



Tratamiento quirúrgico de neuroma en dedo de la mano

Surgical treatment of neuroma in finger

Carlos Manuel Cortés Aguilar,^{*,‡} Hayah Camacho Rodríguez,^{*,§} Rodrigo Dávila Díaz^{*,¶}

Citar como: Cortés ACM, Camacho RH, Dávila DR. Tratamiento quirúrgico de neuroma en dedo de la mano. Acta Med GA. 2025; 23 (6): 547-549. <https://dx.doi.org/10.35366/121697>

Resumen

El neuroma surge de la regeneración fallida de un nervio tras una sección parcial o total, formando un nódulo en el extremo proximal debido a una lesión traumática. Los síntomas iniciales incluyen inflamación e irritación de las terminaciones nerviosas, y entre el 20-30% de los pacientes desarrollan neuromas dolorosos, sensibles a estímulos mecánicos y movimiento. El diagnóstico se basa en antecedentes quirúrgicos o traumáticos, y el tratamiento incluye la resección del neuroma si la función del área afectada no es crítica. Se describe un caso clínico de neuroma postraumático en una paciente de 56 años.

Palabras clave: neuroma, dedo, neuralgia, dolor, cirugía.

Abstract

A neuroma arises from the failed regeneration of a nerve following partial or total sectioning, forming a nodule at the proximal end due to traumatic injury. Initial symptoms include inflammation and irritation of nerve endings, and 20-30% of patients develop painful neuromas, which are sensitive to mechanical stimuli and movement. Diagnosis is based on surgical or traumatic history, and treatment may involve neuroma resection if the function of the affected area is not critical. This report presents a clinical case of post-traumatic neuroma in a 56-year-old female.

Keywords: neuroma, finger, neuralgia, pain, surgery.

INTRODUCCIÓN

Un neuroma es el resultado de la regeneración fallida de un nervio que ha sido seccionado parcial o totalmente, que forma un nódulo en el extremo proximal secundario a la lesión traumática de los axones.¹ Los primeros síntomas pueden ser atribuidos a reacción inflamatoria local que puede irritar las terminaciones nerviosas.²

Del 20 al 30% de los pacientes desarrollan un neuroma doloroso, los cuales son sensibles a los estímulos mecánicos y cualquier movimiento.¹

El diagnóstico se realiza debido al antecedente quirúrgico o traumático, presenta aumento de volumen, dolor a la compresión y sensibilidad a estímulos mecánicos.¹

El tratamiento del neuroma está indicado cuando la función del área afectada no es crítica, no existe un extremo distal del nervio o el área no es apta para la transferencia de un injerto; en estos casos, se recomienda la resección del neuroma.¹

En este trabajo se presenta un caso clínico de neuroma postraumático en una mujer de 56 años de edad y se describe la técnica quirúrgica.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 56 años de edad con antecedente de hipertensión arterial, quien hace cuatro años sufrió una lesión por arma blanca en la superficie interdigi-

* Hospital Central Sur de Petróleos Mexicanos. Ciudad de México, México.

‡ Residente de segundo año de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. ORCID: 0009-0004-0843-6877

§ Residente de tercer año de Cirugía General. ORCID: 0009-0006-8443-4528

¶ Cirujano plástico estético y reconstructivo certificado. ORCID: 0009-0003-7833-7316

Correspondencia:

Dr. Carlos Manuel Cortés Aguilar
Correo electrónico: carloscortesaguilar@gmail.com

Recibido: 08-09-2024. Aceptado: 28-10-2024.

www.medigraphic.com/actamedica



tal del tercer dedo de la mano izquierda. La herida fue suturada primariamente por médico externo sin referir tipo de sutura. Seis meses después, la paciente presentó aumento progresivo de volumen en la zona, acompañado de parestesias y dolor leve proximal a la cicatriz, que posteriormente evolucionó a hiperestesia ante estímulos mecánicos. En la exploración física se identificó una tumoración de 3×3 mm de diámetro en la superficie palmar de la falange media del tercer dedo de la mano izquierda, de consistencia blanda, no adherida a planos profundos y dolorosa a la palpación superficial, con función motora conservada, signo de Tinel negativo. Se diagnosticó un neuroma traumático y se decidió tratamiento quirúrgico mediante resección de la lesión.

Técnica quirúrgica

Con anestesia troncular (bloqueo nervio digital), colocación de campos estériles, verificación de asepsia y antiasepsia y colocación de torniquete digital, se realiza incisión lineal sobre lesión del tercer dedo de la mano izquierda (*Figura 1*). Se procede a identificar lesión de 0.3×0.3 mm de diámetro; se reseca lesión mediante disección fría, evitando lesionar el paquete vasculonervioso digital, y se reseca en bloque (*Figura 2*). Se retira torniquete digital y se procede a realizar hemostasia del lecho; se cierra piel con Prolene 4-0 punto simple y se da por terminado el tiempo quirúrgico. Se coloca apósito estéril y se coloca malla tubular en dedo.

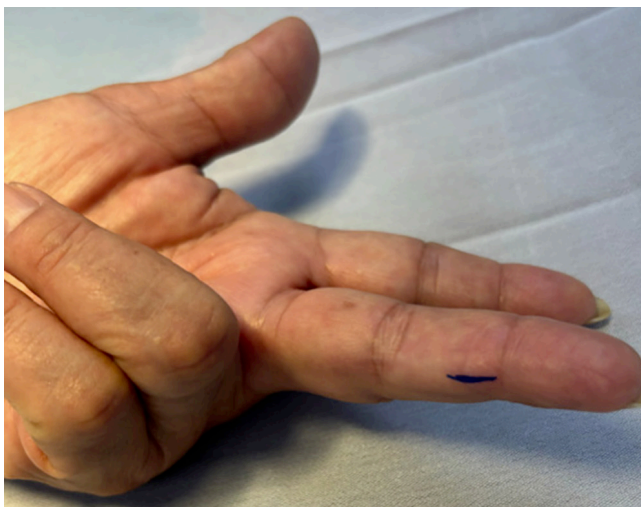


Figura 1: Marcaje de incisión en sitio de la lesión, al no atravesar pliegues y ser una incisión pequeña se permite incisión longitudinal sin realización de z-plastia.

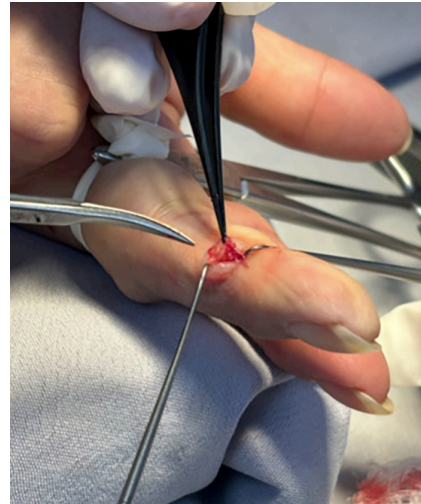


Figura 2:

Se aprecia lesión en borde cubital del tercer dedo de 0.3 mm aproximadamente, se respetan paquetes neurovasculares del dedo.

DISCUSIÓN

El neuroma se produce por el crecimiento desorganizado de axones dentro de una masa de tejido conectivo, que incluye fibroblastos, células de Schwann, macrófagos y capilares.³ Este fenómeno es una respuesta a un intento de reparación nerviosa, en el que el colágeno se deposita entre los dos y seis meses posteriores a la lesión, limitando el crecimiento del neuroma después de este periodo.¹

Sunderland³ ha clasificado los neuromas en tres tipos principales:

1. Neuromas en continuidad, donde el nervio no se ha seccionado por completo, y se dividen en: a) neuromas fusiformes, en los cuales el perineuro permanece intacto, y b) neuromas laterales, en los que el perineuro de los fascículos nerviosos ha sido dañado.
2. Neuromas secundarios a la reparación nerviosa.
3. Neuromas postamputación.¹

En las lesiones de los nervios digitales, los pacientes suelen presentar síntomas como hipoestesia, parestesia o anestesia, debido al cruce de fibras entre nervios adyacentes.¹

Se ha propuesto que diversas citocinas, así como mediadores como la histamina y la serotonina, son responsables de la generación del dolor.²

El neuroma doloroso puede ser más incapacitante que la anestesia o la pérdida de la función motora.¹

El tratamiento puede ser farmacológico, utilizando infiltraciones de alcohol, esteroides, formalina, ácido clorhídrico o fenol.² Sin embargo, el tratamiento más efectivo, y prácticamente el único con resultados definitivos es la intervención quirúrgica.³ La selección cuidadosa del paciente

quirúrgico es fundamental para el éxito del tratamiento, y el procedimiento debe basarse en principios que varían según la región anatómica y las características fisiopatológicas del neuroma.¹ La principal meta del tratamiento es la mejora del dolor.³

CONCLUSIONES

Se realiza tratamiento quirúrgico de elección para resección de neuroma en la paciente, se otorga seguimiento de la paciente a los cinco, 10 y 30 días, confirmando ausencia de hiperestesia y una cicatrización y evolución adecuada.

REFERENCIAS

1. Fernández VJM, Camacho GJ, Cañedo PAM. Tratamiento de los neuromas dolorosos de la mano y del antebrazo. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2004; 49 (3): 109-116.
2. de Lange JWD, Duraku LS, Power DM, Rajaratnam V, van der Oest MJW, Selles RW et al. Prevalence of post-traumatic neuropathic pain after digital nerve repair and finger amputation. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2022; 75 (9): 3242-3249.
3. Chang J, Neligan PC. Plastic surgery. Volume 6: Hand and upper limb. 4th ed. London: Elsevier; 2017.

Si desea consultar los datos complementarios de este artículo, favor de dirigirse a editorial.actamedica@saludangeles.mx