

TRATAMIENTO DEL NEUROMA DIGITAL DOLOROSO. TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL ENTERRAMIENTO EN METACARPIANO

E. Gallo del Valle ¹; E. García Prieto ¹; A. Prada Cañizares ¹; N. Ruiz Micó ¹; F. Tomé Bermejo ¹
Hospital Universitario General de Villalba, Madrid



Presentación del caso: Paciente mujer de 28 años, diestra, auxiliar en clínica dental (actividad manual fina con apoyo instrumental en 1ª comisura). HIC hace 5 años en borde radial del 2º dedo nivel de F1. Se ha realizado intervención previa (resección de neuroma digital y proximalización del mismo en musculatura comisural), con recidiva de la clínica. Acude por presencia de **tumoración dolorosa en dedo** y dolor tipo calambre ante cualquier contacto. Limita su actividad social, deportiva (esquí) y laboral.

Exploración física y diagnóstico: El diagnóstico del neuroma es clínico. Se palpa tumoración subcutánea móvil a nivel proximal de la incisión. Tinel + a dicho nivel. Conserva sensibilidad de defensa en hemipulpejo radial del 2º dedo (zona crítica), con test de discriminación 2 puntos de 15mm. No presenta hiperalgesia del muñón distal. No afectación tendinosa. Se realiza **test diagnóstico con Lidocaina 1% 1cc** a nivel de tumoración, siendo el mismo +.

Razonamiento: El área sensitiva es **crítica** (hemipulpejo y borde radial del 2º dedo). Se trata de una paciente joven y con actividad manual de destreza intensa. No obstante, por el tiempo de evolución (5 años desde lesión original), no se puede esperar una recuperación funcional, por lo que prima el tratamiento del neuroma doloroso.

El tratamiento fundamental de un neuroma en discontinuidad consiste en la **neurorrafia** directa sin tensión tras su exéresis, pero a menudo se precisa injerto nervioso. En nuestro caso, el nervio de elección sería el nervio cutáneo antebraquial medial, ramo sensitivo del nervio mediano, con 2 fascículos, uno anterior y otro posterior; fascículos muy constantes y cuya obtención es sencilla con una morbilidad del sitio donante pequeña. No obstante, la paciente no autorizó la obtención de este nervio donante, por lo que se decide la exploración quirúrgica con la idea principal de enterrar el neuroma en el 2º metacarpiano, del cual se explica nuestra técnica empleada

1- Hallazgos intraoperatorios: Se identifica cabo proximal del neuroma en discontinuidad inmerso en cicatriz fibrosa con sprouting hacia piel



2- Liberación del neuroma y disección del nervio colateral palmar hacia proximal.

• **2a Preparación del cabo con 2 puntos perineurales (nylon 6/0)**

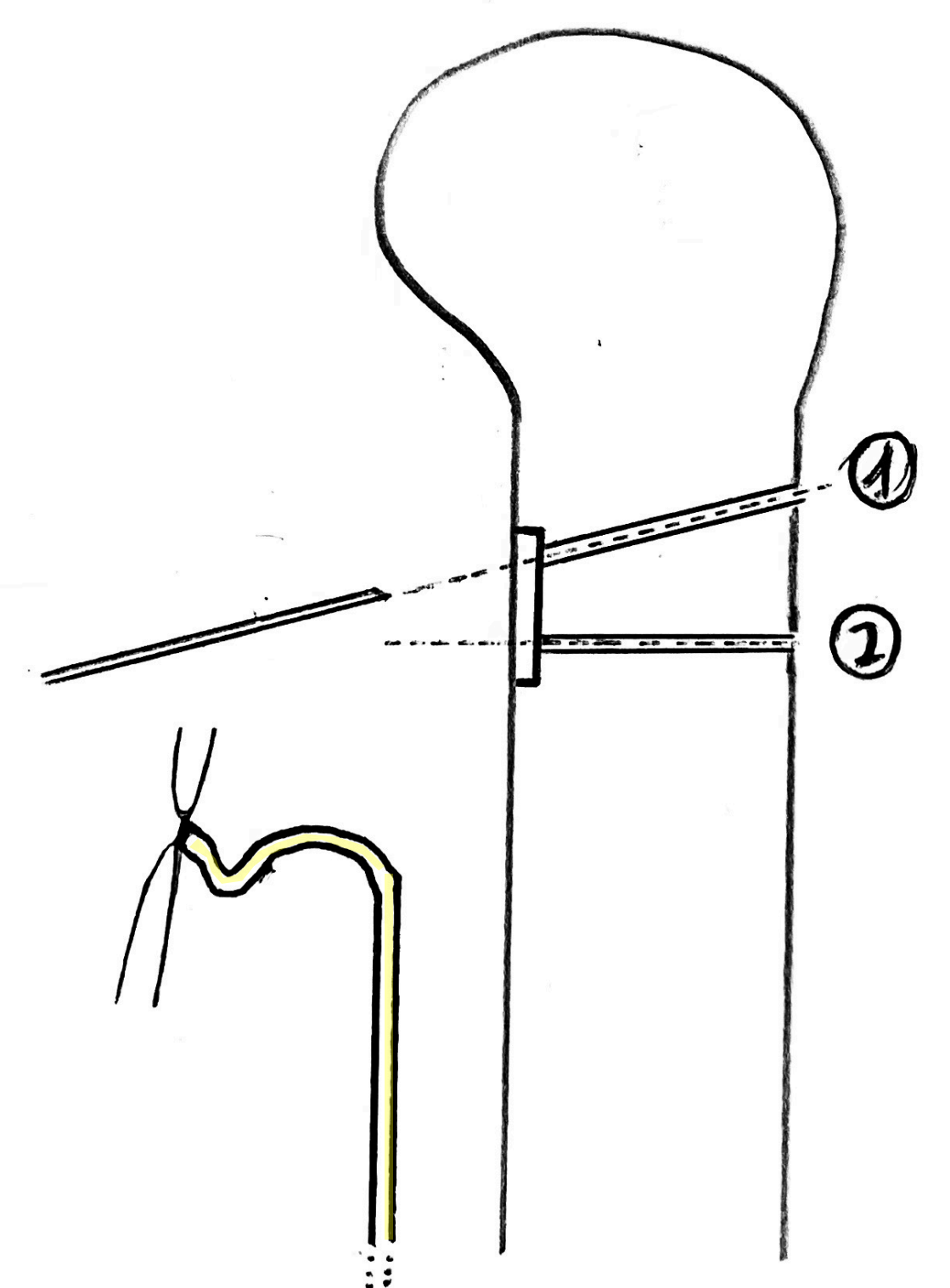
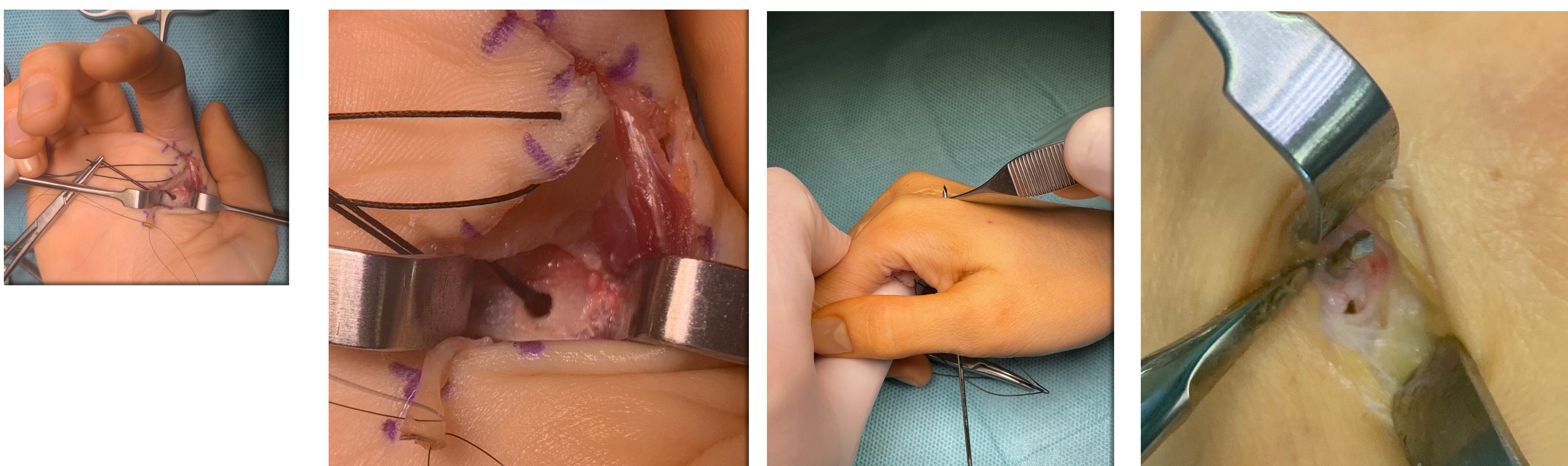
• **2b Exéresis del neuroma**

• **2c Termocoagulación de la punta del cabo**

• **2d Crushing proximal** → (1min con mosquito)

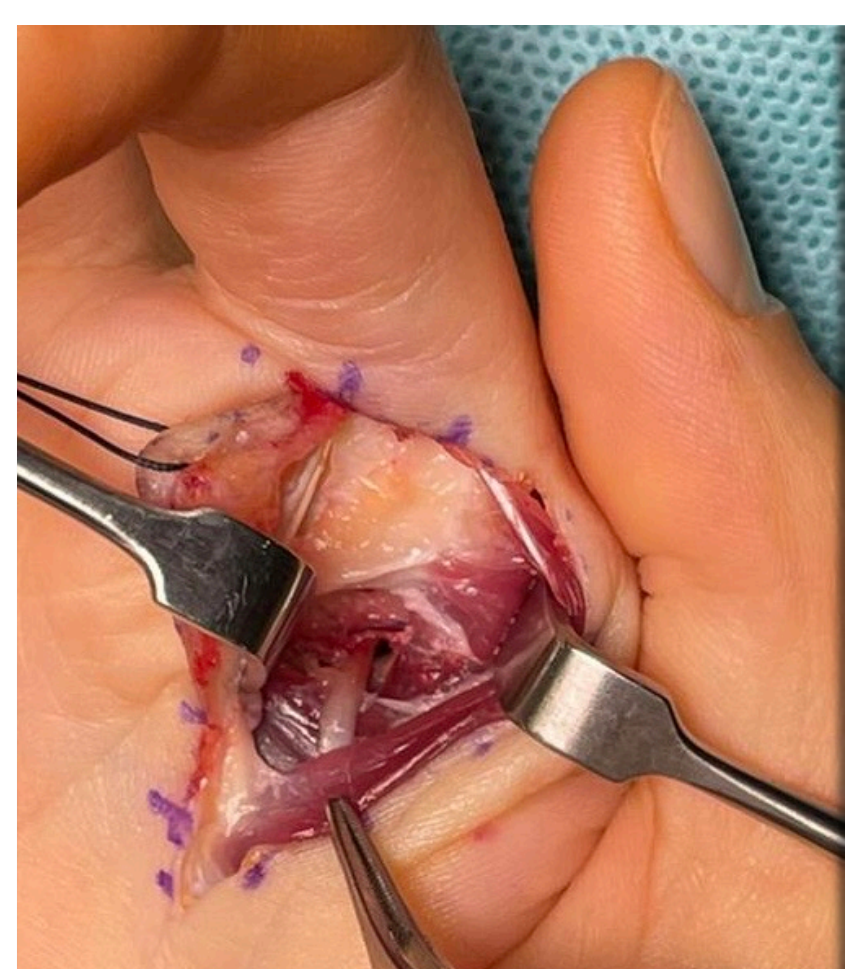
3- Exposición de cortical volar del 2º metacarpiano a nivel metafisario

- **3a Brocado unicortical** con broca de 2,5mm
- **3b Se crean 2 orificios con agujas de 1mm**, a través del orificio brocado y con 2 direcciones diferentes hacia el dorso
- **3c Ambas salidas quedan cubitales a los tendones extensores del 2º dedo**



4- Recuperamos por los orificos dorsales ayudándonos de una seda con aguja recta ambos nylon de 6/0.

- **4a** Comprobamos que al traccionar de los puntos de nylon, se produce un correcto enterramiento del nervio en el orificio, **sin generar tensión proximal**.
- **4b** Anudado en el dorso del metacarpiano.



Resultado: 3 meses postquirúrgicos, la paciente reinicia su actividad laboral. En el control 9º mes postquirúrgico, paciente esta asintomática, persistiendo no obstante déficit sensitivo en el borde radial del 2º dedo.

Conclusiones: El tratamiento del neuroma doloroso consiste fundamentalmente en la neurorrafia haciendo uso de injertos nerviosos. En caso de que esta técnica no sea posible, el enterramiento del cabo proximal del nervio lesionado en el hueso es una técnica útil para conseguir alivio sintomático.

Exponemos en este póster los pasos quirúrgicos y claves para conseguir un correcto enterramiento en el 2º metacarpiano en una paciente con lesión del nervio colateral digital del 2º dedo tras un fracaso quirúrgico previo.

Bibliografía de interés

- Mackinnon SE, Yee A. Nerve Surgery. Thieme; 2015. 591-601
- Hazari A, Elliot D. Treatment of end-neuromas, neuromas-in-continuity and scarred nerves of the digits by proximal relocation. *J Hand Surg Br.* 2004;29(4):338-350. doi:10.1016/j.jhsb.2004.01.005
- Boyd KU, Nimigan AS, Mackinnon SE. Nerve reconstruction in the hand and upper extremity. *Clin Plast Surg.* 2011;38(4):643-660. doi:10.1016/j.cps.2011.07.008
- Regal S, Tang P. Surgical Management of Neuromas of the Hand and Wrist. *J Am Acad Orthop Surg.* 2019;27(10):356-363. doi:10.5435/JAAOS-D-17-00398

C O N G R E S O
secOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA