

# ESTADISTICA DE LAS LESIONES NERVIOSAS DEL MIEMBRO SUPERIOR

*Dr. HECTOR A. ARDAO*

En los últimos once años, hemos tratado 162 pacientes con injurias traumáticas de los nervios principales de los miembros. En este estudio se comprenden solamente, los casos de injurias por acción local de los nervios del miembro superior. Están excluidas las parálisis del plexobraquial por elongación y los casos de secciones de los colaterales de los dedos (fig. 1).

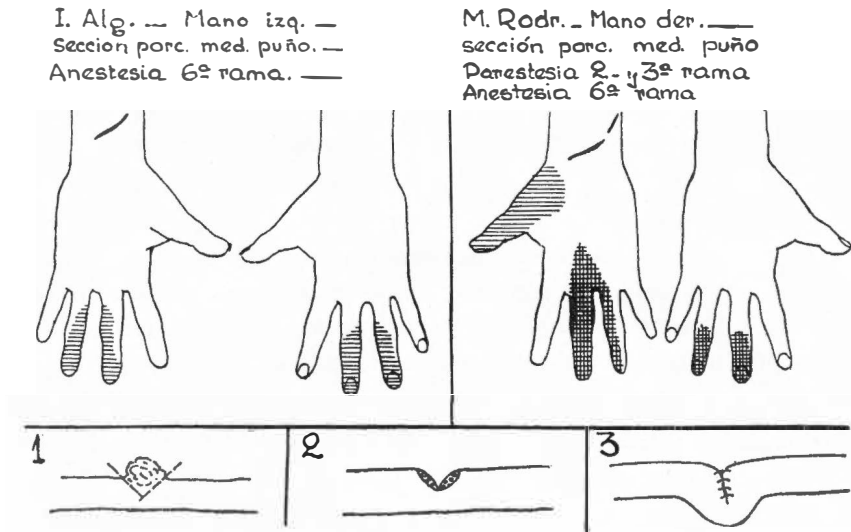
## ESTADISTICA PERSONAL

H. Ardao. Diciembre 1955

Nervios	Sección neurotmesis	Contusión axonotmesis	Conmoción neuroapraxia	T o t a l
Mediano .....	43	8	2	53
Cubital .....	38	26	6	70
Radial .....	4	23	1	28
Mediano cubital ...	7	—	—	7
	92	57	9	158

La lesión más frecuente es la sección completa de los cordones nerviosos en el antebrazo y en la muñeca (92 casos). El nervio más vulnerable es el mediano. En dos casos, encontramos una sección parcial de la parte nanterior del nervio en el puño ocasionando anestesia palmar en los dedos sin trastornos de la motilidad del pulgar. En ambos casos la lesión estaba si-

tuada por encima de la salida del ramo cutáneo palmar y no hubo anestesia de la mano. Estos casos confirman que en la mitad anterior del mediano en la muñeca, sólo van axones sensitivos (fig. 2).



En 38 casos de sección del nervio cubital, encontramos un caso de atrofia de la región tenar. La rama profunda del cubital que normalmente inerva al aductor del pulgar y al fascículo interno del flexor corto, excepcionalmente extiende su inervación al fascículo externo del flexor, al oponente y al abductor corto.

En un caso encontramos que toda la inervación sensitiva del anular procedió del cubital (anestesia y analgesia palmar completa del cuarto y quinto dedo).

En 9 casos de neurotmesis, en uno de axonotmesis del mediano en el antebrazo y en uno de neuroapraxia del radial en el brazo, encontramos cuerpos extraños incluídos en el foco de la herida, junto al nervio, que habían pasado desapercibidos en el primer examen (trozo de vidrio, metal). En algunos casos estos cuerpos extraños han permanecido incluídos durante varios meses.

Según nuestra estadística la axonotmesis más frecuentes asienta en el cubital por contusión al nivel del codo. Se caracte-

riza por un neuroma fusiforme, doloroso durante los movimientos, adormecimiento del borde interno de la mano, pérdida de fuerza en cuarto y quinto dedo y mano descarnada por atrofia de los interóseos. El trastorno sensitivo y motor no es muy importante, pero el dolor del neuroma estrangulado en la gotera ósteofibrosa del codo, impide realizar movimientos de fuerza en la mano del obrero. Ninguno de estos casos tuvo una recuperación completa, por lo cual se debe admitir que el traumatismo produjo, además, la rotura de las estructuras de soporte de los axones con formación de cicatriz intraneural y neuroma.

La trasposición anterior, subcutánea, mejoró los dolores en todos los casos.

Encontramos dos casos de axonotmesis de la rama motriz del radial por esfuerzo violento al nivel del codo (síndrome de Guillain y Courtellemont). Se recuperaron completamente auxiliados por la ionización en el curso de dos a tres meses.

Las secciones nerviosas fueron tratadas por sutura. En un caso de sección quirúrgica no tratada del radial en el brazo, en el curso de la introducción de un clavo de Kuntcher para tratamiento de la fractura del húmero le hicimos la sutura catorce meses después, no lográndose mejoría alguna por lo cual un año después debimos practicarle la artrodesis de la muñeca en hiperextensión.

La sutura realizada luego de los seis meses de la sección no ofrece buenos resultados, especialmente si hay rigideces de los dedos. Sin embargo, en un caso de sección del cubital en el puño suturado un año y medio después, se logró la supresión de la garra y la recuperación sensitiva del cuarto y quinto dedo.

En las secciones nerviosas hemos realizado siempre la sutura secundaria (fracaso de la sutura primaria, 17 casos; falta de diagnóstico, 11 casos, y deliberada, 81 casos). Una de las indicaciones de la sutura primitiva de los tendones flexores seccionados en la muñeca, sería la sutura secundaria de los nervios cubital y mediano.

El tiempo óptimo para la sutura secundaria sería alrededor de la tercera o cuarta semana. Tiene su indicación desde la segunda semana al segundo mes y después del sexto mes puede justificarse excepcionalmente.

El análisis comparativo realizado a largo plazo en otros medios en casos de sutura primaria y secundaria, parece demostrar la superioridad de los resultados de la regeneración en la sutura secundaria. Existen buenas razones de patología en apoyo de esta tesis, pero además debemos agregar como ventaja de la operación:

- a) Menor riesgo de infección en heridas cicatrizadas. El primer problema en las heridas del miembro superior es el cierre primitivo.
- b) Mayor facilidad de la sutura en muñones con la vaina espesada por fibrosis.
- c) Con el enfermo compenetrado de que la operación es un tiempo en el largo tratamiento de la recuperación de su mano.
- d) Con el cirujano preparado para una operación de rutina.

No entramos en los detalles de la operación de sutura. Anestesia local o preferible general, incisiones largas, disecciones extensas por fuera de la arcada vascular. Sutura sin tensión con cabello humano (73 casos) y seda negra 6 ó 7 ceros (19 casos).

Mediante el juego articular, disecciones extensas, trasposición de los cabos y sutura bulbar (2 casos) hemos podido realizar siempre la sutura sin tensión en la práctica civil.

En ningún caso hemos recurrido al sacrificio de ramas ni al injerto de nervios.

Es justo esperar la recuperación sobre el resultado de la regeneración. En las secciones suturadas es algo más largo el tiempo de regeneración, que en las axonotmesis a la misma altura. La regeneración es siempre deficitaria: más en el cubital que en el mediano, y sobre todo que en el radial.

Después de la operación mantenemos inmóvil en yeso las articulaciones vecinas al segmento operado durante tres semanas. Luego contención de los antagonistas con dispositivos ortopédicos en el intervalo del masaje y la movilización. Es útil la estimulación eléctrica de los músculos contra la atrofia hasta que llega la reinervación.