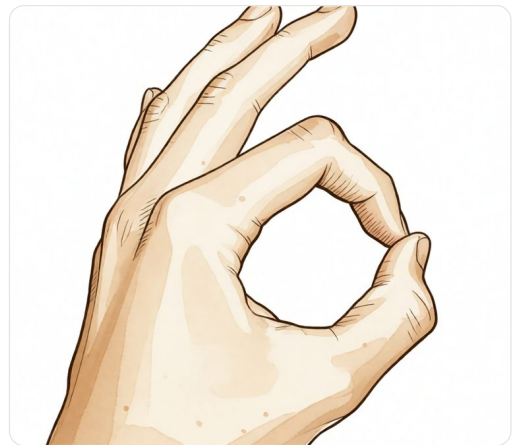


Síndromes del nervio pronador, del lacerto y del interóseo anterior



La prueba de la “señal de OK”: en caso de parálisis del nervio interóseo anterior, el pulgar y el dedo índice no pueden formar un círculo completo; en su lugar, se cierran de forma plana.

Wikimedia Commons ('OK Sign'), CC BY 2.5

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

Qué está sintiendo

Todas estas afecciones se deben a que el **nervio mediano** queda comprimido en una zona alta, alrededor del codo y en la parte superior del antebrazo, en lugar de en la muñeca, donde es más conocida la compresión (síndrome del túnel carpiano). Cada una de ellas produce sensaciones bastante distintas.

El **síndrome del pronador** suele provocar un dolor profundo, sordo y cansado en la parte frontal del antebrazo; este dolor empeora con movimientos repetidos de torsión del antebrazo (girar un destornillador o una llave, retorcer un paño) o con un agarre fuerte. También puede sentir pins y agujas o entumecimiento en el pulgar, el índice y el dedo medio, así como en la palma y en la base carnosa del pulgar. A diferencia del síndrome del túnel carpiano, normalmente no le despierta por la noche, y la molestia se percibe más en el antebrazo que en la mano.

El **síndrome del lacertus** es un término más reciente que se utiliza para referirse a una variante específica de esta compresión alta; en este caso, el responsable es una banda fibrosa firme situada en el pliegue del codo, llamada lacertus fibrosus. Lo típico es que la mano se canse rápidamente y el agarre resulte torpe: escribir, teclear o usar herramientas se vuelve difícil; además aparece dolor en el antebrazo y una marcada sensibilidad justo debajo del pliegue del codo. Este síndrome también es una de las posibilidades que consideramos cuando la cirugía del túnel carpiano no mejora los síntomas esperados.

El **síndrome del nervio interóseo anterior (NIA)** es distinto también. Por lo general, causa poco o ningún entumecimiento. En cambio, se trata de un problema de debilidad: los músculos que flexionan la punta del pulgar y del índice dejan de funcionar adecuadamente. El signo clásico es la incapacidad de formar el gesto

redondo de “OK”: al intentar acercar la punta del pulgar a la punta del índice, el gesto se convierte en una forma plana o triangular. Algunas personas notan primero un breve período de dolor en el brazo o el hombro, y después aparece la debilidad.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Un único nervio grande, el nervio mediano, se extiende desde el cuello, baja por el brazo, cruza la parte frontal del codo y llega a la mano. Este nervio transmite tanto la **sensibilidad** (para parte de la mano) como la **fuerza** (a varios músculos).

En el **síndrome del pronador**, el nervio sufre compresión o irritación al atravesar el espacio estrecho que hay en el codo y en la parte superior del antebrazo. Puede quedar comprimido por una banda de tejido tensa cerca del pliegue del codo (el *lacertus fibrosus*; cuando esta banda es la causa, la afección se denomina cada vez más **síndrome del lacertus**), o al pasar entre o debajo de los músculos que giran la palma de la mano hacia abajo. Dado que la compresión ocurre en una zona alta (por encima de la muñeca), los síntomas afectan a la palma y a la base del pulgar; este es el principal indicio que lo diferencia del síndrome del túnel carpiano.

En el **síndrome del AIN**, el problema afecta a una rama profunda del nervio mediano que transmite únicamente fuerza, sin sensibilidad; por eso se observa debilidad pero no entumecimiento. En muchas personas este trastorno no se debe a una simple compresión, sino más bien a una irritación o inflamación del nervio (a veces tras una enfermedad viral o sin causa aparente); esto explica por qué suele recuperarse por sí solo.

¿Qué podemos hacer al respecto?

En el Mater Private Hospital Rockhampton, el Dr. Kieran Hirpara dirige a nuestro equipo especializado en el miembro superior para evaluar estas afecciones mediante una historia clínica detallada y un examen físico. Por lo general, comenzamos con tratamientos no quirúrgicos, reservando la cirugía únicamente si sus síntomas persisten a pesar del reposo y los cambios en sus actividades.

En todos estos casos, el primer paso casi siempre es el tratamiento no quirúrgico; en el caso específico del síndrome de AIN, la paciencia suele dar sus frutos.

Calmar la situación. Esto implica modificar aquellas actividades que empeoran los síntomas (reducir los movimientos de torsión repetitivos y el agarre de objetos pesados), a veces usar una férula para mantener el brazo en reposo, y darle tiempo al nervio para recuperarse. Las medidas simples para aliviar el dolor también resultan útiles.

Observación vigilante. La debilidad causada por el síndrome de AIN suele mejorar por sí sola en el transcurso de varios meses; por eso, lo habitual es observar y esperar, generalmente entre tres y seis meses, antes de considerar cualquier otra intervención. Muchas personas recuperan su fuerza en ese plazo sin necesidad de cirugía. A lo largo de este proceso, pueden realizarse estudios nerviosos o exploraciones de imagen para confirmar el diagnóstico y seguir la evolución.

La cirugía se reserva para aquellos pocos pacientes que no mejoran: cuando el síndrome del pronador sigue causando dolor a pesar de un período adecuado de reposo y cambios en las actividades, o cuando la debilidad por síndrome de AIN no muestra señales de recuperación tras la observación. La operación consiste en liberar las estructuras que ejercen presión sobre el nervio para permitir su recuperación. Cuando la compresión se produce específicamente en la banda lacertus, a menudo se puede realizar la intervención mediante una incisión breve bajo anestesia local mientras el paciente permanece despierto; esto permite comprobar de inmediato la fuerza muscular afectada, y la recuperación suele ser rápida.

Qué esperar

En general, estos trastornos tienen un buen pronóstico. El síndrome del nervio interósseo anterior, en particular, tiende a mejorar por sí solo; por eso no nos apresuramos a realizar una cirugía. La recuperación es gradual y se mide en meses en lugar de semanas, por lo que se requiere cierta paciencia; además, evaluaremos su progreso a lo largo del tiempo.

Cuando el tratamiento no quirúrgico no resulta suficiente y es necesaria una operación, la liberación del nervio suele aliviar el dolor en el síndrome del pronador y brinda la mejor posibilidad de recuperación de la fuerza en el síndrome del nervio interósseo anterior. No obstante, los nervios se recuperan lentamente, y la mejora continúa progresando durante muchos meses después de la cirugía.

Cuándo consultar a un especialista

- **Dolor sordo en el antebrazo acompañado de entumecimiento u hormigueo en el pulgar, el índice y el dedo medio**, especialmente si también se siente en la palma y en la base del pulgar; este dolor empeora al girar el brazo o al agarrar objetos.
- **Dificultad repentina para formar el gesto habitual de “OK”**, o debilidad al intentar juntar la punta del pulgar con la punta del dedo índice.
- **Síntomas en el antebrazo o la mano que no mejoran** con reposo o cambios en las actividades, o debilidad que no se recupera tras varios meses.
- Un episodio breve de dolor en el hombro o el brazo seguido de debilidad en la mano; merece ser evaluado, ya que este patrón puede indicar un problema nervioso que es beneficioso identificar a tiempo.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. Estos síndromes merecen una lectura adicional debido a dos debates actuales que influyen en el tratamiento: un diagnóstico recientemente popular (síndrome del lacertus) cuyas pruebas de respaldo son realmente impresionantes, aunque escasas; y el problema del nervio interósseo anterior, que cada vez se considera que no se trata de una compresión en absoluto, lo cual implica que la descompresión probablemente no sea la solución.

LA AFECCIÓN QUE PROBABLEMENTE NO SE DEBA A COMPRESIÓN

El síndrome del nervio interóseo anterior produce una debilidad característica: la incapacidad de flexionar la punta del pulgar y el dedo índice, de modo que la señal de “OK” se transforma en una pinza; no hay entumecimiento, ya que esta rama nerviosa solo inerva músculos.

Durante mucho tiempo se creyó que se trataba de un nervio atrapado por una banda fibrosa, y se trató en consecuencia. La visión actual es distinta: **cada vez se considera más que se trata de una neuritis que, con frecuencia, se resuelve espontáneamente tras una observación prolongada** [1]. La evolución natural de la enfermedad **casi siempre conduce a una recuperación completa o casi completa, y no existen pruebas fiables de que la cirugía pueda modificar dicha evolución natural**; por ello, debe evitarse el tratamiento quirúrgico apresurado hasta que estudios de calidad demuestren que la intervención temprana mejora o acelera la recuperación [2].

Esta redefinición es importante, pues ambos modelos implican acciones opuestas. Si una banda fibrosa está comprimiendo el nervio, toda demora genera daño permanente y la liberación temprana resulta urgente. Si el nervio está inflamado, la cirugía añade una herida a un proceso que de por sí se recuperaría; la recuperación nerviosa se mide en meses, tiempo suficiente para que una intervención realizada al sexto mes parezca haber tenido éxito.

Las recomendaciones prácticas reflejan dicha incertidumbre en lugar de resolverla: la descompresión quirúrgica está indicada cuando los síntomas persisten más de **6 meses** en el síndrome del pronador, o al menos **12 meses** en el síndrome del nervio interóseo anterior [1].

EL SÍNDROME DEL PRONADOR ES UN DIAGNÓSTICO CONTROVERTIDO

El síndrome del pronador consiste en la compresión del nervio mediano en una zona más proximal, alrededor del codo, lo que provoca dolor en el antebrazo y entumecimiento en los dedos inervados por dicho nervio. Dado que estos síntomas sensoriales coinciden casi por completo con los del síndrome del túnel carpiano —mucho más frecuente y fácilmente confirmable mediante estudios de conducción nerviosa—, resulta difícil diferenciar ambos cuadros.

En la literatura médica se describe como un **diagnóstico controvertido**, siendo habitual el tratamiento no quirúrgico durante un período prolongado de aproximadamente **12 meses** [1]. Los signos que sugieren una afectación proximal en lugar de distal incluyen el entumecimiento en la palma, en la base del pulgar; este área es inervada por una rama que se separa del nervio *antes* de llegar al túnel carpiano, por lo que no se ve afectada en el síndrome del túnel carpiano. Además, se observa sensibilidad en el antebrazo y síntomas que aparecen al realizar rotaciones resistidas del antebrazo, en lugar de al mantener la muñeca en cierta posición durante la noche [3] [5].

SÍNDROME DEL LACERTUS: EL NOMBRE MÁS RECIENTE PARA UNA ESTRUCTURA CONOCIDA DESDE HACE TIEMPO

El lacertus fibrosus, una lámina fibrosa que se extiende desde el tendón del bíceps hasta la parte anterior del codo, siempre ha formado parte de la lista de estructuras capaces de comprimir el nervio mediano. Lo que ha cambiado recientemente es la afirmación de que merece ocupar un lugar destacado en dicha lista. Un grupo liderado por la cirujana de mano sueca Elisabet Hagert sostiene que muchas personas diagnosticadas con fatiga

no específica en el antebrazo, “torpeza manual” o cuyo tratamiento mediante liberación del túnel carpiano no surtió efecto, en realidad presentan compresión del nervio justo en este punto; este cuadro se conoce ahora ampliamente como **síndrome del lacertus** [6].

El diagnóstico es puramente clínico, ya que los estudios electrofisiológicos suelen ser normales en casos de compresión proximal del nervio mediano: se observa debilidad en tres músculos específicos inervados por dicho nervio (los flexores de la punta del pulgar y del dedo índice, así como un flexor de la muñeca), acompañada de sensibilidad al tacto directamente sobre el lacertus fibrosus [6]. El tratamiento propuesto consiste en una liberación quirúrgica breve bajo anestesia local, con el paciente plenamente consciente, de modo que se pueda volver a evaluar la fuerza muscular minutos después de seccionar la banda fibrosa. Los resultados reportados son sorprendentes: en la serie más grande publicada, 93 pacientes pasaron de una puntuación media de discapacidad (según la escala QuickDASH) de 53 antes de la cirugía a 8 inmediatamente después; la fuerza de agarre aumentó de 16 a 24 kg, y los trabajadores de oficina solían volver a sus labores en cuestión de días [7].

Estos resultados notables merecen ser analizados críticamente, y el escepticismo al respecto también ha sido documentado. Se ha observado que la sensibilidad al tacto sobre el lacertus fibrosus es frecuente incluso en personas completamente sanas: un estudio detectó este signo en 14 de 72 brazos sin síntomas (aproximadamente uno de cada cinco), lo cual resta valor diagnóstico a la sensibilidad por sí sola y hace que la comparación con el otro brazo resulte poco fiable [8]. Otros investigadores señalan que actualmente el término “síndrome del lacertus” se emplea para describir dos problemas distintos: la verdadera compresión nerviosa y un patrón de sobreuso muscular en la misma zona; por ello, este único nombre podría estar siendo utilizado de forma excesiva para abarcar ambos cuadros [9]. No existen ensayos aleatorizados, el seguimiento clínico en las series publicadas es breve, y un trastorno diagnosticado sin pruebas objetivas y tratado mediante una cirugía con retroalimentación inmediata es precisamente el escenario en el que los efectos de selección y placebo pueden distorsionar los resultados.

La postura equilibrada, que ya se refleja en esta página, es la siguiente: el lacertus fibrosus es una estructura real capaz de comprimir el nervio mediano; cuando se presenta el patrón específico de debilidad muscular y sensibilidad al tacto, una liberación quirúrgica dirigida constituye una intervención menor con una recuperación rápida. Tanto el entusiasmo como la duda forman parte de la literatura médica actual.

¿POR QUÉ LA PACIENCIA ESTÁ JUSTIFICADA Y NO ES SIMPLEMENTE UNA MEDIDA DE PRECAUCIÓN?

En ambas afecciones, el procedimiento recomendado es una observación prolongada, algo difícil de aceptar mientras persisten los síntomas. Hay dos razones que lo justifican.

La primera es la evolución natural de la enfermedad: en el síndrome del nervio interóseo anterior, la recuperación es el desenlace esperado sin necesidad de intervención [2]. La segunda es que el diagnóstico alternativo en casos de parálisis dolorosa de aparición súbita es la amiotrofia neuralgica, conocida como síndrome de Parsonage-Turner; se trata de una afección inflamatoria de los nervios que, por lo general, comienza con un dolor intenso en el hombro o el brazo que dura días o semanas, seguido de debilidad muscular a medida que el dolor disminuye [4]. Es una patología médica, no mecánica, y ninguna descompresión resulta eficaz para tratarla.

Por consiguiente, la aparición repentina de dolor intenso antes de la debilidad muscular es el rasgo más importante que debe describirse con precisión, pues desvía el diagnóstico probable del ámbito de la compresión nerviosa.

REFERENCIAS

- [1] Rodner CM, Tinsley BA, O'Malley MP. Síndrome del pronador y síndrome del nervio interóseo anterior. J Am Acad Orthop Surg. 2013;21(5):268-75. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-21-05-268>
- [2] Nzeako OJ, Tahmassebi R. Disfunción idiopática del nervio interóseo anterior. J Hand Surg Am. 2015;40(11):2277-8. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.07.021>
- [3] Balcerzak AA, Ruzik K, Tubbs RS, Konschake M, Podgórski M, Borowski A, et al. Cómo diferenciar el síndrome del pronador del síndrome del túnel carpiano: una comparación clínica exhaustiva. Diagnostics (Basel). 2022;12(10):2433. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12102433>
- [4] Stutz CM. Amiotrofia neuralgica: síndrome de Parsonage-Turner. J Hand Surg Am. 2010;35(12):2104-6. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.09.010>
- [5] Presciutti S, Rodner CM. Síndrome del pronador. J Hand Surg Am. 2011;36(5):907-9. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2011.02.014>
- [6] Hagert E. Diagnóstico clínico y tratamiento quirúrgico con anestesia local del atrapamiento del nervio mediano proximal en el codo: un estudio prospectivo. Hand (N Y). 2013;8(1):41-6. <https://doi.org/10.1007/s11552-012-9483-4>
- [7] Ahmad AA, Abdullah S, Thavamany AS, Tong CY, Ganapathy SS. Síndrome del lacertus: análisis de resultados tras la liberación del lacertus. J Hand Surg Glob Online. 2023;5(4):498-502. <https://doi.org/10.1016/j.jhsg.2023.03.001>
- [8] Fang J, Zhang LQ, Tang JB. Incidencia de sensibilidad local en el lacertus fibrosus en personas sanas. J Hand Surg Eur Vol. 2025;51(1):107-8. <https://doi.org/10.1177/17531934251346595>
- [9] Berezin PA, Zolotov AS. Síndrome del lacertus: un mismo término para dos patologías distintas. J Hand Surg Eur Vol. 2023;48(8):825-6. <https://doi.org/10.1177/17531934231170347>