



CASO CLÍNICO

Liberación endoscópica del nervio cubital en el canal epitrocleo-olecraniano. Reporte de caso



Francisco José Camacho García^{a,*}, Fabián Gómez Ardila^b y Laura Natalia Cogua Cogua^c

^a Ortopedista y Traumatólogo, Cirujano de Mano, Director de Investigación, Desarrollo y Patentes, Fundación CLEMI; Director Científico, CECIMIN, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia

^b Residente de Ortopedia y Traumatología de tercer año, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia

^c Instrumentadora Quirúrgica, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Instructora de Cursos Básicos, Fundación CLEMI, Bogotá, Colombia

Recibido el 9 de diciembre de 2014; aceptado el 23 de marzo de 2017

Disponible en Internet el 28 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Nervio cubital;
Liberación
endoscópica;
Nervio periférico

KEYWORDS

Ulnar nerve;
Endoscopic release;
Peripheral nerve

Resumen Los síndromes de atrapamiento de nervios periféricos en los miembros superiores son cuadros clínicos de fácil diagnóstico en los casos avanzados de la enfermedad, pero de difícil diagnóstico en los casos tempranos de las diferentes entidades. El atrapamiento del nervio cubital puede presentarse en el canal epitrocleo-olecraniano, en la arcada de Struthers o distalmente en el canal de Guyon en el carpo. El enfoque diagnóstico debe basarse en las manifestaciones clínicas del paciente y debe confirmarse mediante electromiografía con velocidades de neuroconducción de miembros superiores. El manejo quirúrgico de esta entidad puede ser abierto o endoscópico, situación en la cual las incisiones quirúrgicas serán mucho más pequeñas, pero la liberación de tejidos blandos será igual.

Se presenta un caso de descompresión del nervio cubital con técnica endoscópica y osteotomía del epicóndilo medial a través de la misma incisión por donde pasa el endoscopio, procedimiento en que se obtuvieron resultados satisfactorios en cuanto a la evolución clínica del paciente, al mejorar por completo los síntomas y no presentar limitación funcional postoperatoria.

Nivel de evidencia clínica: Nivel IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Endoscopic ulnar nerve release in the epitrochlear-olecranon canal. Case report

Abstract Entrapment syndromes of peripheral nerves in the upper limbs are easy to clinically diagnose in advanced cases of the disease, but are difficult to diagnose in early cases of in

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: investigacion@clemi.edu.co (F.J. Camacho García).

various situations. Ulnar nerve entrapment can occur in the epitrocchlear-olecranon canal in Struthers arcade or distally in Guyon's canal in the wrist. The diagnostic approach should be based on the patient's clinical signs and symptoms, and confirmed by electromyography with nerve conduction velocities of upper limbs. The surgical management of this condition may be an open or endoscopic approach where the surgical incisions are much smaller, but the soft tissue release is equal.

A case is presented of ulnar nerve decompression using an endoscopic technique and medial epicondylar osteotomy. Satisfactory results were achieved in terms of improving the patient's clinical course completely free of symptoms and with no post-operative functional limitation.

Evidence level: IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las neuropatías por compresión en los miembros superiores son cada vez más frecuentes. La prevalencia creciente de la obesidad en países desarrollados, unida a la supervivencia de las personas, sugiere que estas neuropatías tendrán un crecimiento exponencial en los próximos años¹⁻⁶.

La presentación clínica de la compresión del nervio periférico crónicamente es variable y refleja el amplio espectro de lesiones y cambios histopatológicos que presenta el nervio cubital. Existen algunos estudios que sugieren que la isquemia del nervio contribuye a las neuropatías compresivas, pero también muchos de ellos reportan los cambios ocurridos en los casos agudos de compresión.

El conjunto de cambios neuronales que ocurre en estos cuadros clínicos dependerá de la fuerza con la cual se ejerce la compresión y la duración de esta. Los cambios histológicos se inician con el fallo de la barrera hemato-neural, seguido de edema y engrosamiento perineural secundario. Este engrosamiento generará un incremento en la presión endoneuroal que producirá cambios en la microcirculación e incrementará la sensibilidad del nervio a la isquemia. Con el aumento progresivo de la compresión aparecerá la desmielinización local, seguida de una desmielinización difusa y posteriormente la degeneración axonal.

Las alteraciones sensitivas del paciente van generalmente paralelas a los cambios histológicos neuronales, que inician con parestesias intermitentes hasta hipoestesia persistente. Los resultados de la exploración sensitiva tienen relación con el grado y la cronicidad de la compresión nerviosa⁷.

La neuritis compresiva del nervio cubital fue descrita por Buzzard en 1922. Posteriormente, en los años treinta y cuarenta del siglo pasado, Learmonth reconoció la compresión del nervio cubital en el codo y popularizó la técnica de descompresión y trasposición. Más adelante, en 1958 Feindel y Stanford introdujeron el término síndrome del canal cubital; estos se centraron en la anatomía del codo y la asociación con la compresión del nervio cubital. Al mismo tiempo, Osborne describió un límite tendinoso del cubital que era

un importante punto de compresión (arcada de Osborne). La lesión del nervio cubital en el codo puede ocurrir por isquemia, como resultado de compresión repetida en la flexión repetida del codo, o por compresión directa. Con frecuencia, no es posible identificar con exactitud la etiología⁸.

Esta compresión del nervio en el canal cubital es altamente frecuente y está precedida por el síndrome del túnel del carpo. El diagnóstico de esta entidad es clínico, pues con gran frecuencia los estudios electromiográficos son negativos. El signo clínico de Tinel habitualmente es positivo, pero puede ser positivo bilateralmente. La provocación del síndrome mediante flexión del codo y presión proximal al canal cubital tiene una buena sensibilidad y especificidad⁹.

En cuanto a los síntomas, los pacientes refieren parestesias e hipoestесias en el cuarto y quinto dedos, asociadas con dolor en el aspecto medial del codo y el antebrazo. Con los cuadros clínicos graves, los pacientes pueden presentar garra cubital del cuarto y quinto dedos, atrofia de los interóseos y signos de Froment y Wartenberg positivos.

El tratamiento no quirúrgico inicia con la instrucción al paciente en posturas adecuadas para evitar posturas que incrementen la tensión sobre el nervio cubital. Dentro de los tratamientos pueden incluirse las férulas nocturnas estáticas con el codo en extensión, pero estas a menudo no son lo suficientemente efectivas debido a la incomodidad y por ende hay que tener en cuenta la falta de adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. Para obtener resultados satisfactorios con este tratamiento, debe instaurarse en el paciente compresión leve o moderada, y llevarla a cabo durante 4-6 meses¹⁰.

En cuanto al manejo quirúrgico, existen múltiples técnicas, lo que demuestra la controversia que existe en este tema. La mayoría de ellas se refieren a técnicas abiertas con incisiones quirúrgicas de más o menos 10 cm para liberar por completo el nervio. En estas técnicas debe tenerse gran cuidado con las ramas proximales y distales del nervio¹¹.

A efectos de este caso se decidió el manejo endoscópico mediante la utilización de histeroscopia, con la técnica que se describe a continuación.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803058>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803058>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)