

DOCTOR: TENGO MEDIA MANO DORMIDA

Autor principal: Miguel ángel Ruíz Guerra (1)

Coautores: Verónica Santos Urrutia (2). Alicia Santos Urrutia (1). María Soledad Piris Santamaría (3) . Francisca Gómez Molleda (4). Ainhoa Fernández Bereciartúa (1).

(1) Médicos de Familia del Centro de Salud Campoo - Reinosa. (2) Médico de Familia del Centro de Salud Arrayanes - Linares. (3) Médico de Familia del Centro de Salud Cotoño 1 – Castro Urdiales. (4) Médico de Familia del Centro de Salud Alto Asón – Ramales de la Victoria.

INTRODUCCION

El síndrome del túnel cubital es la segunda neuropatía por atrapamiento de extremidades superiores. Son mayoritariamente idiopáticas, pero en ocasiones la causa puede ser fracturas o luxaciones del codo, posturas o traumatismos repetidos por la actividad laboral o deportiva, tumores o pseudotumores.

DESCRIPCION SUCINTA DEL CASO

Mujer de 59 años. Desde hace varios meses parestesias en 4º y 5º dedos de mano dominante, pérdida de fuerza y dolor en canal epitrocleo-olecraniano de dicha extremidad. Trabaja de camarera. No antecedente traumático. A la exploración, dolor a la palpación en canal epitrocleo-olecraniano izquierdo e hipoestesia en 4º y 5º dedos y reborde cubital de mano izquierda así como atrofia muscular de eminencia hipotenar. Phallen y Tinnell negativas. Solicité analítica y RX de codo que fue normal y electromiograma que confirmó la sospecha de compresión del nervio cubital, estando conservadas la conducción del mediano. Ya en traumatología, en ecografía se objetivó epicondilitis severa con transposición del nervio cubital y disminución del calibre distal del nervio cubital y le fue programada descompresión quirúrgica del túnel cubital con resultados satisfactorios y resolución de la sintomatología.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN

En la práctica diaria vemos con frecuencia clínica sugestiva de neuropatías por atrapamiento. Además de una correcta anamnesis y exploración con el fin de orientar el posible diagnóstico, conviene no olvidar otras causas menos frecuentes pero potencialmente graves de neuropatía. Puede hacerse una prevención evitando traumatismos o movimientos reiterativos que las pueden provocar así como la aplicación de medidas de ergonomía en la actividad laboral y diaria.

En muchas ocasiones con medidas de rehabilitación como fisioterapia o utilización de ortesis puede bastar para controlar la clínica, no siendo siempre necesario el tratamiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVE DE BUSQUEDA

“Cubital tunnel syndrome”AND ultrasonography OR “electromyography”

BIBLIOGRAFIA

- Lund AT, Amadio PC. Treatment of cubital tunnel syndrome: perspectives for the therapist. J Hand Ther 2006; 19 (2): 170-178.
- Matev B . Cubital tunnel syndrome. Hand Surg 2003; 8 (1): 127-131.
- O’ Driscoll SW, Horii E, Carmichael SW, Morrey BF. The cubital tunnel and ulnar neuropathy. J Bone Joint Surg Br 1991; 73(4): 613-617.