

SECCIÓN TRAUMÁTICA DE RAMA CUBITAL EN NERVIIO MEDIANO BÍFIDO.

Muñoz Sánchez, José Luis,
Ruiz Izquierdo, Carmen.



INTRODUCCIÓN.

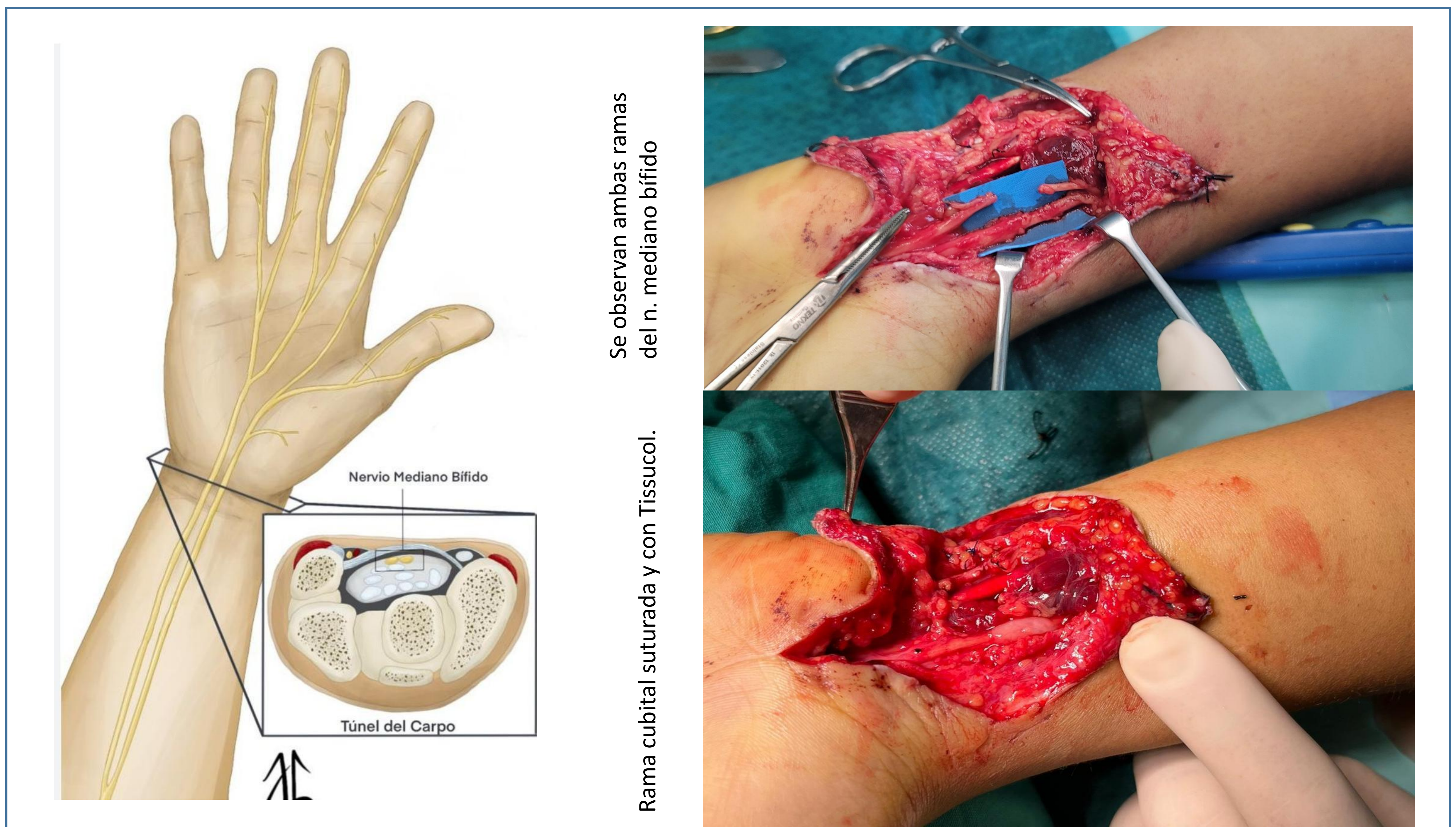
En 1977 Lanz describió las variantes anatómicas del nervio mediano, clasificándolas en cuatro grupos. El grupo III consiste en la bifurcación alta del nervio mediano, con una prevalencia del 1-14% según series en la literatura; además es el grupo que más se asocia a síndrome tunel carpiano, con una incidencia del 2.8% en la serie de Lanz, y del 3.3% en la serie de Amadio. Las lesiones traumáticas del nervio mediano bífido son muy difíciles de diagnosticar, y pueden pasar desapercibidas por la clínica que presenta el paciente, ya que, en caso de sección traumática puede seccionarse una rama, cubital o radial, o ambas, presentar déficit sensitivo diferente al clásicamente estudiado, provocando errores diagnósticos.

OBJETIVOS.

Mostrar una sección traumática de la rama cubital de un nervio mediano bífido, caso inusual, y con clínica de anestesia únicamente en zona cubital de tercero y radial de cuarto dedos, lo cual conduce a dificultad diagnóstica si no se sospecha y conocen estas variantes anatómicas.

MATERIAL Y MÉTODO.

Mujer de 16 años que presenta herida incisa en pliegue volar de flexión de muñeca izquierda por intento autolítico. A la exploración inicial presenta hipoestesia en territorio nervio mediano y dificultad a la flexión de muñeca. Se realizó una primera atención en urgencias de un Hospital Comarcal de la provincia, llevándose a cabo exploración quirúrgica. Ante la dificultad técnica del caso, se referenció la rama cubital del nervio mediano bífido y se derivó a nuestro centro de referencia, unidad de mano, con diagnóstico erróneo de sección en la rama sensitiva palmar del nervio mediano. Se realizó nueva exploración quirúrgica por cirujano de mano y se evidencia sección en la rama cubital del nervio mediano bífido y sección completa del *flexor carpi radialis (FCR)* y *palmaris longus*. Se realiza tenorrafia FCR y se procede a sutura termino-terminal epineural 8/0 junto con sellado *Tissucol*®. Se inmovilizó con férula 3 semanas.



RESULTADOS.

Paciente tuvo seguimiento estrecho en consultas de traumatología y rehabilitación dirigida. A las 10 semanas postcirugía, la paciente no presenta dolor, con recuperación parcial de la rama sensitiva cubital del nervio mediano bífido. A nivel motor no presenta déficits con movilidad completa. A los 2 años de evolución la paciente realiza vida normal, aunque persisten ciertas parestesias sensitivas en su territorio de distribución con signo de Tinel + en zona reparación nerviosa; que no interfieren en sus actividades cotidianas.

CONCLUSIONES.

Es de gran importancia el conocimiento de las variantes anatómicas de un nervio, especialmente del nervio mediano, ya que su conocimiento justifica que exista clínica motora y/o sensitiva, evitando errores diagnósticos. Igualmente, la correcta sutura y enfrentamiento de los haces nerviosos es fundamental para evitar la formación de neuromas y dolor postquirúrgico.

