

Clínica Quirúrgica

Tema 9.1. Caso clínico. Neuropatía cubital



Fernando Luis Hernández de la Fuente
M^a Isabel Pérez Núñez
Manuel Rubén Sánchez Crespo

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Este tema se publica bajo Licencia:

[Creative Commons BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)



El caso: Neuropatía cubital

- Paciente varón, de 24 años de edad, diestro e informático de profesión.
- Acude a consulta por presentar, sensación de hormigueo (parestias) en la mano izda. sobre todo en el 5° dedo, parcialmente en el 4° dedo y en la eminencia hipotenar (Foto 1).
- Así mismo, disminución de fuerza y dificultad para control de la mano, principalmente 4° y 5° dedos. El cuadro comenzó hace varios meses, empeorando progresivamente.
- No ha tenido ningún traumatismo previo, ni presenta ningún antecedente de interés.



Foto 1. Mano del paciente.

En rojo, distribución del área con parestias.
También presenta clínica en la zona palmar del mismo área.

El caso: Neuropatía cubital

Con los datos clínicos de que disponemos:

1. ¿Podríamos sospechar alguna patología?

- El área de distribución de las parestesias coincide con la zona de inervación sensitiva del **nervio cubital**, por lo tanto sospecharía algún tipo de neuropatía no traumática al no presentar ningún antecedente.



Distribución sensitiva.

Área negra: Nervio cubital. Amarilla: N. Radial. Roja: N. Mediano.

El caso: Neuropatía cubital

2. Después de sospechar la posible patología del paciente, ¿harías alguna pregunta dirigida a tus sospechas?

Deberíamos preguntar si la clínica empeora por la noche, incluso si llega a despertar. O si, con la flexión mantenida del codo, empeora la sintomatología.

- El paciente contestó afirmativamente a ambas preguntas.

- La “**neuropatía compresiva del nervio cubital**”, a nivel del codo (canal epitrocleo-olecraniano) es el segundo **síndrome canalicular** más frecuente tras el Síndrome del túnel Carpiano.
- Característicamente la clínica comienza por la noche y se agrava al mantener el codo flexionado ya que aumenta la presión del nervio en esta zona anatómica, apareciendo la sintomatología característica que afecta a nuestro paciente.

El caso: Neuropatía cubital

Y, posteriormente, deberíamos hacer una exploración clínica.

3. ¿Cómo la harías?

- Una vez conocida la distribución del área sensitiva afectada, y teniendo una sospecha clínica, deberíamos **explorar la función motora**, especialmente encaminada a valorar el nervio cubital.
- **Comparamos** de las dos manos para observar posibles atrofias.
- En nuestro caso, se aprecia **atrofia del 1^{er} espacio interóseo** y actitud en flexo de 4° y 5° dedos (Foto 2).
- Deberíamos explorar el **signo de FROMENT**, debilidad para la adducción del 1^{er} dedo (Video Froment). El músculo adductor del primer dedo (N. Cubital) al no tener fuerza y atrofia no puede atrapar el papel entre 1° y 2° dedo y el paciente debe flexionar la interfalángica del pulgar (flexor largo del pulgar – Nervio Mediano) para atraparlo.
- Además, presenta dificultad para la extensión de las interfalángicas (IFs) del 4° y 5° dedo mientras flexiona las metacarpofalángicas (MCFs), Garra Cubital (Video Garra Cubital) (atrofia de músculos interóseos y lumbricales de 3° y 4° espacio interóseo, funcionalmente flexionan MCFs y extienden IFs – se denomina esta actitud garra cubital o mano de predicador).
- También presenta dificultad para la adducción del 5° dedo, Signo de Wartemberg, (Video Wartemberg). Signo producido también por la debilidad de los interóseos al no poder aproximar el 5° dedo).

El caso: Neuropatía cubital



Foto 2. Comparación de ambas manos.

Atrofia de 1^{er} espacio interóseo por denervación del adductor del pulgar.
Actitud en flexo de 4° y 5° dedos (Áreas en rojo).

El caso: Neuropatía cubital



Video Froment. Exploración Signo de Froment.

Debilidad para la adducción del pulgar.

El caso: Neuropatía cubital



Video Wartemberg. Signo de Wartemberg.

Dificultad para la adducción del 5º dedo.

El caso: Neuropatía cubital



Video Garra Cubital. Signo de Wartemberg.

Dificultad para la flexión de las metacarpofalángicas de 4° y 5° dedos y extensión de las interfalángicas.

Recuerdo anatomía nervio cubital

The Ulnar Nerve

- Muscles innervated
 - Flexor carpi ulnaris, flexor digitorum profundus, adductor pollicis, small digital muscles
- Motor functions
 - Finger adduction and abduction other than thumb; thumb adduction, flexion of digits 4 & 5; wrist flexion and adduction
- Sensory
 - Skin over medial surface of the hand through the superficial branch

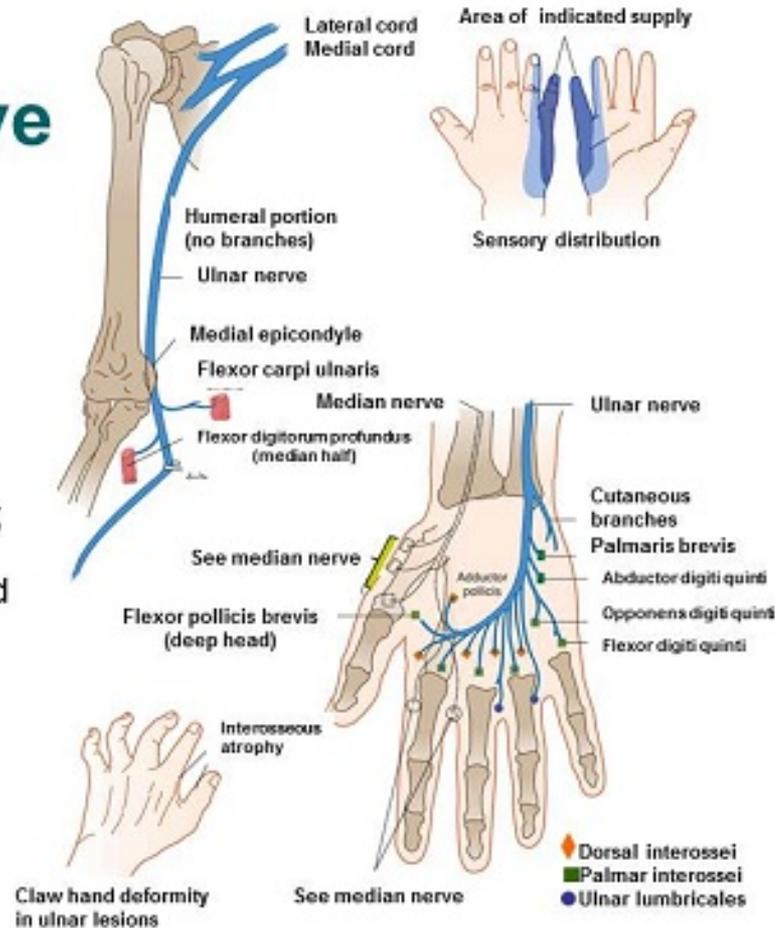


Figure 28-9 . The ulnar nerve (C8, T1).in: Waxman SG. Clinical Neuroanatomy, 26th ed. <http://www.accessphysiotherapy.com>. Accessed May 10, 2011.

El caso: Neuropatía cubital

Con la anamnesis y exploración completa:

4. ¿Cuál sería tu diagnóstico más probable?

- Neuropatía cubital severa con afectación sensitiva y motora (parálisis casi completa), probablemente por atrapamiento a nivel del codo, ya que es la zona donde más frecuentemente se produce. Además, aumenta la clínica con la flexión del codo.

El caso: Neuropatía cubital

Con la anamnesis y exploración completa:

5. ¿Qué pruebas complementarias pedirías y por qué?

- **EMG/ENG** (Electromiografía y Electroneurografía):
Prueba de referencia siempre que se sospeche un **Síndrome Compresivo**.
 Permite estudiar la velocidad de conducción del nervio, cuantificar la afectación sensitiva y motora. También puede localizar el punto de afectación y cuantifica la intensidad.
Confirmaría el diagnóstico y puede descartar otros diagnósticos diferenciales como una segunda afectación a otro nivel **“Síndrome del Doble Crush”**.
- **RM**: permite realizar estudio etiológico (causas anatómicas de compresión), y estudiar el aspecto morfológico del nervio. Alto coste, sólo se realiza en fracasos y recidivas tras cirugía.
- **ECO**: permite visualizar la morfología del nervio en su trayecto, realizar estudios dinámicos y localizar puntos o causas de compresión del nervio. Es barata pero operador dependiente.
- **RX**: sirven para estudiar la alineación del codo o anomalías óseas como secuelas de traumatismos.

El caso: Neuropatía cubital

Con la anamnesis y exploración completa:

5. ¿Qué pruebas complementarias pedirías y por qué?

- **Posibles diagnósticos diferenciales:**

Cuando la exploración clínica o pruebas complementarias no son concluyentes con el diagnóstico de sospecha inicial, nos tendremos que plantear posibles diagnósticos diferenciales que puedan dar una clínica parecida.

El caso: Neuropatía cubital

Con la anamnesis y exploración completa:

6. ¿Qué diagnósticos diferenciales deberíamos tener en cuenta?

1. Radiculopatía C8-T1.
2. Síndrome del Desfiladero Torácico.
3. Síndrome de Compresión a Doble Nivel (codo + desfiladero).
4. Síndrome de Canal de Guyon.

1. Radiculopatía C8-T1

- Discopatía cervical entre C8 y T1, con efecto compresivo de la raíz.
- El paciente presentaría parestesias también en 4° y 5° dedo de la mano, también puede presentarlas en la cara interna del antebrazo.
- El dolor suele ser tipo **cervicobraquiálgico** es decir referido desde cuello hasta mano y puede aumentar con los movimientos del cuello.
- Las pruebas complementarias que realizaríamos: RX y RM cervical a parte del EMG.

2. Síndrome del Desfiladero Torácico

- **Atrapamiento del plexo braquial, en su trayecto entre los músculos escalenos y la primera costilla.**

Los factores causales:

1. Fibromusculares: fibrosis o hipertrofia del músculo escaleno anterior, pectoral menor.
2. Óseos: presencia de costilla cervical, megapófisis transversa de C7, clavícula anómala.

- Los síntomas son inespecíficos e inconstantes, el diagnóstico puede ser complejo.
- Es más frecuente la afectación del cordón medial (C8, T1) del plexo braquial (nervios cubital, antebraquial y braquial medial), debilidad de los músculos intrínsecos y parestesias en la zona interna de brazo y antebrazo y mano.
- La compresión vascular causa dolor y frialdad en brazo y mano.
- Los síntomas se exacerban cuando el paciente realiza actividades por encima de la cabeza.
- Maniobras de provocación:
 - **Prueba de Adson**: giro de la cabeza hacia el lado afectado, tras segundos aparecen los síntomas.
 - **Prueba de Wright**: hiperabducción y elevación del brazo por encima de la cabeza.
- En la mayoría de casos, el diagnóstico es clínico y el tratamiento es rehabilitador mediante ejercicios de cambio postural y reforzamiento muscular.
- Si se encuentra una causa anatómica clara, como una costilla cervical o una megapófisis transversa de C7, el tratamiento podría ser quirúrgico mediante sus exéresis.

3. Síndrome de Compresión a Doble Nivel

- El nervio puede estar comprimido a varios niveles.
- Debemos tenerlo presente cuando la sintomatología no está claramente delimitada o ante fracasos terapéuticos.

4. Síndrome del Canal de Guyon

- Compresión del nervio cubital a su paso por el canal de Guyón, el apoyo continuado sobre la eminencia hipotenar del peso corporal y extensión de la muñeca mantenida también es causante de este síndrome con frecuencia.
- Las fracturas del hueso pisiforme, o del gancho del ganchoso pueden irritar este nervio.
- Artropatías a nivel piso-piramidal también pueden alterar este nervio.
- La causa más frecuente de afectación son los **tumores de partes blandas**, 85% gangliones que surgen a ese nivel comprimiendo el nervio directamente.
- A diferencia de la compresión a nivel del codo, la afectación sensitiva en el dorso de los dedos 4º y 5º puede ser menor debido a que la rama sensitiva dorsal del cubital emerge proximalmente al canal de Guyon y por lo tanto no se afecta por la compresión.
- La ENG y La ECO serán muy útiles para el diagnóstico.

El caso: Neuropatía cubital

7. ¿Qué tratamiento propondrías al paciente?

- Tratamiento inicial conservador.
- Cuando los síntomas son incipientes o compresión leve del nervio.
- férulas nocturnas en extensión de codo.
- Cambios posturales durante el trabajo, evitar mantener el codo flexionado largo tiempo.
- En caso de no tolerar el dolor neuropático se puede tratar con fármacos tipo antiepilépticos con efecto analgésico como la gabapentina o pregabalina.

- Si el tratamiento conservador fracasase o compresión moderada/severa, como **nuestro caso, ya que existe una parálisis del nervio por lo que la afectación es severa y lo confirmó la ENG.**
- Se recomienda tratamiento quirúrgico, mediante trasposición del nervio, liberación del canal epitrocleo-olecraniano y traslado a la región anterior del codo, zona de menor recorrido y presión.
- **Vídeo Luxación:** localización anatómica del nervio, en este caso sufría una suluxación del nervio (entrada y salida) causa de laparálisis de nuestro caso.
- **Vídeo Trasposición:** trasposición del nervio a región anterior y estabilización con fascia de musculatura pronadora.

El caso: Neuropatía cubital



Video Luxación.

El cordón nervioso se subluxa entrando y saliendo del canal epitrocleo-olecraneano, provocando la parálisis del nervio.

El caso: Neuropatía cubital



Video Trasposición.

Nervio traspuesto en región anterior del codo.
Realiza menor recorrido y estará sometido a menor presión.

El caso: Neuropatía cubital

Finalmente el paciente mejoró progresivamente hasta la recuperación funcional completa.

