

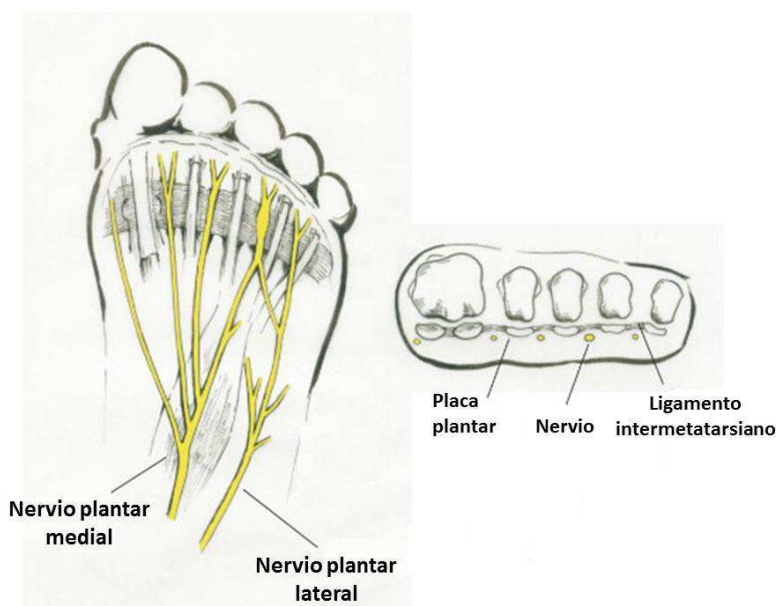
## Técnica quirúrgica.

Raúl Alfaro Molero. Marzo 2012.

*Morton neuroma: primary and secondary neurectomy.*  
*Title CI, Schon LC. J Am Acad Orthop Surg 2008; 16:550-557.*

# NEUROMA DE MORTON: NEURECTOMÍA PRIMARIA Y SECUNDARIA.

El neuroma o neuritis interdigital de Morton es una neuropatía por compresión, que presenta fibrosis perineural causada por el atrapamiento del nervio interdigital, cerca del borde distal del ligamento transverso intermetatarsiano. El segundo y el tercer espacios intermetatarsianos son los afectados más frecuentemente y de estos más el 3º.



1

El tratamiento quirúrgico debería reservarse para pacientes seleccionados con diagnóstico claro. La cirugía puede consistir en la neurectomía, mediante sección del ligamento intermetatarsiano, o en la resección del nervio interdigital.

Siempre que sea posible, se debe evitar la resección de dos nervios intermetatarsales en espacios adyacentes, porque el dedo entre los espacios quedará totalmente anestesiado y existe riesgo de lesión vascular bilateral con la consecuente pérdida del dedo. En los casos con neuromas adyacentes, puede realizarse la resección del que se encuentre más afectado y la neurectomía del otro.

## Indicaciones.

- Fallo de los tratamientos no quirúrgicos (plantillas)
- Respuesta favorable, aunque sea temporal, tras la infiltración de la zona con anestésico local.

## Contraindicaciones

- Falta de respuesta a la infiltración con anestésico local.
- Patología de base que predisponga a problemas posquirúrgicos de la herida.
- Síndrome de dolor regional complejo (Sudeck).

## Colocación.

- Decúbito supino.
- Isquemia en muslo o supramaleolar, según la anestesia realizada. Puede ser mejor hacer la exsanguinación de la extremidad por elevación. De este modo los vasos interdigitales se vacían parcialmente y se pueden distinguir mejor de los nervios.

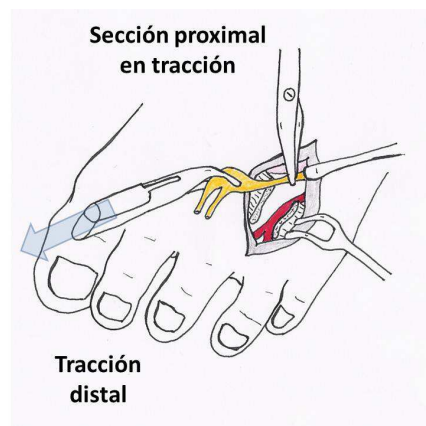
## Neurectomía primaria.

- Incisión dorsal de 3-4 cm de longitud que comienza proximalmente al espacio interdigital.
- Una vez disecado el tejido celular subcutáneo, se coloca un distractor en el cuello de los metatarsianos. La tensión permitirá identificar el ligamento intermetatarsiano.



- Se coloca un mosquito por debajo del borde distal del ligamento intermetatarsiano para proteger el paquete vasculonervioso plantarmente.
- Se secciona el ligamento intermetatarsiano de distal a proximal.
- Se aísla el nervio de la arteria y el tendón lumbrical. El nervio se encuentra más profundo (plantar). Es más fácil la identificación del nervio, si la extremidad no está exsanguinada totalmente.
- El cirujano empuja desde plantar el espacio interdigital lo que favorece la elevación y exposición del nervio interdigital y del neuroma.

- Primero se disecan las ramas distales y, posteriormente, se continúa la disección unos centímetros proximalmente del nervio común. Se aísla el nervio con un vessel-loop.
- Se tracciona del nervio hacia proximal con lo que se ponen en tensión las ramas distales. Se seccionan.
- Posteriormente, se tracciona el nervio (seccionado distalmente) hacia distal y se secciona el nervio común lo más proximal posible. Al seccionar el nervio con tracción, el muñón del nervio se enterrará proximalmente y el riesgo de neuroma posquirúrgico doloroso será menor.
- Se cierra la herida con monofilamento.
- Se coloca vendaje compresivo con banda de compresión transversal del metatarso. La banda transversal favorecerá la cicatrización del espacio intermetatarsiano y mejorará la tolerancia de la carga de peso.
- Se utilizará calzado postquirúrgico abierto durante 4 semanas.
- En ocasiones la sintomatología mejora lentamente en el transcurso de 3-6 meses.



### **Neurectomía de revisión o secundaria.**

El neuroma doloroso tras cirugía aparece habitualmente por una resección proximal inadecuada o incompleta. Para la neurectomía de revisión pueden usarse los abordajes dorsales o plantares. En los casos con abordaje dorsal previo, el abordaje plantar ofrece una exposición más directa del nervio, presenta menos adherencias posquirúrgicas y pone menos en riesgo las estructuras vasculares.

3

### **Abordajes plantares.**

#### *Abordaje transversal plantar*

- El abordaje transversal permite el acceso de más de un espacio intermetatarsiano.
- Se incide 1 cm proximal a la zona de carga de las cabezas metatarsales para permitir la exposición del nervio interdigital.
- La incisión queda proximal a la zona de resección previa por lo que, si se considera que hay que liberar distalmente, no debe utilizarse el abordaje transversal. Solo debería utilizarse el abordaje transversal si se está seguro que el neuroma doloroso es proximal.
- El nervio se encuentra inmediatamente debajo de la fascia plantar, junto a los tendones flexores largos de los dedos.
- Una vez identificado el neuroma doloroso, se disecciona proximalmente y se secciona, lo más proximal posible, traccionándolo distalmente

### *Abordaje plantar longitudinal.*

- Puede utilizarse como abordaje primario.
- El abordaje longitudinal favorece que el muñón de nervio resultante tras la resección pueda enterrarse intramuscularmente en situación más proximal, lo que disminuirá el riesgo de neuroma posquirúrgico doloroso.
- Para evitar la cicatriz en las zonas de apoyo de las cabezas metatarsales, la incisión se centra sobre el espacio intermetatarsiano.
- Con este abordaje puede researse el muñón doloroso e incluso puede explorarse distalmente el espacio intermetatarsiano.
- La incisión debe ser en bloque hasta la fascia.
- Debajo de la fascia se encuentra el nervio interdigital cubierto de la grasa intermetatarsiana junto a los tendones flexores largos de los dedos.
- El nervio debe ser seccionado lo más proximalmente posible.
- Se cierra la herida con monofilamento. Se coloca vendaje compresivo y esparadrapo transversal.

