

“Síndrome canalicular por musculo vestigial anconeopitrocLEAR a propósito de un caso”

***Calcines Santana M. A., Montero Paez B., López Lobato R.,
Martínez Sanchez A.***

**Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y C. Ortopédica del Hospital de la
Merced.**

Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)

INTRODUCCIÓN:

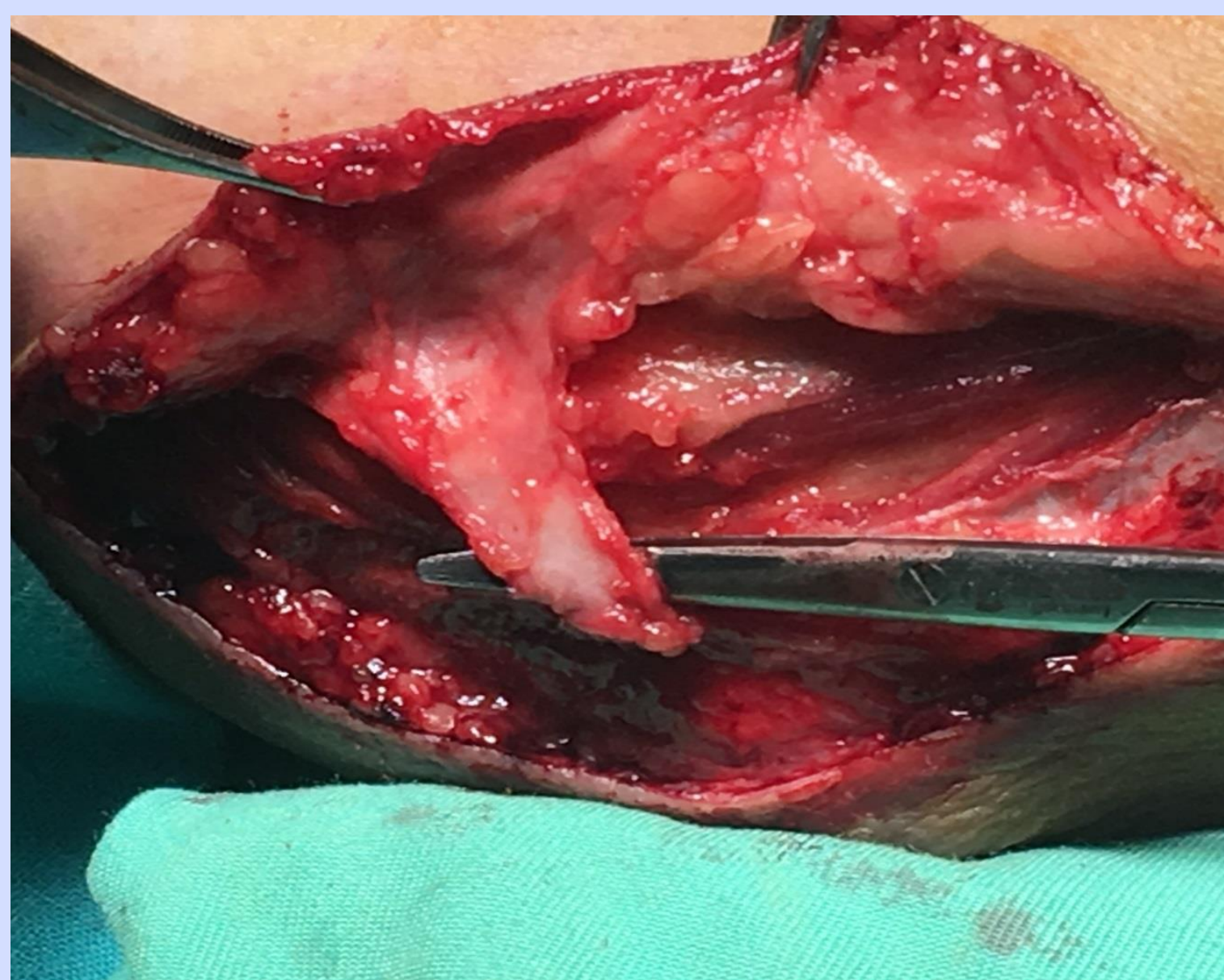
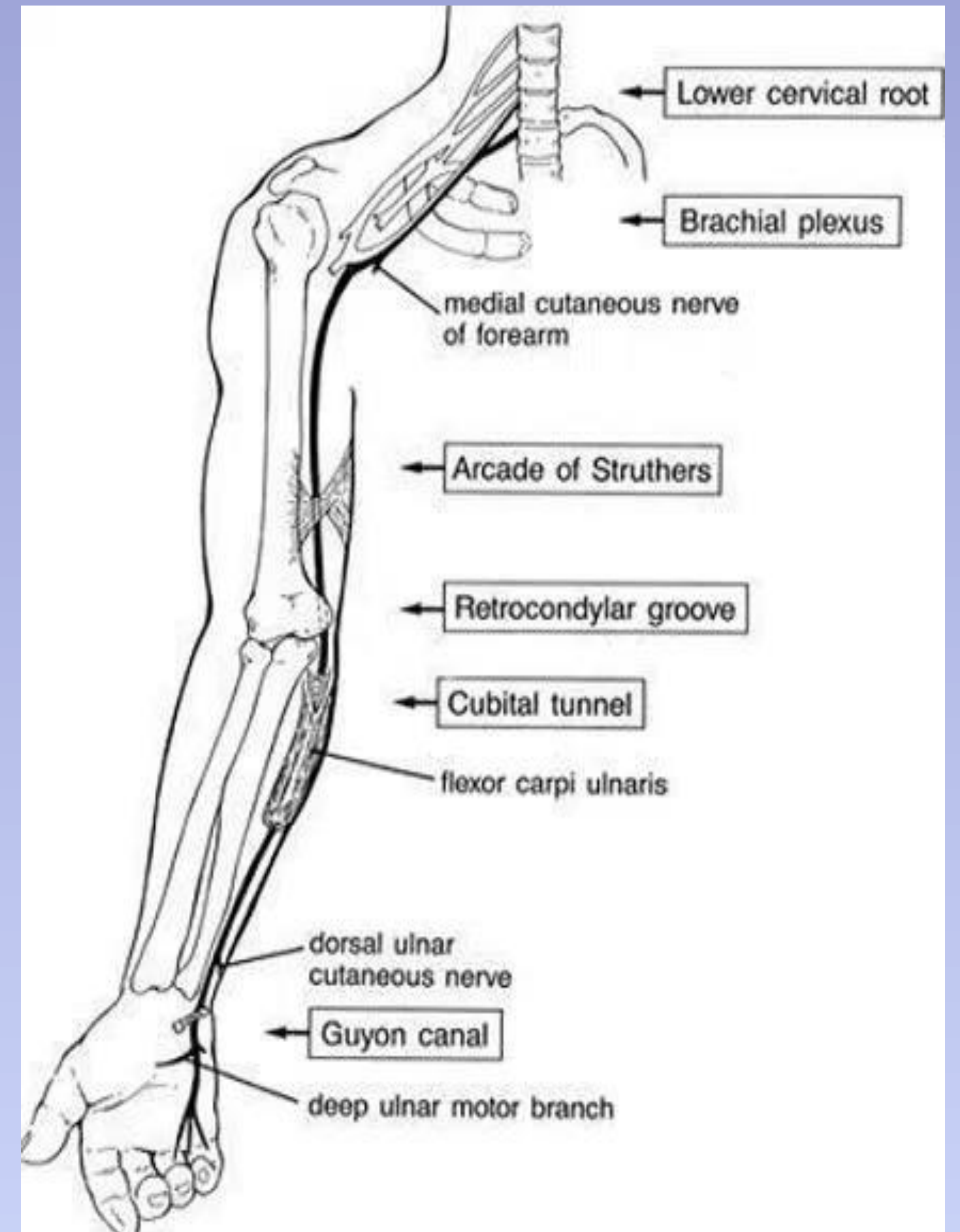
El síndrome del túnel cubital es la neuropatía por atrapamiento más frecuente tras el síndrome del túnel carpiano. Si bien hay varios puntos anatómicos en donde el nervio cubital puede ser comprimido, la arcada fibrosa formada por las dos cabezas de inserción del músculo flexor carpi ulnaris, es el sitio en donde se observa con mayor frecuencia dicha compresión. A este nivel, pueden existir variantes musculares poco frecuentes, como el músculo anconeopitrocLEAR. Presentamos un caso de compresión del nervio cubital secundaria a dicha variante anatómica. Se trató de un músculo tendido desde el epicóndilo medial al olécranon, cruzando superficial y perpendicular al nervio cubital. En el acto quirúrgico se seccionaron las fibras del músculo, observando un nervio cubital comprimido. En el postoperatorio hubo mejoría significativa de la sintomatología. El músculo anconeopitrocLEAR es una variante presente entre el 1 y el 40% de los casos y se puede asociar a neuropatía cubital.

OBJETIVO:

El objetivo principal de esta publicación es aportar un caso y actualización de la bibliografía en relación con los síndromes compresivos asociados a variantes anatómicas como el caso que presentamos.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Se presenta un caso clínico sobre un paciente de 52 años derivado desde AP por parestesias en mano izquierda. A la exploración en consultas de COT, parestesias en 5º dedo y en territorio mediano de MSI. Signo de Tinnel y phallen + con durkan +++. Ante la sospecha clínica solicitamos EMG para STC y cubital, que nos confirma existencia de compresión nerviosa.



RESULTADOS: Se realiza retinaculotomía y neurolisis de nervio mediano en muñeca. A nivel proximal abordaje medial de codo izquierdo, liberando el nervio cubital, respetando ramas motoras. Se aprecia compresión por musculo vestigial que se secciona. Reconstrucción de ligamento epitrocLEAR-olecraneano con fascia flexora. Se comprueba la no luxación del nervio con la movilidad ni otros puntos de compresión proximal ni distal. Recomendamos reposo, evitando coger peso 3 semanas con posibilidad de movimiento precoz, cura de heridas quirúrgicas en su centro de salud.

CONCLUSIONES: Con diagnóstico y tratamiento adecuado se obtienen resultados satisfactorios en el 85% de los pacientes. Los fracasos, con frecuencia, se deben a inestabilidad postneurolisis inadvertida, sección de las ramas cutáneas con formación de neuromas o tratamiento incompleto (una causa no excluye otras).

BIBLIOGRAFÍA:

1. Martínez F.,Medici C., Algorta M., Cubital tunnel syndrome secondary to anconeus-epitrochlearis muscle: case report. Rev. Arg. Anat. Onl 2012; 3(2):43-45.
2. Vanderpool D.W.; Chalmers L.; Lamb D.W.; et al: Peripheral compression lesions of the ulnar nerve. J Bone Joint Surg (Br) 50:792-803, 1968.
3. Won H.S.; Han S.H.; Ok C.S.; Chung I.H.; Kim S.M.; Lim S.Y.; Topographic relationship between the medial intermuscular septum and the ulnar nerve. J Neurosurg 2011;114;1534-1537.