

Atrapamiento del Nervio Cubital en antebrazo por banda fibrovascular. Neurolisis bajo control Neurofisiológico.

Autores: Alejandro Martínez Aragón, Javier Luaces Gonzalez, Francisco Javier López de Vergara Martin, Eduardo José Palacio Duque, Alfonsa Yolanda Martín Hidalgo

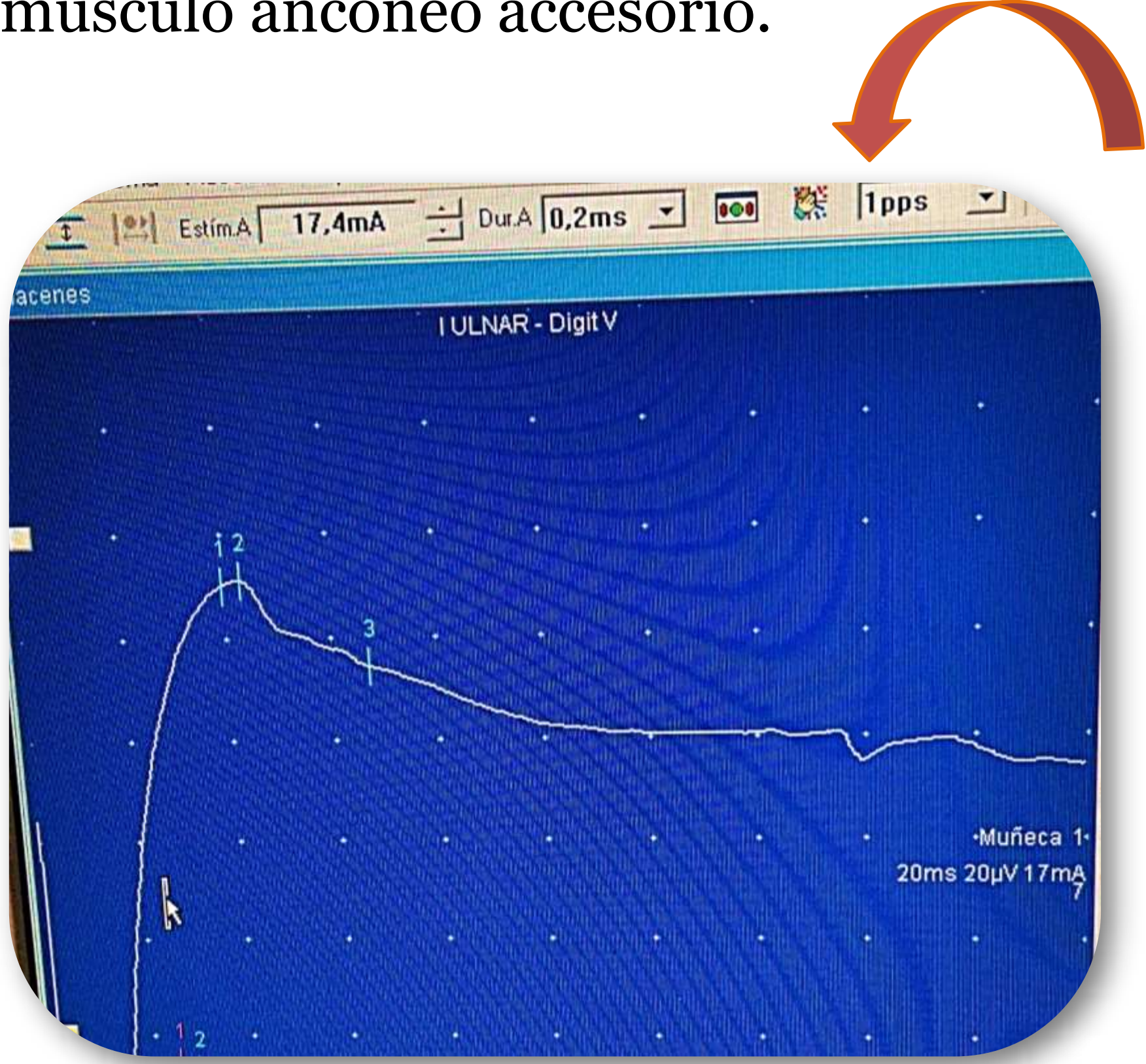
Objetivos

Presentar un caso atípico de compresión del Nervio Cubital por bandas fibrovasculares, la evolución y el manejo realizado.

Material y Métodos

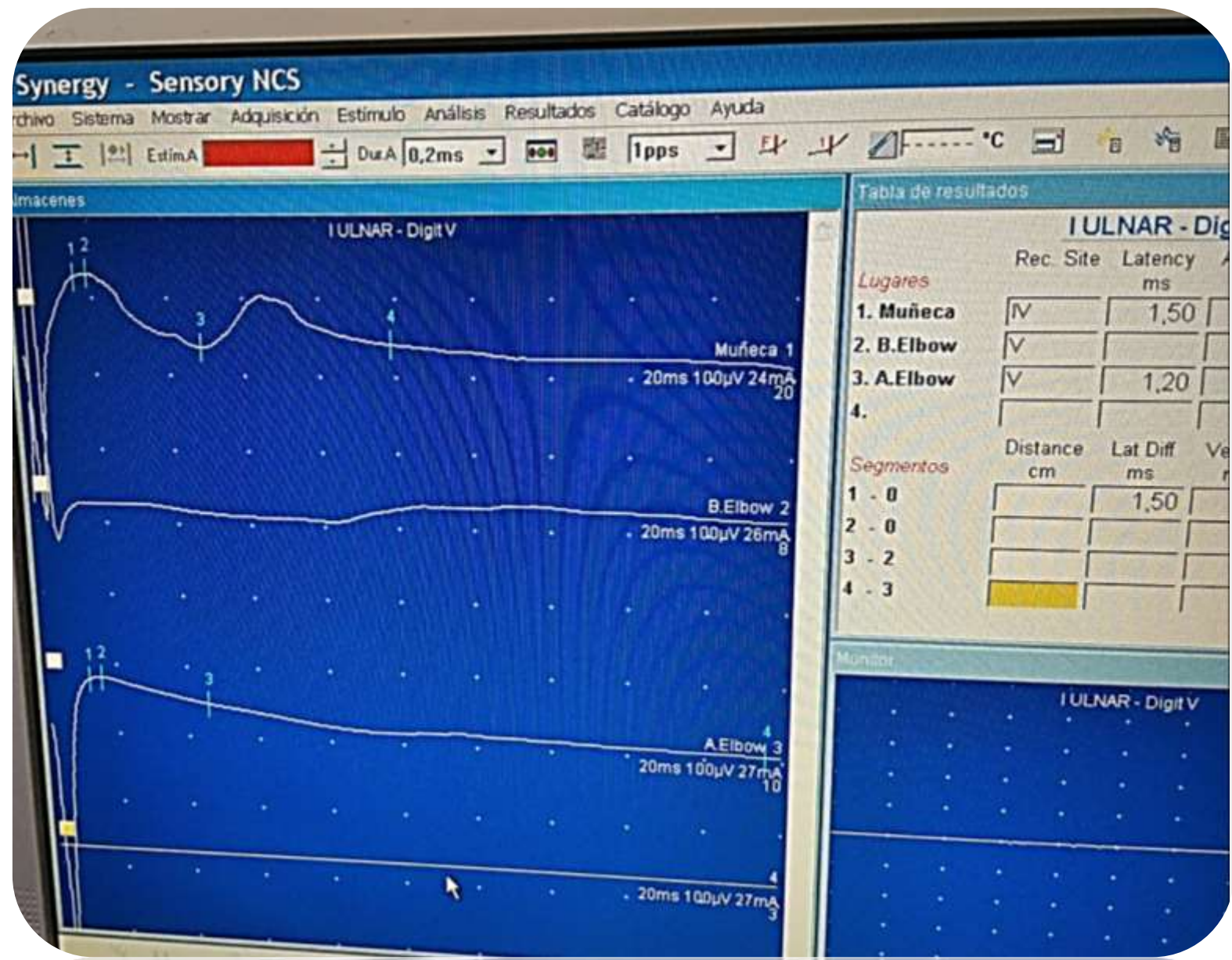
Mujer de 25 años, sin antecedentes relevantes, que presenta dolor y parestesias en brazo izquierdo de aparición súbita de tres meses de evolución con déficit sensitivo y motor en el territorio del Nervio cubital.

En la exploración, se observa amiotrofia hipotenar y de músculos interóseos, signo de Wartenberg positivo con Froment negativo, y parestesias e hipoestesias en el cuarto y quinto dedo. Se solicita resonancia magnética y Electroneurograma/Electromiograma (ENG/EMG). La **RMN** revela un **discreto aumento de volumen** del nervio en la región posterior del epicóndilo humeral medial, sin músculo ancóneo accesorio.



El **ENG-EMG** muestra una neuropatía cubital izquierda severa, con bloqueo de conducción a nivel del antebrazo, denervación aguda de la musculatura tributaria y potenciales sensitivos ausentes. Ante la persistencia de los síntomas, se opta por tratamiento quirúrgico.

Estudio **ENG** de conducción nerviosa sensitivo- motora **intraoperatorio** posterior a la resección del paquete vascular con leve mejoría de los potenciales de acción muscular compuesto (**CMAP**) y del potencial de acción sensitivo (**SNAP**)

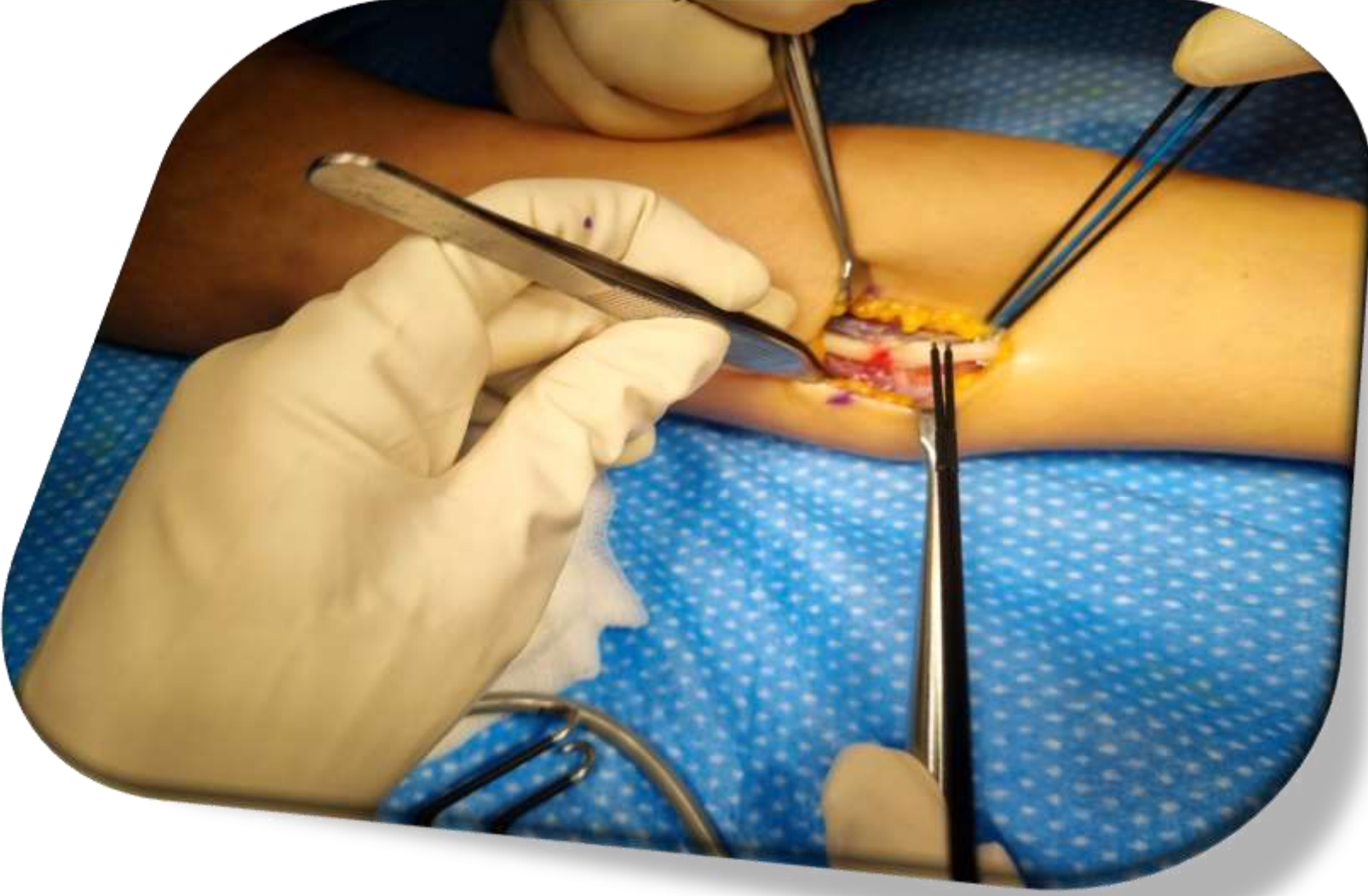
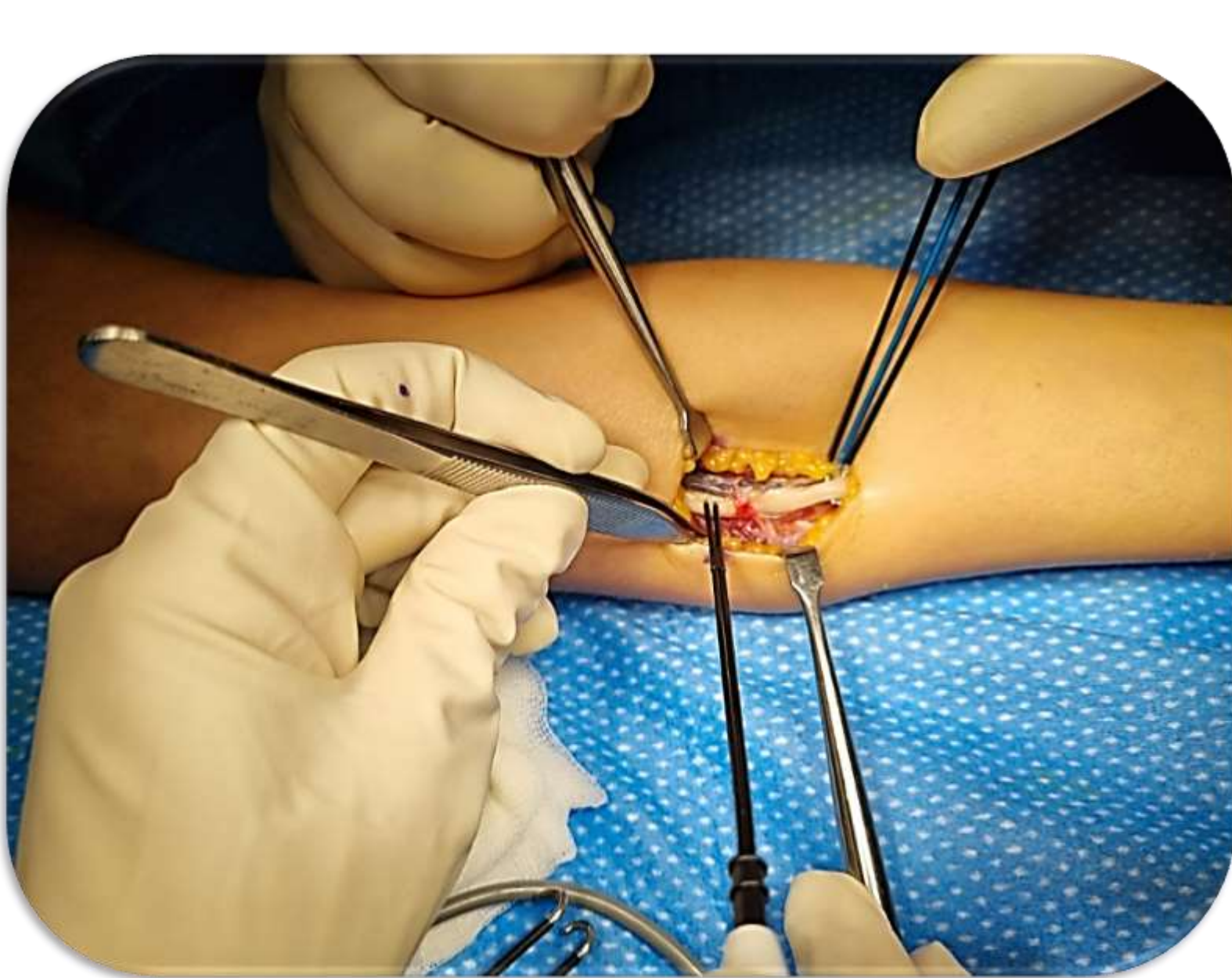


Resultados

Se realizó una incisión a 14 cm de la estiloides cubital, justo en el lugar de la compresión en cara medial del antebrazo, tras disección por planos localizamos el nervio donde atraviesa la aponeurosis intermuscular entre Flexor Carpi Ulnaris (FCU) y Flexor Digitorum Superficialis (FDS).

Observamos dos vainas epiperineurales y un paquete vascular encima del nervio. Se realiza estudio con ENG/EMG intraoperatorio que confirma el lugar de la compresión. Posteriormente realizamos neurolisis y ligamos el paquete vascular. El estudio neurofisiológico confirma mejoría de la conducción en la musculatura tributaria.

Durante el postoperatorio se observó una mejoría radical de la clínica. Repetimos el estudio , a los 6 meses y al año objetivando mejoría del volumen axonal significativa, así como en la velocidad de conducción. A los 2 años de la cirugía la paciente permanece asintomática



Conclusiones

- La neuropatía cubital se debe con mayor frecuencia a la **compresión** en diferentes túneles osteofibrosos como el túnel cubital del codo, la arcada de Struthers y el canal de Guyon o a afecciones congénitas que afectan a los músculos accesorios.
- En el antebrazo, la compresión puede producirse donde el nervio sale del FCU y **por bandas fibrovasculares** que recorren el nervio desde la arteria cubital hasta la porción distal del FCU.
- El electromiograma y el electroneurograma **son imprescindibles para confirmar el diagnóstico.**