

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, que recorre la parte interna del codo y desciende hasta la mano, queda comprimido. La sensación típica es entumecimiento y hormigueo en el dedo meñique y en el borde externo del dedo anular. Mantener el codo doblado durante mucho tiempo empeora los síntomas; por eso, estos suelen intensificarse por la noche, al despertarse, o después de sostener el teléfono junto al oído o de apoyar el codo doblado.

Muchas personas también notan un dolor sordo alrededor del codo o en la parte superior del antebrazo. No obstante, el dolor no siempre es el principal problema. En algunas personas, el primer cambio perceptible se da en la propia mano: la fuerza de agarre disminuye, y tareas delicadas como escribir, teclear, girar llaves o recoger monedas pequeñas se vuelven torpes.

A medida que la afección avanza, los pequeños músculos de la mano pueden atrofiarse. Esto puede hacer que los dedos se curven en posición de garra y debilitar aún más la capacidad de pellizcar y agarrar. Los hombres con este trastorno tienen más probabilidades que las mujeres de notar dicha atrofia muscular al buscar ayuda por primera vez.

Si ya padece síndrome del túnel carpiano, que comprima otro nervio en la muñeca, también es más probable que desarrolle síndrome del túnel cubital, y viceversa. Los síntomas pueden aparecer también tras una lesión previa en el codo.

Estos síntomas merecen atención desde las primeras etapas. Los cambios que usted mismo pueda describir, como el grado de entumecimiento o la disminución de la fuerza de agarre, son fundamentales a la hora de planificar el tratamiento.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El nervio ulnar es como un largo cable eléctrico que va desde el cuello, rodea la parte interna del codo y desciende hasta la mano. Cerca del codo, atraviesa un estrecho túnel de tejido llamado túnel cubital. Cuando ese túnel se estrecha, el “cable” se comprime y las señales que llegan al dedo meñique y al anular comienzan a transmitirse de forma incorrecta.

El problema radica en la ubicación de este nervio: discurre justo debajo de la piel en la parte posterior e interna del codo, sin ninguna capa gruesa de músculo que lo proteja. Por eso es fácil que se irrite. Cada vez que doblamos el codo, el túnel se estrecha y el nervio se estira y roza contra sus paredes. Si mantenemos el codo doblado durante un tiempo, la presión dentro del propio nervio aumenta. Con el tiempo, esta constante compresión e irritación hacen que el nervio tenga dificultades para transmitir las señales adecuadamente.

A veces existe una causa específica que provoca el estrechamiento del túnel: una banda de tejido que no debería estar allí, o un pequeño músculo adicional cerca del codo, pueden ocupar espacio dentro del túnel. También pueden existir bandas de tejido engrosado por encima y por debajo del nervio que lo comprimen. Una lesión antigua en la zona del codo puede dejar cicatrices que a su vez comprimen el nervio.

Esto explica lo que usted siente: el entumecimiento y el hormigueo en el dedo meñique y el anular se deben al nervio comprimido, que tiene dificultades para transmitir las señales sensoriales. La debilidad y la torpeza motora provienen del mismo nervio, que no logra enviar correctamente las señales de movimiento a los pequeños músculos de la mano. Doblar el codo empeora todo, pues esa es precisamente la posición en la que el nervio sufre mayor compresión.

La buena noticia es que este es un problema muy frecuente y, por lo general, responde bien al tratamiento una vez que se elimina la presión sobre el nervio.

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 su consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su codo y mano, y solicitamos estudios por imagen o pruebas nerviosas cuando resultan necesarios. Dado que este problema suele desarrollarse con el tiempo, normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos y consideramos la cirugía solo cuando estos no logran la mejora deseada.

El primer paso consiste en modificar la forma en que utiliza su codo. Puesto que el flexar el codo es lo que comprime el nervio, analizamos hábitos como apoyarse sobre el codo doblado, sostener el teléfono junto a la oreja o dormir con el brazo encogido. Cambios sencillos en estas posturas pueden aliviar los síntomas. Un fisioterapeuta o terapeuta de mano también puede ayudar, mediante ejercicios destinados a reducir la presión sobre el nervio y mantener el buen funcionamiento de su mano. Por lo general, damos a este enfoque una oportunidad razonable antes de considerar la cirugía.

Los analgésicos y antiinflamatorios pueden ayudar a aliviar el dolor alrededor del codo mientras se implementan las demás medidas. No ofrecemos inyecciones para tratar esta afección.

Si estas medidas no le brindan suficiente alivio, la cirugía podría ser la siguiente opción. El objetivo de la operación es sencillo: liberar el nervio del tejido que lo comprime, de modo que las señales hacia su mano puedan transmitirse correctamente otra vez. La elección del procedimiento quirúrgico depende de su situación particular, incluyendo si el nervio tiende a desplazarse al doblar el codo; esta decisión la tomamos en conjunto.

Qué esperar

El síndrome del túnel cubital rara vez desaparece por sí solo una vez que el nervio ha estado comprimido durante un tiempo. En algunos casos leves, los síntomas mejoran con cambios sencillos, como descansar el codo y modificar la postura al dormir. No obstante, si la presión persiste, el entumecimiento, el hormigueo y la debilidad tienden a mantenerse o empeorar gradualmente. Cuanto más tiempo permanezca el nervio comprimido, mayor es la probabilidad de que se produzcan cambios duraderos en la mano.

Con tratamiento, el pronóstico suele ser estable en lugar de drástico. Más del 90% de las personas sometidas a cirugía se curan o experimentan mejoría. Muchas notan alivio desde el principio; especialmente los síntomas nocturnos y la molestia diurna disminuyen rápidamente. Si antes del tratamiento los síntomas eran graves, la recuperación suele tardar más. La sensibilidad y la fuerza pueden seguir mejorando durante semanas, meses o incluso años, dependiendo de cuánto se hubiera dañado el nervio previamente. La gravedad de los síntomas previos al tratamiento también es relevante: quienes presentaban síntomas leves suelen recuperarse mejor que aquellos cuyos músculos de la mano ya se habían visto afectados.

También es importante ser realistas respecto a los límites del tratamiento. La mayoría de las personas tienen buenos resultados, pero no todas recuperan exactamente la sensación y función de su mano anteriormente. Algunos síntomas pueden persistir o reaparecer; en esos casos, a veces es necesaria una segunda operación, aunque esto ocurre en una minoría de casos. Los resultados de una segunda intervención son menos predecibles que los de la primera, aunque aproximadamente tres de cada cuatro pacientes siguen experimentando un alivio significativo del dolor y el hormigueo.

Varios factores pueden influir en su propio pronóstico. Una lesión o fractura previa en el codo aumenta la probabilidad de necesitar otra cirugía. El tabaquismo también dificulta la recuperación; por ello, dejar de fumar con antelación mejora las posibilidades de curación del nervio. Su cirujano le explicará su situación particular, incluyendo la gravedad de sus síntomas y si otros nervios del brazo también están afectados, para que pueda evaluar qué resultados podría esperar del tratamiento.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si experimenta entumecimiento u hormigueo en el dedo meñique y en la cara externa del anular que se repite con frecuencia, especialmente cuando mantiene el codo doblado durante un tiempo. Solicite una evaluación especializada si el entumecimiento se vuelve constante, si nota que su fuerza de agarre disminuye, o si los pequeños músculos de la mano parecen más planos que antes. Estos signos indican

que el nervio está sufriendo una presión considerable, por lo que merecen ser evaluados cuanto antes. Diríjase a urgencias si de repente pierde la sensibilidad en la mano o no puede mover los dedos; también si presenta el codo caliente, rojo e hinchado, acompañado de fiebre. En esos casos, es necesaria una evaluación inmediata.

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.

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>
- [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>