

Sección de nervios ciáticos, mayor y menor

DR. RODRIGO CHACÓN JINESTA*

DR. RAFAEL OREAMUNO OBREGÓN**

PRESENTACION DE UN CASO, CON RECUPERACION DE 95% DESPUES DE LA NEURORRAFIA

La sección de los nervios ciáticos, mayor y menor, como accidente de la vida civil, es una lesión muy poco frecuente, siendo lo común encontrarla en las heridas de guerra, ocasionada generalmente por fragmentos de granada o trozos grandes de metal, que además producen la fractura conminuta y expuesta del fémur.

La importancia de esta lesión, vale la pena recalcarlo, es enorme, ya que el nervio ciático mayor, que se origina de las raíces L.4, L.5, S.1, S.2 y S.3 es en el miembro inferior y por sí solo, el equivalente del plexo braquial. El nervio ciático menor, no tiene tanta importancia, ya que la función es puramente sensitiva y localizada a la región del muslo.

Una de las estadísticas más completas (1-2-3-4-5) presenta 118 casos de sección del nervio ciático mayor, controlados entre 3 y 18 años, con un promedio de 11.7 años. Considera los resultados como muy buenos, cuando hay recuperación de la sensibilidad en la zona correspondiente y los músculos afectados son capaces de vencer la gravedad y resistencia.

Cuando la lesión comprende todo el nervio ciático mayor, los resultados deben considerarse separadamente, en lo que respecta a las dos ramas terminales o sea el nervio ciático poplíteo interno y el nervio ciático poplíteo externo. En el C.P. interno un 79% mostró recuperación motora y un 69% recuperación sensorial. En cambio con respecto al C.P. externo, la recuperación motora fue únicamente de un 36% y de un 74% la sensitiva, aunque esta última, debió tomarse con reserva, al ser en gran parte por "extensión de vecindad".

En general la recuperación motora del nervio ciático mayor es de un 57.7% y la sensitiva de un 71.5%.

* Servicio de Ortopedia. Hospital Central. Caja Costarricense de Seguro Social.

** Servicio de Ortopedia. Hospital Central. Caja Costarricense de Seguro Social.

Se reporta que una falta o brecha en el nervio de hasta 12 cms., fueron compatibles con un buen resultado, más de esa distancia o una flexión de más de 90° de la rodilla, dieron sistemáticamente malos resultados, lo que se explica tomando en cuenta las posiciones de relajamiento de los distintos segmentos del muslo, que proporcionan un alargamiento del nervio. Así la hiper-extensión de la cadera alarga 2 cms., la flexión a 90° de la rodilla, lo alarga de 6 a 8 cms., y el equinismo del pie en 2 cms. Los injertos de nervio, dieron todos pobres resultados.

El dolor se presentó como secuela en un 50% y la presencia de parestesias o super respuesta sensitiva en el 33%. Un 69% presentó lesiones vasomotoras y tróficas y un 95% enfriamiento de la extremidad afectada, 14% tuvieron mal perforante plantar, localizado especialmente en el pulpejo del primer dedo y en un 8% debió amputarse la extremidad, por deformación y úlceras. Los casos que presentaban dolor, no fueron amputados, pues este persiste, como un componente del miembro fantasma.

Para un diagnóstico correcto de lesión del nervio ciático mayor deben explorarse los siguientes grupos musculares:

1) Los músculos flexores de la rodilla, inervados por el componente tibial. 2) El M. Triceps sural, inervado por el tibial posterior. 3) Los M. tibial anterior y M. extensor largo de los dedos del pie, inervado por el N. peroneo profundo. 4) Los M. peroneos largo y corto, inervados por el peroneo superficial. 5) El tibial posterior y flexores de los dedos, inervados por el tibial posterior.

La suma del déficit ocasionado por la sección de ambos nervios, prácticamente es la invalidez total del miembro afectado, pudiendo obligar a la amputación, como único recurso de *reintegrar al enfermo a la vida diaria*. El déficit sensitivo, corresponde en la parte alta del muslo, al territorio del nervio ciático menor, en la pierna al ciático menor y en una pequeña zona al nervio ciático mayor y en el pie, cara lateral y dorso del mismo al ciático mayor exclusivamente.

PRESENTACION DE UN CASO:

G. M. A., masculino, 24 años. Antecedentes sin importancia para el padecimiento actual.

El día 3-VI-67, al caerse, se infiere una herida de 3 cm. de longitud, localizada en el muslo derecho, a 4 cm. por debajo del pliegue glúteo. Al tratar de incorporarse, no pudo hacerlo, por lo que creyó que se había fracturado la pierna. A partir de ese momento, notó además una anestesia de todo el miembro inferior e impotencia funcional del pie. Los movimientos de la rodilla se hallaban dificultados y con sensación de falta de fuerza. Al día siguiente del accidente, presentó ámpulas en el dorso del pie y en la planta del mismo.

EXPLORACION FISICA:

Miembro inferior derecho: herida transversal, cortante, de 3 cms. aproximadamente, en la línea media e inmediatamente por debajo de la nalga. Zona de anestesia en el tercio inferior del muslo, cara posterior, cara póstero externa de pierna y todo el pie. Fuerza muscular: flexores de rodilla 3 menos. Cuadriceps 5, tibial anterior 0. Peroneos 0. Triceps 0. Flexores y extensores de los dedos 0. La anestesia en pie, ha producido una ampolla en la cara externa y otra en la cara interna del mismo, sobre la cabeza del primer metatarsiano, de tipo superficial. Se procede a la intervención quirúrgica, haciendo la incisión de Henry (Figs. 1-2) en signo de interrogación, levantando los lados cefálicos, caudal y femoral del músculo glúteo mayor, por despegamiento de sus inserciones en la banda ileo-tibial y fémur respectivamente. Al girarlo sobre el borde pélvico (Fig. 3) se encontró: 1) Sección del nervio ciático mayor, a cuatro traveses de dedo por debajo del músculo piramidal. 2) Sección del nervio ciático menor. 3) Sección del músculo biceps en todo su espesor. 4) Sección parcial del M. vasto interno. 5) Hematoma de 500 cc. aproximadamente.

Se procede a hacer la *neurorrafia*, previa liberación y movilización de los cabos proximal y distal, para la *neurolysis* y aproximación de los mismos. Sutura de los músculos e inmovilización con aparato de yeso pelvi-podálico, con hiper-extensión de cadera, flexión de 90° de rodilla y equinismo del pie.

EVOLUCION:

El 15-VIII-67 inicia sensibilidad en región maleolar externa. Estiramiento progresivo de las articulaciones. El 11-VIII-67 sensación espontánea de golpe eléctrico en pie, tobillo o talón. Se permite la deambulacion con aparato ortopédico. El 30-IV-68 triceps con fuerza muscular 4. Sensibilidad completa aunque no discriminativa. Paresia del nervio ciático poplíteo externo.

RESUMEN

Se presenta un caso de sección completa de los nervios ciático mayor y menor con recuperación de un 95% después de la *neurorrafia*. Se revisa la literatura al respecto, haciéndose algunas consideraciones sobre la técnica quirúrgica efectuada.

SUMMARY

A case of complete section of the sciatic nerves with 95% recovery after *neurorraphy* is discussed. Pertinent literature is reviewed and some aspects of surgical technique are described.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—CAMPBELL'S.
Operative Orthopaedics. 4ª Ed., 1963. Págs. 1553-1555.
- 2.—D. K. CLAWSON; H. J. SEDDON.
Journal of Bone and Joint Surgery. Vol. 42-B, Nº 2, May-60, pag. 205.
- 3.—ARNOLD K., HENRY.
Exposición Extensible aplicada a la Cirugía de los Miembros. 1ª Edición. Ed. Salvat, 1953; págs. 85-97.
- 4.—R. WATSON, JONES.
Fracturas y Traumatismos articulares. Ed. Salvat, 4ª Edición, págs. 143-145.
- 5.—ARTHUR STEINDLER.
Operaciones Ortopédicas. Ed. Beta, Buenos Aires, págs. 436.

Fig. 1

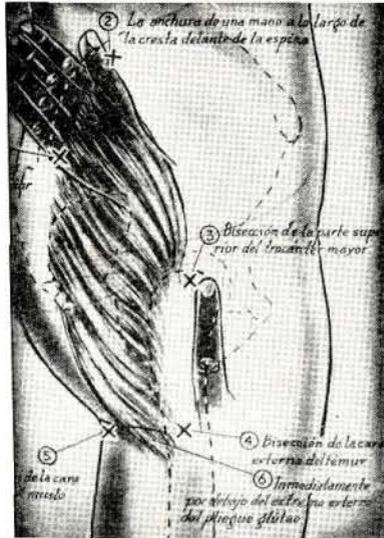
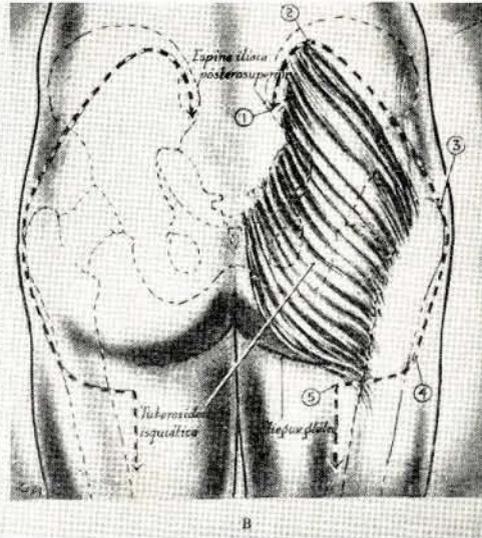


Fig. 2



DE VASOS Y NERVIOS DE LA NALGA

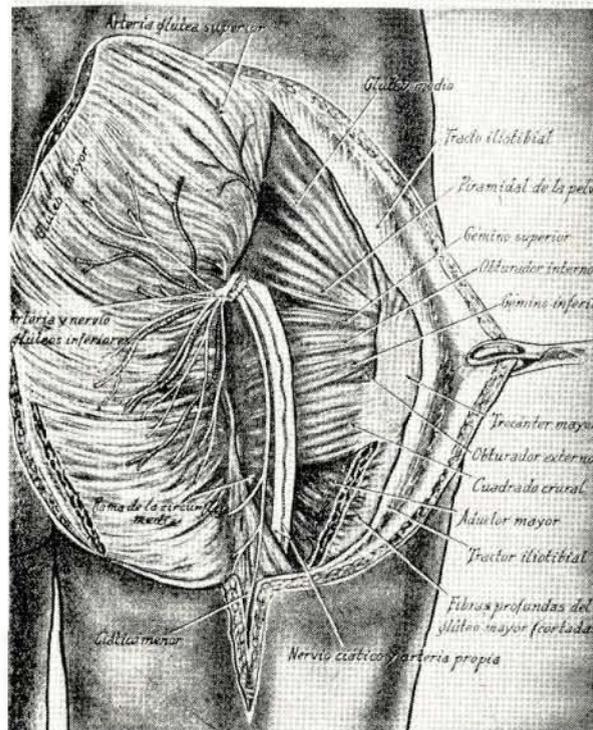


Fig. 3