Neurocirugia. 2018;29(Espec Congr):281

Neurocirugía

https://www.revistaneurocirugia.com

P0533 - BIOPSIA FASCICULAR DIAGNÓSTICA DE LESIÓN DE NERVIO PERIFÉRICO. ¿CÓMO EVITAR DÉFICIT NEUROLÓGICO? PRESENTACIÓN DE UN CASO

J. Robla Costales[1], *Á. Otero Rodríguez*[2], *D. Robla Costales*[3], *J. Ibañez Plagaro*[1], *J. Fernández Fernández*[1], *R. Diana Martín*[1] *y G. Mattos Piaggio*[1]

[1]*Complejo Asistencial Universitario de León, León, España.* [2]*Complejo Asistencial de Salamanca, Salamanca, España.* [3]*Hospital Universitario Central de Asturias, Asturias, España.*

Resumen

Objetivos: Las lesiones de origen no tumoral (inflamatorio, vasculítico) de los nervios periféricos en muchas ocasiones son difíciles de filiar, precisando la toma de biopsia de nervio para su diagnóstico. La consecuencia de la extirpación de un fascículo nervioso puede ser un déficit sensitivo-motor permanente. Presentamos un paciente con lesiones de tipo no tumoral en los nervios mediano y cubital a distintos niveles en el brazo y la estrategia seguida para evitar déficit neurológico postoperatorio.

Métodos: Paciente de 20 años estudiado por clínica de dolor en territorio cubital y déficit sensitivo-motor progresivo del nervio cubital en el brazo derecho. La ecografía y la RM de la extremidad superior objetivaron varias lesiones en los nervios cubital y mediano a distintos niveles en el brazo, en forma de engrosamiento del nervio, con un patrón de engrosamiento de los fascículos, perdiendo en determinadas zonas el patrón fascicular. Una de las lesiones del nervio cubital estaba localizada a nivel del túnel cubital, estando el nervio comprimido y siendo la responsable de la clínica dolorosa.

Resultados: El paciente fue intervenido, procediéndose a la neurolisis del nervio cubital a nivel del túnel cubital. A dicho nivel el nervio tenía una pérdida del patrón fascicular, descartándose la biopsia. Se abordó el nervio cubital a mitad del antebrazo, donde según los estudios de imagen presentaba un patrón fascicular conservado con fascículos engrosados. Mediante estimulación eléctrica, se eligió un fascículo que producía contracción del músculo flexor carpi ulnaris (fascículo utilizado en la transferencia nerviosa tipo Oberlin I), se seccionó y se tomó un fragmento para biopsia. En el posoperatorio el paciente no presentó déficit secundario, con desaparición del dolor preoperatorio.

Conclusiones: El conocimiento de la anatomía topográfica de los nervios y la experiencia en transferencias nerviosas en cuanto a la elección de fascículos redundantes en función permite realizar una biopsia sin provocar déficit.

1130-1473/© 2018 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.