

Compresión del nervio cubital por quiste sinovial en el canal epitrocleo-olecraneano

T. PAMPLIEGA MARTÍNEZ, A. ARENAS PLANELLES y J. L. FATAS VERA

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital «Reina Sofía». Tudela. Navarra.

Resumen.—Se presenta un caso de compresión del nervio cubital por un quiste sinovial a nivel del canal epitrocleo-olecraneano. El tratamiento fue quirúrgico y consistió en la resección del ganglión asociada a la exoneurolisis y transposición anterior del nervio. La evolución fue satisfactoria, produciéndose una mejoría progresiva de sus síntomas preoperatorios.

CUBITAL NERVE COMPRESSION AT THE ELBOW DUE TO SYNOVIAL CYST

Summary.—A rare case of cubital nerve compression due to a synovial cyst in the epitrochlear groove is presented. It was treated surgically by cyst resection and exoneurolisis together with anterior transposition of the nerve. The follow-up was satisfactory, with gradual improvement of the previous symptoms.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la vasta patología de los nervios periféricos, un grupo importante es el constituido por los llamados síndromes compresivos o de desfiladero. Entre estas lesiones, son raras las que ocurren en relación con la existencia de un quiste sinovial que comprime un tronco nervioso en alguna parte de su trayecto. De los nervios periféricos, el más comúnmente afectado por la aparición de un ganglión es el nervio ciático poplíteo externo a nivel de la cabeza del peroné, dada su vecindad anatómica con la articulación tibio-peronea proximal (1, 2). También otros nervios pueden verse afectados por la presencia de una de estas tumoraciones, aunque de forma excepcional: nervio supraescapular (3), nervio tibial posterior a nivel del túnel tarsiano (4), nervio mediano en el túnel carpiano (5, 6), nervio cubital en el canal de Guyón (6, 7, 8) o en el canal epitrocleo-oleocraneano (7, 9-14).

Correspondencia:

Dr. A. ARENAS PLANELLES
Avda. Pío XII, 16 - 10." D, esc. izda.
31008 Pamplona (Navarra)

CASO CLÍNICO

Mujer de 67 años que acudió a consulta por presentar parestesias de 3 meses de evolución en el borde cubital de muñeca y mano derecha, así como en 5.º dedo y mitad cubital del 4.º dedo de dicha mano. Refería que inicialmente las parestesias al apoyar el codo sobre la mesa, para posteriormente hacerse más continuas y de presentación espontánea. Notaba así mismo disminución de la sensibilidad en el territorio cubital de la mano afectada y pérdida de fuerza y torpeza en la misma para realizar movimientos finos como coser, etc. No tenía dolor. A la exploración, destacaba una atrofia de la musculatura interósea de la primera comisura y de la eminencia hipotenar de la mano derecha (Fig. 1) y una disminución de fuerza de la musculatura de la mano dependiente del nervio cubital. Existía una hipoestesia marcada en territorio cubital de la mano afectada. Se observó asimismo un test de Tinnel positivo a nivel del canal epitrocleo-oleocraneano del codo derecho. El estudio radiográfico demostró la existencia de fenómenos degenerativos en el codo derecho (Fig. 2). El estudio electrofisiológico puso de manifiesto una acusada afectación del nervio cubital derecho a nivel del codo, con una velocidad de conducción motora de 35 m/s y una latencia de 2,8 ms. En el electromiograma del primer interóseo dorsal se apreciaron fibrilaciones y fasciculaciones en reposo, potenciales de unidad motora de: amplitud, duración y polifasia aumentadas, así como déficit al máximo esfuerzo. La exploración analítica no dio datos de interés.



Figura 1. En la mano de la paciente se aprecian los signos típicos de la compresión crónica del cubital.

Bajo anestesia general y a través de una incisión longitudinal centrada sobre la epitroclea se procedió a la identificación y liberación del nervio cubital en su paso por el canal epitroclear, efectuando una exoneurolisis del mismo. Se observó la presencia de un quiste sinovial, procedente de la articulación húmero-cubital, que comprimía el tronco nervioso en su paso por el canal, motivo por el cual se liberó y resecó (Fig. 3). Seguidamente, se asoció una transposición anterior del nervio cubital, inmovilizando el codo en una férula posterior durante 2 semanas.

La evolución fue satisfactoria, mejorando la sintomatología preoperatoria de forma progresiva, y estando la paciente asintomática al año de la intervención, aunque persistiendo una atrofia de la mano de menor grado que antes de operar. El estudio electrofisiológico realizado en la última revisión mostró una normalización del electromiograma, una velocidad de conducción motora de 47 m/s y una latencia de 3,2 ms.

DISCUSIÓN

El quiste sinovial es una lesión bastante frecuente en la muñeca y en el dorso de tobillo y pie, pero es



Figura 2. Estudio radiográfico de codo derecho en proyecciones A-P y lateral que muestra fenómenos degenerativos inespecíficos.

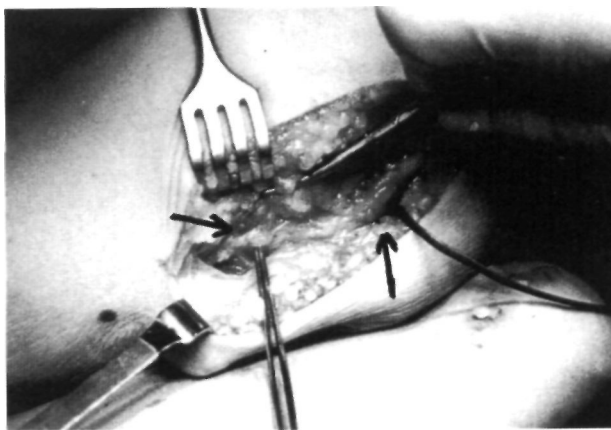


Figura 3. Las flechas señalan el ganglión húmero-cubital (superior) y el nervio cubital ya liberado (inferior).

poco habitual en el codo y en particular a nivel del canal epitrocleo-olecraneano (9, 14, 15). Los gangliones pueden comprimir al nervio cubital en el canal epitrocleo-olecraneano debido a la especial vulnerabilidad del nervio en el canal (11), ocasionando una parálisis parcial o completa (14). El codo puede presentar signos radiográficos degenerativos, como en nuestro caso, pero la radiología puede ser normal, incluso con técnicas para poner de manifiesto partes blandas (14).

Teniendo en cuenta que es difícil sospechar la existencia de un quiste sinovial al plantear la liberación quirúrgica del nervio, parece prudente explorar (tras la liberación nerviosa) el fondo del desfiladero epitrocleo-olecraneano, incluyendo la movilización en flexoextensión del codo, con el fin de evitar el que se pueda pasar por alto la existencia de un ganglión, si bien esta «negligencia» puede no tener consecuencias en el caso de que se asocie la transposición.

Para el tratamiento de esta rara lesión, la extirpación del quiste sinovial asociada a la liberación y exoneurolisis suele ser eficiente (3, 11, 14). Sin embargo, es más seguro acompañar estos gestos de una transposición anterior del nervio, con el fin de reducir la tensión sobre el nervio y evitar que una probable recidiva del ganglión pueda condicionar una nueva compresión nerviosa en el mismo lugar (13, 14). Al resecar el quiste conviene tener en cuenta la posibilidad de que exista una conexión con la articulación, que habrá que cerrar en la intervención. Por otra parte, es recomendable realizar un tratamiento precoz, para prevenir que se produzcan daños mayores en el nervio.

Tras la intervención, la evolución de los pacientes suele ser hacia la recuperación motora y sensitiva de forma progresiva, desapareciendo los síntomas

preoperatorios (3, 11, 13). Sin embargo, el pronóstico dependerá de la extensión del tronco nervioso que se encuentre afectado en el momento de la intervención (13). También hay que tener en cuenta la ten-

dencia de los gangliones a recidivar, ya que no siempre se observan y resecan todas las comunicaciones existentes entre el quiste sinovial y la articulación de donde procede (1).

Bibliografía

1. **Stack RE, Bianco AI, MacCarty CS.** Compression of the common peroneal nerve by ganglion cysts. *J Bone Joint Surg* 1965; 47 A: 773.
2. **Barrios Martínez RH, Martínez Peric R, Vinillo Garayoa S.** Ganglion migratorio tibio-peroneo proximal como causa de parálisis del ciático poplíteo externo. *Rev Esp Cir Ostcoart* 1991; 26: 317-21.
3. **Hiroshima T, Takemitsu Y.** Compression of the suprascapular nerve by a ganglion at the suprascapular notch. *Clin Orthop* 1981; 155: 95-6.
4. **Taguchi Y, Nosaka K, Yasuda K, Teramoto K, Mano M, Yamamoto S.** The tarsal tunnel syndrome. Report of two cases of unusual cause. *Clin Orthop* 1987; 217: 247-52.
5. **Pallis CA, Scott JT.** Peripheral neuropathy in rheumatoid arthritis. *Br Med J* 1965; 1: 1141.
6. **Nakano KK.** The entrapment neuropathies of rheumatoid arthritis. *Orthop Clin North Am* 1975; 6: 837.
7. **McDowell CL, Henceroth WD.** Compression of the ulnar nerve in the hand by a ganglion. *J Bone Joint Surg* 1977; 59 A: 980.
8. **Kuschner SH, Gelberman RH, Jennings C.** Ulnar nerve compression at the wrist. *J Hand Surg* 1988; 13 A: 577-80.
9. **Brooks DM.** Nerve compression by simple ganglia. A review of thirteen collected cases. *J Bone Joint Surg* 1952; 34 B: 391-400.
10. **Barber KW, Bianco AJ, Soule EH, MacCarty CS.** Benign extraneural tissue tumors of the extremities causing compression of the nerves. *J Bone Joint Surg* 1962; 44 A: 98-104.
11. **Barss P.** Ulnar compression neuropathy due to an occult post-traumatic synovial cyst. *Med J Aust* 1984; 140: 428-9.
12. **Keret D, Porter KM.** Synovial cyst and ulnar nerve entrapment. A case report. *Clin Orthop* 1984; 188: 213-6.
13. **Paley D, Lloyd GJ.** Ganglion of the ulnar groove with ulnar nerve compression. *Orthop Rev* 1985; 14: 584-6.
14. **Rinaldi E.** Rare causes of ulnar nerve compression in the epitrochlear groove. *Ital J Orthop Traumatol* 1981; 6: 401-5.
15. **Vanderpool DW, Chalmers J, Lamb DW, Whiston TB.** Peripheral compression lesions of the ulnar nerve. *J Bone Joint Surg* 1968; 50 B: 792-803.