y, conociendo que las relaciones numéricas no pueden tener el interés de los casos clínicos tan brillantemente presentados aquí, vamos a ser breves en el manejo de las cifras.

En nuestro medio médico en general, nos movemos más a gusto manejando conceptos que números, pero es evidente que por más aversión que tengamos hacia las cifras, son finalmente las relaciones numéricas las que nos pueden dar una idea más exacta del material que se maneja diariamente.

Con el fin de tener una idea sobre la frecuencia de las lesiones de los troncos nerviosos del miembro superior, hemos hecho un análisis estadístico de las historias clínicas que figuran en el Archivo del Centro de Cirugía Plástica y Quemados.

Las lesiones de los miembros superiores pueden ser estudiadas porcentualmente en la industria y en la vida diaria de relación.

La aplicación de las leyes laborales hace que la casi totalidad de la masa obrera del país se encuentre amparada por el seguro de accidente y que casi todas las lesiones provocadas por la maquinaria industrial sean tratadas en el Sanatorio del Banco de Seguros. Pero existe otro tipo de lesiones de los miembros no amparado por el seguro, el que vemos diariamente en los Hospitales de S. P., el que se lesiona en el hogar, en el tránsito auto-

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 14 de octubre de 1959.

motor, en la vida cotidiana o en su actividad laboral particular no cubierta por seguro.

Es a este tipo de lesión, que catalogaremos como accidente del hogar en contraposición a los accidentes de la industria, que vamos a referirnos.

La puerta del Hospital brinda abundantes ejemplos de esta clase particular de lesionados de los miembros. Es el chico que cae con una botella en sus manos, es el ama de casa que se lesiona en sus labores con un instrumento cortante y es el hombre que



FIG. 1

fuera de su trabajo habitual, realizando una tarea personal, sufre una herida importante de sus miembros.

¿Qué frecuencia tienen los accidentes del hogar en nuestro medio?

Tomando como base la actividad desarrollada en los últimos años en el Centro de Cirugía Plástica que puede ser asimilada en términos generales a la de cualquier centro asistencial de Salud Pública, podemos decir que en 1.500 enfermos estudiados, 240 presentaban lesiones de sus miembros superiores. Es decir entonces, que el 16 % de los enfermos atendidos en un Centro Asistencial de S. P. son lesionados del miembro superior. (fig. 1)

Buscando establecer un concepto sobre la frecuencia de las lesiones de los troncos nerviosos del miembro superior, hemos analizado los distintos tipos de traumatismos de dicha región que registran nuestras historias (fig. 2) y así tenemos que en los

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

240 casos estudiados, el 35 % sufrieron lesiones tendinosas, el 35 % heridas de las manos, el 10 % traumatismos superficiales del miembro superior, el 20 % sufrieron lesiones de los troncos nerviosos, porcentaje sumamente elevado si se tiene en cuenta la enorme repercusión funcional y anatómica de este tipo lesional.

Fueron analizados diversos factores en esta lesión, tales como



FIG. 2

sexo, edad del lesionado, distintos troncos afectados, agentes traumáticos causantes de lesión, niveles lesionales y tratamientos realizados que expondremos en forma sumaria.

**Sexo.** — En 46 lesiones de los troncos nerviosos del miembro superior, 37 corresponden al sexo masculino y 9 al femenino.

**Edad.** — Como en toda lesión traumática, se lesionan con más frecuencia aquéllos que se encuentran en la edad de máxima actividad laboral, o sea, entre los 20 y 40 años. La distribución de los casos estudiados por edades ha sido la siguiente:

EDADES	CASOS
1 - 10	3
11 - 20	5
21 - 30	19
31 - 40	10
41 - 50	4
51 - 60	3
61 - 70	2

TOTAL: 46

**Tipos y frecuencia de lesiones nerviosas**

El tronco nervioso más frecuentemente lesionado en el miembro superior ha sido el cubital (23 casos), y luego el mediano (17 casos) y finalmente el radial (1 caso). En cuatro oportunidades existieron lesiones dobles de mediano y cubital y en una de mediano y radial.

**Lado de la lesión.**

La lesión asentaba en el miembro superior derecho 22 veces y en el izquierdo 24.

**Agentes traumáticos.**

Las lesiones por vidrios ocupan el primer lugar como elemento lesional de los troncos nerviosos (26 casos) pudiéndose



FIG. 3

puntualizar que 8 lesiones fueron provocadas por vasos y botellas, 7 por vidrios de puertas y ventanas y 11 por vidrios no especificados (fig. 3).

11 lesiones fueron causadas por instrumentos cortantes varios (cuchillos, sierras, tijeras, etc.) y en 9 casos el agente traumático no figuraba en la historia clínica.

**Tipos lesionales.**

En cuanto al tipo de lesión experimentada por el tronco nervioso tenemos:

Neurotmesis total	47 casos
Neurotmesis parcial .....	2 casos
Axonotmesis	2 casos

**Niveles lesionales.**

¿A qué nivel la lesión de los troncos nerviosos es más frecuente?

Hemos estudiado los dos nervios más frecuentemente lesionados, mediano y cubital y, los resultados son los siguientes:

<b>Mediano (fig. 4)</b>		<b>Cubital (fig. 5)</b>	
Axila .....	1	Brazo <sup>1</sup> / <sub>3</sub> inferior .....	1
Codo .....	1	Codo .....	6
Antebrazo {	<sup>1</sup> / <sub>3</sub> superior . 1	Antebrazo {	<sup>1</sup> / <sub>3</sub> medio ... 3
	<sup>1</sup> / <sub>3</sub> medio ... 2		<sup>1</sup> / <sub>3</sub> inferior . 4
	<sup>1</sup> / <sub>3</sub> inferior . 3		
Puño .....	14	Puño .....	9



FIG. 4

Es de hacer notar la frecuencia de las lesiones del mediano en el puño y del cubital en puño y codo, regiones donde los nervios anatómicamente están más expuestos al trauma externo.

**Tratamientos.**

En este capítulo debemos recalcar que, por la índole de nuestra actividad en el Centro de Cirugía Plástica, los enfermos no

llegan a nosotros en el momento de la lesión, sino que lo hacen luego de haber sido tratados en otros centros asistenciales, y nos son enviados para una recuperación secundaria. Por ello, no podemos dar ejemplos ni resultados de suturas primarias de nervios.

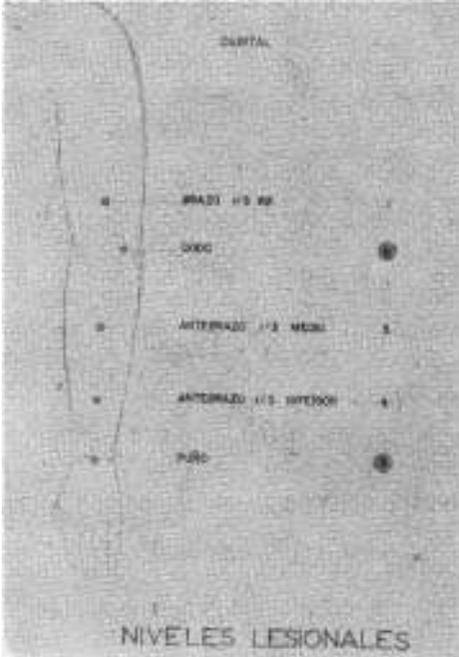


FIG. 5

**Tratamientos inmediatos**

Por lo expresado: realizado en otros servicios. En general han sido suturados los planos superficiales y a veces los tendones, la más frecuente lesión asociada. En un caso se había hecho la sutura primaria del mediano con resultado negativo.

**Tratamientos diferidos.**

Suturas cabo a cabo de troncos nerviosos .....	49
Sutura bulbar temporaria .....	2
Liberación de compresión .....	2

Las dos suturas bulbares temporarias fueron realizadas por imposibilidades técnicas de llevar a cabo en el acto operatorio la sutura cabo a cabo, la que se realizó en intervenciones posteriores.

El material utilizado en las suturas cabo a cabo fue seda en 36 casos y cabello en 13.

**Tiempo transcurrido entre la lesión y su reparación diferida.**

Hemos creído oportuno estudiar dentro de qué plazos se efectuó la reparación secundaria en las lesiones nerviosas, y hemos obtenido los siguientes resultados:

<b>Tiempo</b>	<b>Casos</b>
0 a 1 mes .....	6
1 a 6 meses .....	32
6 a 12 meses .....	2
12 a 18 meses .....	1
3 años .....	1
4 1/2 .....	1

Hacemos notar que un cubital seccionado en el codo, luego de 18 meses fue suturado con éxito. Un mediano seccionado en el puño y suturado a los 3 años mostró, 2 años después, una recuperación total de la mano. Se intentó con resultado negativo la sutura de un tronco cubital a los 4 años y medio de haber sido seccionado en el brazo.

**Resultados inmediatos**

La evolución inmediata en los tratamientos efectuados ha sido buena sin tener que lamentar ninguna complicación.

**Resultados alejados**

En este capítulo debemos manifestar que lamentablemente no contamos en el momento actual con los elementos técnicos que nos permitan llevar un control exacto del postoperatorio alejado de estos enfermos.

No podemos dar datos matemáticos; debemos guiarnos por la experiencia de todos los que actúan en este tipo especial de cirugía y que ha sido brindada a ustedes a través de los casos clínicos presentados en esta reunión.