

Cirugía de nervios periféricos

Desde el III par craneal todos los nervios son periféricos.

Exploración

Incluye la diferenciación entre

Motoneurona inferior · Conecta el sistema nervioso central con el órgano efector. · Una lesión a este nivel provoca: · hipo- / areflexia · paresia / parálisis flácida · atrofia muscular neurógena

Motoneurona superior · Está situada a nivel del sistema nervioso central y es responsable de: · el inicio del movimiento voluntario · el mantenimiento del tono muscular y de una postura correcta. · Una lesión a este nivel provoca: · normo- / hiperreflexia · paresia / parálisis espástica · atrofia muscular por desuso.

Lesiones de nervio periférico

Clasificación

La **neurapraxia** es un bloqueo en la conducción nerviosa a nivel local, sin afectación axonal y por lo tanto sin degeneración walleriana distal. Si uno tuviera la oportunidad de observar el nervio a simple vista no detectaría anomalía alguna, y si lo hiciera bajo microscopio tal vez se observaría una desmielinización focal. La función se recupera en forma rápida, como máximo en un par de semanas, y la restitutio ad integrum es la regla.

La **axonotmesis** es una lesión propia del axón, asociada a degeneración walleriana distal. El endoneuro y el perineuro están intactos, lo que garantiza una correcta guía del axón en regeneración hasta el extremo distal del sitio de lesión, siendo la velocidad de desplazamiento de las fibras la clásicamente descrita de 1 a 1,5 mm diarios. La recuperación de la función también es la regla en este tipo de lesión, aunque con una demora mayor a la neurapraxia, de hasta 6 meses.

La **neurotmesis** es el grado máximo de lesión, con sección completa del nervio, pérdida absoluta de la función, y ausencia de todo tipo de recuperación espontánea.

Sir Sydney Sunderland, estableció la clasificación que lleva su nombre, en la cual agrega dos grados más a los tres descriptos anteriormente, colocándolos entre la axonotmesis y la neurotmesis de Seddon.

El tercer grado de Sunderland es una lesión asociada del axón y el endoneuro, lo cual genera una recuperación como la de la axonotmesis, pero que no es completa, ya que algunos axones no logran atravesar el sitio de la lesión. El cuarto grado es similar a la neurotmesis, sólo que el aspecto del nervio es en continuidad, ya que ambos extremos seccionados del nervio se hallan unidos por tejido conectivo cicatrizal, pero no por tejido nervioso.

En la práctica, distinguir clínicamente entre segundo y el tercer grado de Sunderland es difícil antes del sexto mes (es decir, no siempre la recuperación completa se produce antes de dicho momento) y la diferencia entre cuarto y quinto grado sólo se hace durante la exploración quirúrgica, lo cual es en realidad poco útil desde el punto de vista del manejo de la lesión. En otras palabras, si bien la clasificación de Sunderland es más precisa que la de Seddon, en la práctica es mucho menos

utilizada, ya que agrega complejidad sin asociar mayor utilidad en el manejo de esta patología.

Por último, Susan Mackinnon y Lee Dellon establecieron un sexto grado de lesión, en la cual coexisten varios o los cinco grados de Sunderland en forma irregular dentro del mismo nervio.

Pronóstico

Depende de el momento en el que se efectúa la reconstrucción quirúrgica. Los mejores resultados se consiguen al reparar los nervios radial y ciático poplíteo interno (entre 88% y 100% en las lesiones en antebrazo y rodilla respectivamente, y 66% a 54% en las que se presentan en axila, brazo y muslo), y los peores con el nervio ciático poplíteo externo (56,3% en lesiones distales, es decir rodilla, y sólo 13.8% en lesiones en glúteo y muslo).

<http://www.lataccs.com.ar/pdf/lesion%20nervios%20perifericos-socolovsky%282%29.pdf>

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=cirugia_de_nervios_perifericos

Last update: **2025/03/10 14:57**

