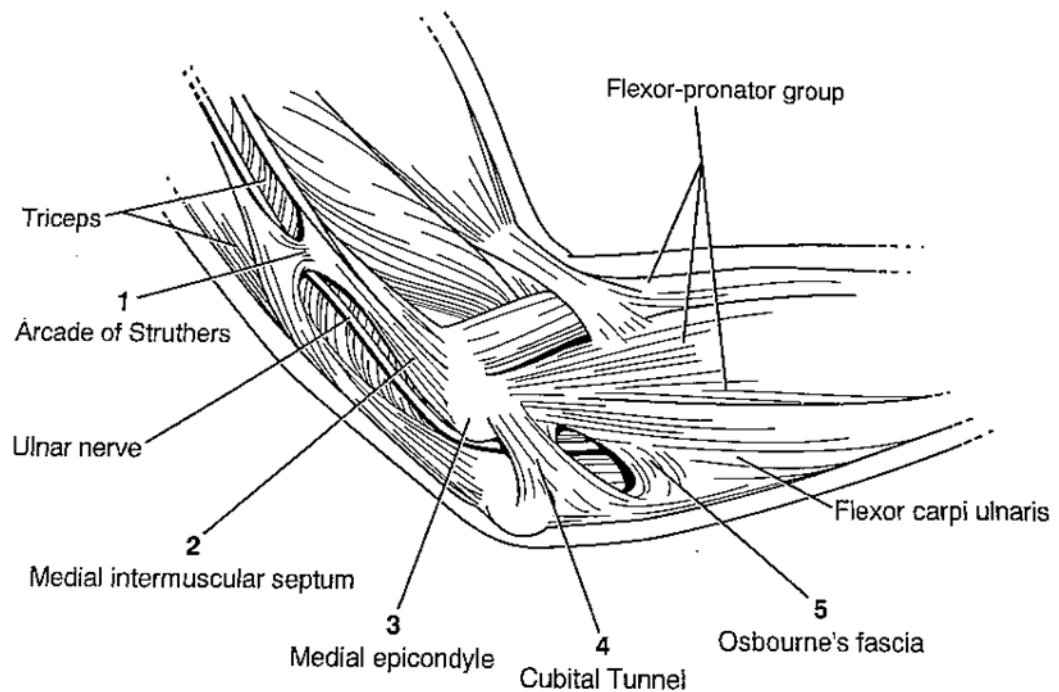


COMPRESIÓN DEL NERVIIO CUBITAL EN EL CODO

El síndrome del túnel cubital, es una compresión del nervio cubital alrededor del codo, siendo ésta la segunda cauda más frecuente de neuropatía periférica por atrapamiento.

Este nervio se puede comprimir a lo largo de su recorrido especialmente en las siguientes zonas:

- Arcada de Struthers
- Septo intermuscular medial
- Canal epitrocLEAR
- Ligamento arcuato
- Arcada de Osborne



Clínica

El paciente presenta dolor, parestesias y en ocasiones disestesias en 4 y 5 dedos, y borde medial del antebrazo. La sintomatología se agrava al mantener en flexión el codo y despierta con frecuencia al paciente por la noche. Los trastornos de la sensibilidad en dorso cubital de la mano también son frecuentes. Los síntomas motores se encuentran en situaciones más tardías, evidenciando pérdida de fuerza para la flexión del 4º y 5º dedos de mano, y para la abducción y adducción de los dedos.

Exploración.

- Atrofia o no de musculatura hipotenar.
- Existencia o no de garra cubital.
- Pérdida de apertura y cierre de los dedos
- Atrofia del primer interóseo dorsal
- Disminución de sensibilidad en 4º y 5º dedos
- Tinel en canal epitrocLEAR

Perdida de sensibilidad 4º y 5º dedos
y dorso cubital mano



Diagnostico.

- La Historia clínica y la exploración son la base del diagnóstico.
- Es conveniente hacer una radiografía de codo AP y LAT, para evidenciar o descartar una artrosis de codo asociada.
- La RMN y la ECO son dos pruebas que nos mostraran un engrosamiento del nervio, con una alteración del patrón fascicular normal.
- Los estudios electrofisiológicos, especialmente la valoración de la velocidad de conducción motora y sensitiva, nos ayudan para localizar y evidenciar una compresión nerviosa del nervio cubital.

Tratamiento:

1. Tratamiento conservador.

Ante una sintomatología leve y un EMG negativo, se puede realizar un tratamiento conservador. Los cambios de actividad, la utilización de férulas de reposo nocturno que mantengan el codo entre 45º y 70º han sido defendidos. Es importante hacer ejercicios de estiramiento de codo, y asociar un tratamiento con complejos vitamínicos (B1, B6 y B12).

Si después de 6-8 semanas de tratamiento conservador, los síntomas empeoran estaría indicada la cirugía.

2. Tratamiento quirúrgico.

Existen diferentes técnicas quirúrgicas de liberación del nervio cubital en el codo:

- Descompresión in situ
- Trasposición subcutánea anterior
- Epitrocleoplastia
- Trasposición submuscular

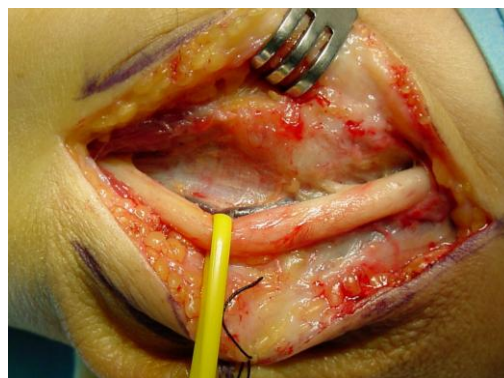
Las dos primeras son con diferencia las más utilizadas en la liberación del nervio cubital en el codo.

Descompresión in situ: No es más que la liberación de las zonas aponeuróticas que comprimen el nervio. Esta indicado cuando la anatomía ósea es normal. Siempre hay que comprobar tras la liberación que el nervio no se subluxa, ya que de lo contrario haremos una trasposición subcutánea anterior.

Trasposición subcutánea anterior: No es más que liberar el nervio en su canal, y llevarlo por delante de la epitroclea, creando una cavidad en el tejido celular subcutáneo.

Epitrocleoplastia: consiste en hacer una mínima epitrocleotomía y una epitrocleoplastia con fascia de zona volar y radial del nervio cubital. Esto nos proporciona una buena descompresión y permite una mini transposición anterior con menor sufrimiento de la vascularización nerviosa y del nervio cubital.

Trasposición submuscular: Consiste en introducir en nervio cubital por debajo de la musculatura flexo-pronadora. Esta indicado especialmente cuando fracasan las tres técnicas anteriores, es decir es un procedimiento de rescate.



Exoneurolisis de nervio cubital codo

Postoperatorio.

Tras la descompresión in situ del nervio cubital, colocamos un vendaje almohadillado y permitimos la movilidad inmediata sin forzar la flexión máxima durante tres semanas.

Si realizamos una epitrocleooplastia o una trasposición subcutánea anterior, colocamos una férula braquiopalmar durante dos semanas. Pasadas estas dos semanas se permite una movilización activa y pasiva completa, y remitimos al paciente a rehabilitación.