



Artigo original

Emprego do enxerto do nervo fibular superficial para tratamento de lesões de nervos periféricos[☆]



Samuel Ribak^{a,b,*}, Paulo Roberto Ferreira da Silva Filho^{a,b}, Alexandre Tietzmann^a, Helton Hiroshi Hirata^{a,b}, Carlos Augusto de Mattos^a e Sérgio Augusto Machado da Gama^a

^a Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil

^b Hospital Nossa Senhora do Pari, São Paulo, SP, Brasil

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 1 de março de 2015

Aceito em 6 de abril de 2015

On-line em 12 de outubro de 2015

Palavras-chave:

Nervos periféricos

Nervo/transplante

Neuropatias fibulares

R E S U M O

Objetivo: Avaliar resultados clínicos do tratamento das lesões crônicas de nervos periféricos com o nervo fibular superficial como fonte doadora de enxerto.

Métodos: Estudo de 11 pacientes com lesões de nervos periféricos nos membros superiores tratados com enxerto do ramo sensitivo do nervo fibular superficial, com intervalo médio de 93 dias entre a data de registro da lesão e a cirurgia. Foram observadas lesões do nervo ulnar em oito pacientes e do nervo mediano em seis. Em três ambos os nervos foram lesados. Na cirurgia faz-se incisão longitudinal na face anterolateral no tornozelo, visualiza-se o nervo fibular superficial, situado anteriormente ao músculo extensor longo dos artelhos. Proximalmente diseca-se a fáscia profunda entre os músculos extensor longo dos artelhos e o fibular longo. A seguir, identifica-se o ramo motor do músculo fibular curto, um dos ramos do nervo fibular superficial. O limite proximal do ramo sensitivo encontra-se nesse ponto.

Resultados: A média do espaço entre os cotos nervosos foi de 3,8 cm, comprimento médio dos enxertos de 16,44 cm, número de segmentos usados de dois a quatro cabos. Na avaliação da recuperação da sensibilidade, 27,2% evoluíram para S2+, 54,5% para S3 e 18,1% para S3+. Quanto à recuperação motora, 72,7% apresentavam grau 4 e 27,2%, grau 3. Não houve déficit motor da área doadora, observou-se déficit sensitivo na região dorso lateral do tornozelo e dorsal do pé. Nenhum paciente apresentou queixas à deambulação.

Conclusões: O uso do nervo fibular superficial no tratamento das lesões de nervos periféricos como fonte de enxerto é seguro e proporciona resultados clínicos semelhantes a outras fontes de enxerto de nervos.

© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

[☆] Trabalho desenvolvido no Grupo de Cirurgia da Mão e Microcirurgia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, SP, Brasil e Hospital Nossa Senhora do Pari, São Paulo, SP, Brasil.

* Autor para correspondência.

E-mail: ribaksamuel@yahoo.com.br (S. Ribak).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbo.2015.04.029>

0102-3616/© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Use of superficial peroneal nerve graft for treating peripheral nerve injuries

A B S T R A C T

Keywords:

Peripheral nerve
Nerve/transplantation
Peroneal neuropathies

Objective: To evaluate the clinical results from treating chronic peripheral nerve injuries using the superficial peroneal nerve as a graft donor source.

Methods: This was a study on eleven patients with peripheral nerve injuries in the upper limbs that were treated with grafts from the sensitive branch of the superficial peroneal nerve. The mean time interval between the dates of the injury and surgery was 93 days. The ulnar nerve was injured in eight cases and the median nerve in six. There were three cases of injury to both nerves. In the surgery, a longitudinal incision was made on the anterolateral face of the ankle, thus viewing the superficial peroneal nerve, which was located anteriorly to the extensor digitorum longus muscle. Proximally, the deep fascia between the extensor digitorum longus and the peroneal longus muscles was dissected. Next, the motor branch of the short peroneal muscle (one of the branches of the superficial peroneal nerve) was identified. The proximal limit of the sensitive branch was found at this point.

Results: The average space between the nerve stumps was 3.8 cm. The average length of the grafts was 16.44 cm. The number of segments used was two to four cables. In evaluating the recovery of sensitivity, 27.2% evolved to S2+, 54.5% to S3 and 18.1% to S3+. Regarding motor recovery, 72.7% presented grade 4 and 27.2% grade 3. There was no motor deficit in the donor area. A sensitive deficit in the lateral dorsal region of the ankle and the dorsal region of the foot was observed. None of the patients presented complaints in relation to walking.

Conclusions: Use of the superficial peroneal nerve as a graft source for treating peripheral nerve injuries is safe and provides good clinical results similar to those from other nerve graft sources.

© 2015 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introdução

Em lesões de nervos periféricos o objetivo é o reparo primário sem tensão da sutura. Em situações nas quais não há possibilidade da sutura ou em casos de perda segmentar do nervo, tais como lesões tardias ou em casos complexos, o tratamento a reconstrução do nervo.¹

Ao longo das últimas décadas, vários trabalhos experimentais têm sido desenvolvidos para determinar os melhores métodos para preencher a falha entre os cotos dos nervos lesados.²

Embora as pesquisas com tubos autógenos (musculares ou vasculares)^{3,4} e tubos sintéticos (não autógenos)⁵ tenham se desenvolvido, os enxertos de nervos autógenos são ainda os mais indicados e usados.^{1,2}

Alguns aspectos devem ser considerados na escolha do enxerto de nervo: comprimento suficiente para garantir uma anastomose livre de tensão; número de fascículos coincidentes com os do nervo receptor e mínima sequela na área doadora.⁶

Diante de tais características, os nervos doadores são geralmente limitados aos nervos cutâneos das extremidades.

No membro superior, os nervos mais usados são o nervo cutâneo medial do antebraço e o cutâneo lateral do antebraço.^{1,2,6} Esses nervos têm como vantagem sua localização (no mesmo membro a ser operado) e como

desvantagem seu pequeno diâmetro e a limitação do comprimento, muitas vezes insuficiente para o preenchimento adequado.⁶

O nervo sural, no membro inferior, é considerado padrão de enxerto de nervo,^{7,8} é o mais usado pelos diâmetros e comprimentos mais adequados (até 30 cm de comprimento). Apesar das características acima, nem sempre é suficiente para preencher falhas maiores ou casos de lesões múltiplas e tem como inconveniente a perda sensitiva na face lateral do pé e outras complicações inerentes ao procedimento cirúrgico.

Ao buscarem-se opções, o nervo fibular superficial surge como uma opção interessante. É um ramo lateral do nervo fibular comum que inerva os músculos fibular longo e fibular curto. Supre a sensibilidade da pele da face lateral e inferior da perna e do dorso do pé.⁹ No terço inferior da perna, perfura a fáscia profunda e penetra no tecido celular subcutâneo na junção do terço médio com o inferior, onde, no nível do maléolo do tornozelo, se divide em dois ramos, cutâneo dorsal medial e cutâneo dorsal intermédio, ambos responsáveis pela sensibilidade da superfície dorsal do pé.¹⁰ Esse é o padrão de ramificação mais comum descrito. Em um tipo menos comum, ocorre a passagem independente desses ramos pela fáscia profunda, o que indica início da ramificação mais proximal,² porém apresenta a mesma área de sensibilidade no pé.

Reverendo as limitações do número de fonte de enxertos de nervos, Buntic et al.⁶ e Agthong et al.¹¹ publicaram seus estudos, o que aprofundou o conhecimento sobre o uso do nervo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2713092>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2713092>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)