CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Síndrome del túnel cubital

Síndrome del túnel cubital: presión sobre el nervio ulnar en la parte interna del codo.

Kieran Hirpara 4.0

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

El síndrome del túnel cubital se produce cuando el nervio ulnar, el nervio que pasa por un túnel en la parte interna del codo, queda comprimido. La sensación típica es entumecimiento y hormigueo en el dedo meñique y en el lado ulnar del dedo anular, el lado más cercano al meñique. Algunas personas también sienten un dolor ardiente alrededor de la prominencia ósea de la parte interna del codo. También puede aparecer un dolor sordo en el codo o en la parte superior del antebrazo, aunque en la mayoría de las personas el dolor no es la característica principal.

Doblar el codo empeora los síntomas. Sostener el teléfono junto a la oreja, apoyar el codo en un escritorio o en un reposabrazos, o dormir con el codo doblado pueden desencadenarlos. Muchas personas notan el hormigueo por la noche, y algunas se despiertan por él. Estirar el codo normalmente vuelve a aliviar la sensación.

A medida que la afección avanza, la propia mano puede verse afectada. Es posible que note el agarre débil o torpe. Los botones, las llaves, las tapas de los frascos y los bolígrafos pueden volverse más difíciles de manejar. En los casos más avanzados, los pequeños músculos de la mano pueden atrofiarse, lo que puede dificultar de verdad las tareas finas y hacer que los dedos queden en posición de garra. Algunas personas notan una sensación de chasquido en la parte interna del codo al doblarlo, que se produce cuando el nervio se sale de su surco.

Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Qué está ocurriendo realmente?

El nervio ulnar es uno de los nervios principales del brazo. Va desde el cuello, pasa por detrás de la parte interna del codo y desciende hasta la mano. Aporta sensibilidad al dedo meñique y al lado de la mano correspondiente al dedo anular, y mueve la mayoría de los pequeños músculos del interior de la mano.

A la altura del codo, el nervio atraviesa un túnel corto formado por hueso y por una capa de tejido resistente. Imagine el nervio como una manguera de jardín colocada en un canal estrecho. Cuando el codo está estirado, la manguera queda holgada y la sangre circula libremente a lo largo de ella. Cuando el codo se dobla, el canal se estrecha alrededor de la manguera y el nervio se estira y se comprime al mismo tiempo. El túnel se estrecha más cuando el codo se dobla más allá de un ángulo recto, por eso sostener un teléfono o dormir encogido por la noche provoca el hormigueo.

Con el tiempo, esa compresión y ese estiramiento repetidos reducen el riego sanguíneo dentro del nervio. Un nervio necesita deslizarse y estirarse más de 2 cm cuando mueve el hombro, el codo, la muñeca y los dedos, por lo que cualquier cosa que lo sujete provoca rozamiento. El nervio se irrita y se hincha, y sus señales empiezan a transmitirse mal. Por eso siente entumecimiento y hormigueo en los dedos meñique y anular, y por eso aparecen debilidad del agarre y torpeza si la compresión continúa.

Varias cosas pueden reducir el espacio dentro del túnel. Una banda de tejido resistente entre los dos huesos del codo puede engrosarse y presionar el nervio. Un pequeño músculo adicional con el que nacen algunas personas puede situarse sobre el túnel y ocupar espacio. En unas pocas personas, el nervio se sale de su surco cada vez que se dobla el codo, que es el chasquido que algunas personas notan.

La buena noticia es que liberar el nervio suele resolver el problema. Más del 90 % de las personas que se operan se curan o mejoran.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la clínica tomamos su historia clínica, examinamos el codo y la mano, y solicitamos pruebas cuando son necesarias. Como se trata de un problema de larga evolución, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico y consideramos la cirugía cuando este no ha aportado una mejoría suficiente.

El primer paso consiste en cambiar la forma en que usa el codo. Puede ayudar evitar los periodos largos con el codo doblado, así como evitar apoyar el codo en un escritorio o en un reposabrazos o sostener el teléfono junto a la oreja. Otra opción es una férula que impide que el codo se doble por la noche. La terapia de mano tiene como objetivo calmar la irritación y mantener el nervio en movimiento y deslizándose como debe. Dé a estos cambios una oportunidad razonable antes de decidir cualquier otra medida.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Los medicamentos antiinflamatorios pueden ayudar a calmar el dolor alrededor del codo. No ofrecemos inyecciones para esta afección.

Si el tratamiento no quirúrgico no ha aportado una mejoría suficiente, el siguiente paso es la cirugía. La operación habitual es una liberación simple: se abre el techo del túnel para que el nervio deje de estar comprimido. Trasladar el nervio a la parte delantera del codo se hace solo en raras ocasiones, cuando el nervio se sale de su surco. Si ya se ha sometido a una liberación y los síntomas han vuelto, le explicamos con cuidado qué puede esperar: los resultados de una segunda operación son, de promedio, modestos, y los síntomas que persisten suelen reflejar el estado del propio nervio. La rehabilitación después de la cirugía consiste en terapia de mano con Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation, que le guiará en los ejercicios y le hará cualquier férula que necesite.

Qué esperar

Los síntomas del túnel cubital suelen aparecer poco a poco en lugar de presentarse de golpe. Al principio, el hormigueo va y viene, a menudo por la noche o después de pasar mucho tiempo con el codo doblado. Si no se trata, la compresión continúa, y el entumecimiento y la debilidad pueden volverse permanentes a medida que el propio nervio se deteriora. Por eso merece la pena actuar antes de que aparezcan debilidad o atrofia muscular.

Con tratamiento, el pronóstico depende de la gravedad inicial. Sus síntomas antes del tratamiento son la mejor guía de cuánto puede mejorar. Si sus síntomas son leves, el alivio suele llegar pronto. Si son graves, el nervio se recupera más despacio: la sensibilidad y la fuerza pueden tardar semanas, meses o incluso años en volver, y parte del cambio puede ser gradual en lugar de un único momento claro de mejoría. Muchas personas con síntomas graves mejoran considerablemente, aunque la recuperación sea lenta.

La mayoría de las personas que necesitan cirugía evolucionan bien. La función nerviosa mejora en la mayoría de los brazos evaluados después de la cirugía y, a los tres meses de la operación, los resultados de la liberación simple y de la operación que traslada el nervio son muy parecidos. La infección se produce en aproximadamente el 2,17 % de los casos. Si nota un dedo, una mano o un brazo calientes, enrojecidos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día.

Si la primera operación no resuelve el problema, una segunda ayuda a algunas personas, pero los resultados son, de promedio, modestos, y los síntomas duraderos suelen reflejar el estado del propio nervio más que algo que pueda corregirse. Aproximadamente el 75 % de las personas tienen menos dolor y hormigueo después de la cirugía de revisión. Si ya practica un deporte con movimientos por encima de la cabeza o de lanzamiento, la mayoría de las personas vuelven al deporte después de la cirugía, aunque no todas recuperan su nivel anterior.

Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

¿Cuándo consultar a un especialista?

Consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano. Los signos más importantes en esta afección son el entumecimiento y el hormigueo en el dedo meñique y en el lado de la mano correspondiente al dedo anular, un dolor ardiente alrededor de la parte interna del codo y la debilidad o torpeza del agarre. La debilidad y la atrofia de los pequeños músculos de la mano son los signos ante los que hay que actuar con rapidez, porque una vez que aparecen pueden volverse permanentes. También conviene comentar un chasquido en la parte interna del codo. Después de la cirugía, un dedo, una mano o un brazo que se ponen calientes, enrojecidos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre, requieren acudir al servicio de urgencias ese mismo día; no se necesita derivación del médico de cabecera. Si no puede contactar con la clínica fuera del horario de atención o en fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. El síndrome del túnel cubital merece esta lectura adicional, ya que el debate quirúrgico se ha resuelto mayormente a favor de intervenir lo menos posible; esta conclusión va en contra de la intuición común de que un nervio que se ha desplazado debe colocarse en un lugar más seguro.

LA OPERACIÓN MÁS SENCILLA ARROJA RESULTADOS TAN BUENOS COMO LA MÁS COMPLEJA

Existen dos enfoques generales. La **descompresión simple** consiste en abrir la cubierta del túnel nervioso y dejar el nervio en su posición original. La **transposición** implica mover el nervio hacia la parte frontal del codo, ya sea bajo la piel o por debajo del músculo, de modo que ya no quede en una ranura que se estira al doblar el codo. La transposición es la intervención más compleja y, desde el punto de vista mecánico, la más lógica.

Tras analizar **906** pacientes, no se observó **diferencia estadísticamente significativa** en los resultados clínicos entre la descompresión simple y cualquiera de las formas de transposición; la tendencia fue a favor de la transposición, pero no alcanzó significancia estadística [1]. Al comparar ambas variantes de transposición en **352** pacientes, los datos fueron **insuficientes para determinar cuál es la técnica óptima** [2].

La epicondilectomía medial, que consiste en extirpar la cresta ósea por detrás de la cual discurre el nervio, tampoco ha resuelto la cuestión: un análisis de **886** pacientes reveló que la calidad metodológica de la literatura existente es limitada, por lo que no se pueden extraer conclusiones firmes sobre su eficacia frente a la descompresión simple [3].

Y EN AQUELLOS CASOS EN QUE EL NERVIO YA ES INESTABLE, LA CIRUGÍA ADICIONAL CONLLEVA UN COSTO ADICIONAL

Este es el hallazgo que más influye en la práctica clínica, pues aborda la situación en la que la transposición del nervio parece claramente indicada: cuando el nervio ya se subluxa sobre la prominencia ósea al flexionarse el codo.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

En un total de **768** pacientes, tanto el grupo sometido a descompresión como el grupo sometido a transposición mostraron **una mejora sintomática similar**, aunque el grupo de transposición presentó **tasas de complicaciones más elevadas** [4]. Los autores son cuidadosos al señalar las limitaciones del estudio: pocas investigaciones reportan casos de inestabilidad nerviosa, y los diseños de los estudios suelen ser sesgados. No obstante, los resultados obtenidos van en dirección opuesta a lo que se podría esperar intuitivamente: mover un nervio ya inestable no generó un mayor alivio de los síntomas, sino que provocó más problemas.

EL DEBATE ENTRE TÉCNICA MÍNIMAMENTE INVASIVA Y TÉCNICA ABIERTA NO ES LO IMPORTANTE

En los casos en que se realiza una descompresión, la elección de la técnica recibe más atención de la que merece. En un total de **981** pacientes, la liberación endoscópica y la liberación abierta del túnel cubital arrojaron **resultados similares, perfiles de complicaciones similares y tasas de reoperación similares** [5].

¿POR QUÉ LA CIRUGÍA DE REVISIÓN SUPONE UN CASO DISTINTO?

Si una primera operación no logra resolver los síntomas, es preciso establecer expectativas realistas respecto a una segunda intervención. Un estudio realizado con **192** pacientes sometidos a cirugía de revisión por síndrome del túnel cubital refractario arrojó **resultados funcionales promedio**; la transposición del nervio fue el procedimiento más frecuentemente realizado, y la gran variabilidad entre estudios impidió determinar cuál sería el procedimiento de revisión óptimo [6].

Esto representa una diferencia significativa con respecto a la liberación del túnel carpiano, en la cual una segunda evaluación suele revelar una liberación incompleta que puede corregirse. En el caso del túnel cubital, la persistencia de los síntomas suele deberse al estado previo del propio nervio, al tiempo que estuvo comprimido y al grado de atrofia muscular ya presente, más que a un fallo técnico que pueda subsanarse. Este es el argumento más contundente para no demorar el tratamiento en cuanto aparecen debilidad o atrofia muscular.

REFERENCIAS

[1] Macadam SA, Gandhi R, Bezuhly M, Lefaivre KA. Descompresión simple versus transposición subcutánea y submuscular anterior del nervio ulnar para el síndrome del túnel cubital: un metaanálisis. J Hand Surg Am. 2008;33(8):1314.e1-1314-e12. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2008.03.006

[2] Liu C, Chen C, Xu J, Wang H, Ke X, Zhuang Z, et al. Transposición subcutánea anterior versus submuscular del nervio ulnar para el síndrome del túnel cubital: una revisión sistemática y metaanálisis. PLoS One. 2015;10(6):e0130843. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130843

[3] O'Grady EE, Vanat Q, Power DM, Tan S. Una revisión sistemática de la epicondilectomía medial como tratamiento quirúrgico para el síndrome del túnel cubital. J Hand Surg Eur Vol. 2017;42(9):941-5. https://doi.org/10.1177/1753193417724351

[4] Clark DM, Piscoya AS, Dunn JC, Nesti LJ. El impacto de la inestabilidad preexistente del nervio ulnar en el tratamiento quirúrgico del síndrome del túnel cubital: una revisión sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2020;29(11):2339-46. https://doi.org/10.1016/j.jse.2020.05.028

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[5] Aldekhayel S, Govshievich A, Lee J, Tahiri Y, Luc M. Liberación endoscópica versus abierta del túnel cubital: una revisión sistemática y metaanálisis. Hand (N Y). 2016;11(1):36-44. https://doi.org/10.1177/1558944715616097

[6] Kholinne E, Alsharidah MM, Almutair O, Aljasser S, Alhothali W, Kwak J, et al. Cirugía de revisión para el síndrome del túnel cubital refractario: una revisión sistemática. Orthop Traumatol Surg Res. 2019;105(5):867-76. https://doi.org/10.1016/j.otsr.2019.03.020

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au