

## Variedades anatómicas nerviosas encontradas en lesiones de las manos. Su importancia en el diagnóstico y tratamiento

Dr. Antonio De Santolo R.

Miembro Correspondiente

Los libros modernos de anatomía humana mencionan las variedades que ocasionalmente se consiguen en la sala de disección. En miembro superior y manos, estas variedades son más numerosas que en otras ubicaciones, y hacen que su presencia dificulte el diagnóstico preciso de una lesión traumática.

Específicamente nos referimos a las conexiones, entre el nervio mediano y el cubital, descritas por Martín (1); luego Gruber (1) las consiguió en un

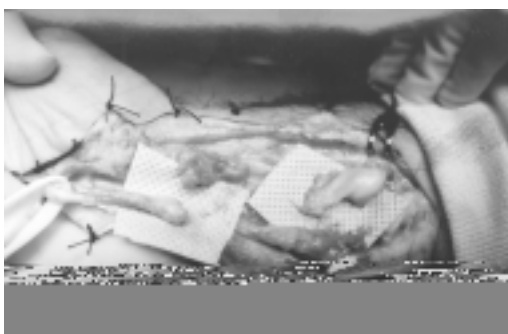


Figura 1. Lesión del nervio mediano operado previamente dos veces por síndrome del túnel del carpo, con electro-miografía positiva de STC. Acto quirúrgico pérdida de 5 cm de nervio

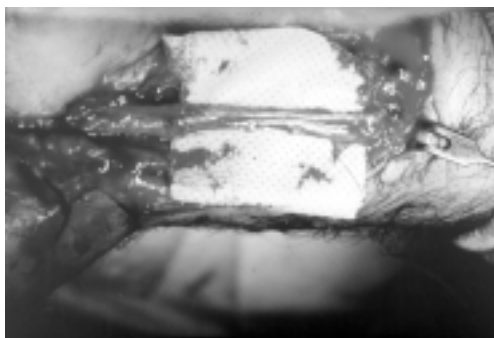


Figura 2. Injerto de 5 "cablegraft" tomados del N. sural para obtener sensibilidad protectora del territorio del mediano

17% en disección de 212 cadáveres, considerada como una conexión del nervio mediano a cubital en el antebrazo, solamente de fibras motoras (2).

Hay que distinguir estas conexiones nerviosas de una anomalía o variedad de inervación de uno o varios músculos, pero esta ambigüedad se diferencia y diagnostica con bloqueos del tronco nervioso proximal a la sospecha de lesión o de la variedad de inervación.

La implicación clínica es notada cuando el nervio mediano ha sido seccionado y los músculos tenares de la oposición funcionan, o en el nervio cubital seccionado, que aún la mano tiene sus destrezas que le confieren los músculos intrínsecos.

La anastomosis "Martin-Gruber" es una conexión de fibras sólo motoras del nervio mediano al cubital o viceversa, presentes a nivel del antebrazo, clasificada en 6 tipos, y de los cuales presentamos un caso típico que sólo se ve raramente (2).

Se trata de un paciente operado en dos oportunidades anteriores por síndrome del túnel del carpo (STC), con severa afectación funcional y sensitiva del territorio del mediano, con músculos tenares y oposición normales y cuyo estudio electromiográfico (EMG) reportó solamente una velocidad de conducción motora prolongada, afirmando diagnóstico de STC de leve a moderado.

Tanto la clínica como EMG demostraban un STC, pero en el acto quirúrgico se encontró una sección y acortamiento de 5 cm del nervio mediano, que ameritó un injerto de nervio intercalar, con la finalidad de restituir la sensibilidad protectora que, para el mediano es trascendental.

### REFERENCIAS

1. Leibovic SJ, Hastings H. Martín-Gruber revisited. *J Hand Surg* 1992;17A:47-53.
2. Toutas CO, Bergman RA. *Anatomic variations of the upper extremity*. New York: Churchill-Livingstone; 1993.