

LESIÓN DEL NERVIIO INTERÓSEO POSTERIOR TRAS EXÉRESIS DE LIPOMA EN ANTEBRAZO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Murcia Gómez M¹, Llorens Fernández J¹, López Albaladejo A¹, Álvarez González J².

¹Médico Interno Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena

²Facultativo Especialista Adjunto de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena – Unidad de Miembro Superior.

INTRODUCCIÓN. Las lesiones nerviosas son complicaciones descritas en multitud de cirugías. La gravedad de las mismas es variable, existiendo lesiones de buen pronóstico como la neuroapraxia y la axonotmesis que pueden remitir espontáneamente; y lesiones más graves con solución de continuidad del nervio, como en la neurotmesis, que requieren un gesto quirúrgico para su reparación. El nervio interóseo posterior es una rama del N. radial eminentemente motora, inerva a los músculos del compartimento posterior del antebrazo. Una lesión del mismo provoca una imposibilidad para la extensión de los dedos y dificultad para la extensión de la muñeca. La función de los músculos 1º y 2º radiales se encuentra conservada ya que son inervados por el nervio radial.

MATERIAL Y MÉTODOS. Paciente de 68 años que consulta por tumoración en tercio proximal del antebrazo izquierdo. La RM informa de lipoma en el espesor del músculo braquiorradial de 6 x 3,6 x 2,6cm. En el momento de la exploración el paciente no presenta signos de compresión nerviosa. Se opta por tratamiento quirúrgico. Mediante un abordaje de Henry en antebrazo izquierdo se accede a la tumoración, observando que engloba ambas ramas terminales del nervio radial, sensitiva y motora, y se lleva a cabo la exéresis cuidadosa (imágenes 1, 2 y 3). En el postoperatorio el paciente presenta paresia de la musculatura extensora de los dedos, sin alteración sensitiva y conservando la extensión de la muñeca.

RESULTADOS. El paciente recibe tratamiento rehabilitador. A los 3 meses el electromiograma identifica axonotmesis parcial de grado severo del nervio radial izquierdo, entre el canal de torsión y la arcada de Frohse, con signos de reinervación. Ante estos hallazgos se opta por actitud expectante. A los 9 meses de la cirugía presenta recuperación completa de la extensión de los dedos.

CONCLUSIONES. En el abordaje anterior del radio o abordaje de Henry existe el riesgo de lesionar el N. interóseo posterior. Generalmente este abordaje se emplea para acceder al radio y no es necesario exponer el nervio, permaneciendo protegido por el vientre muscular del músculo supinador. Si es inevitable la exposición del nervio se debe ser muy cuidadoso para evitar lesionarlo. No obstante, como hemos observado en este caso, aún realizando una técnica quirúrgica rigurosa y comprobando la integridad de dicha estructura, el riesgo de lesión no desaparece. Este caso clínico pone de manifiesto la necesidad de informar al paciente de los riesgos de la cirugía, ya que una afección de este tipo puede retrasar la recuperación incluso en intervenciones que pueden considerarse de bajo riesgo, como podría ser la exéresis de un lipoma.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Izquierdo Fernández A, Otero Fernández R. Fisiopatología del sistema nervioso periférico. Cirugía Ortopédica y Traumatología. 5 edición. Madrid; 2021. 297-317.
2. Andrew H, Crenshaw JR. Técnicas y vías de abordaje quirúrgicas. Campbell Cirugía Ortopédica. Tomo 1 Vías de Abordaje. Artroplastia. Artrodesis. Amputaciones. 11 edición. Barcelona; 2010. 1-123.
3. Hoppenfeld, deBoer. Antebrazo. Abordajes en Cirugía Ortopédica. Pag141-172

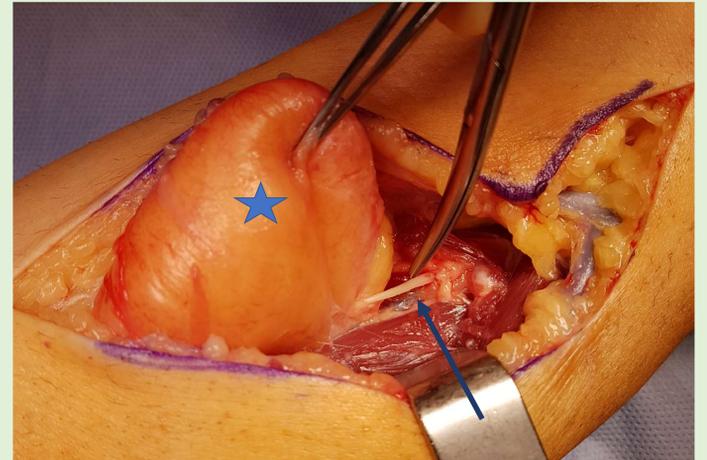


IMAGEN 1. Intervención quirúrgica: el N. interóseo posterior (marcado con flecha) se introduce en el espesor del lipoma (estrella)



IMAGEN 2. Lipoma extirpado

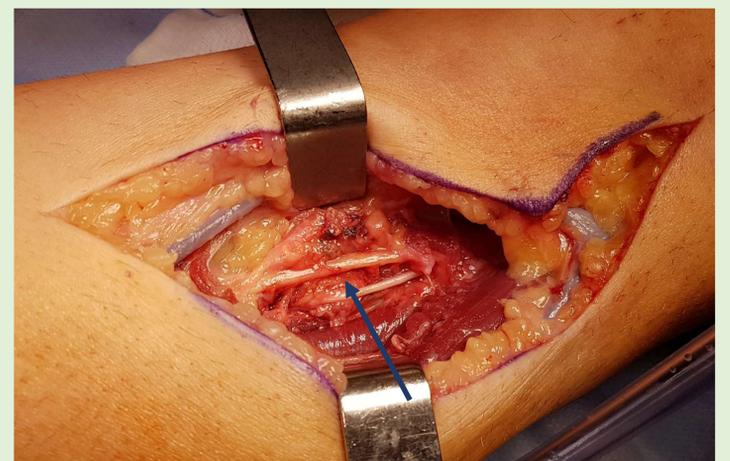


IMAGEN 3. Aspecto intraoperatorio tras la liberación del N. Interóseo posterior