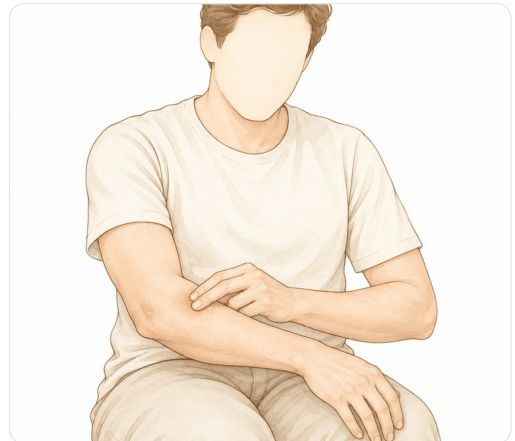


Síndrome del túnel radial

El síndrome del túnel radial provoca un dolor sordo en la parte externa superior del antebrazo, justo debajo 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 síntoma principal es el dolor en la parte externa del antebrazo, cerca del codo. Suele ser más intenso en un punto sensible situado unos pocos centímetros por debajo del bulto óseo en el exterior del codo. Presionar en ese punto suele doler. El dolor puede extenderse por la parte posterior del antebrazo hacia la muñeca.

Ciertos movimientos lo empeoran. Girar la palma hacia arriba contra resistencia, o extender el dedo medio contra resistencia, puede provocar el dolor. También puede hacerlo la actividad que carga el antebrazo de forma continuada. Muchas personas notan que el dolor se aviva después del trabajo o del deporte, más que en reposo.

Esta afección afecta a un nervio que inerva músculos y no la piel. Eso significa que es poco probable que tenga entumecimiento u hormigueo, y el propio nervio suele funcionar con normalidad. El problema es el dolor, no la debilidad ni la pérdida de sensibilidad.

En el día a día, el dolor tiende a aparecer en las tareas que exigen agarrar y girar. Levantar un hervidor, girar el pomo de una puerta, usar un destornillador o escurrir un paño pueden doler. Como el punto sensible está cerca de la parte externa del codo, esta afección se confunde a menudo con el codo de tenista, y ambos pueden darse a la vez.

No existe una única prueba que confirme esta afección. Su cirujano llega al diagnóstico a partir de su historia y de una exploración, buscando ese punto sensible concreto y el patrón de su dolor.

Esté atento a estas señales. Acuda a su médico de cabecera o solicite una valoración por parte de 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 el brazo. Acuda a urgencias el mismo día si el brazo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, o si la mano se vuelve pálida, fría, blanca o azulada. Si no puede contactar con la clínica fuera del horario de atención o durante el fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El dolor procede de un nervio, no de la propia articulación del codo. Un nervio es un cable que transmite señales entre el cerebro y los músculos. Una rama del nervio radial recorre la parte externa del antebrazo, pasando junto al codo, para inervar los músculos que extienden la muñeca y los dedos.

A lo largo de ese tramo, varias estructuras distintas quedan muy cerca del nervio. El borde de un músculo, una banda fibrosa o un pequeño grupo de vasos sanguíneos que lo cruzan pueden, cada uno, presionarlo. No se trata de un único paso estrecho. Se parece más a un sendero con varios posibles puntos de pinzamiento a lo largo del camino, cualquiera de los cuales puede apretar el cable que discurre a su lado.

Cuando una de esas estructuras presiona el nervio, este se irrita y duele. Por eso el dolor se localiza en un punto sensible por debajo del bulto óseo en el exterior del codo, y por eso girar la palma hacia arriba o extender el dedo medio contra resistencia lo empeora. Esos movimientos tiran de los músculos que inerva este nervio, y el nervio irritado se queja.

El nervio sigue funcionando, de modo que los músculos siguen trabajando y usted no nota entumecimiento ni hormigueo. El problema es la irritación y el dolor, no la pérdida de señal. Como el punto doloroso está tan cerca de la parte externa del codo, el dolor se confunde fácilmente con el codo de tenista, que afecta a un tendón de la misma zona. Ambos pueden incluso darse a la vez.

¿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 su brazo y solicitamos pruebas de imagen si van a ser útiles. Para esta afección, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico, y consideramos la cirugía cuando este no ha dado una mejoría suficiente.

El primer paso es cambiar la forma en que usa el brazo. Reducir las tareas de agarre y giro que avivan el dolor da al nervio irritado la oportunidad de calmarse. La terapia de mano tiene como objetivo calmar el dolor y reconstruir su tolerancia a la carga en el antebrazo, para que el trabajo y las tareas cotidianas vuelvan a resultar cómodos. Le pedimos que dé a esto una oportunidad razonable antes de pensar en cualquier otra cosa.

Los analgésicos y los antiinflamatorios pueden ayudarle a superar una crisis de dolor. Calman el dolor mientras las demás medidas surten efecto. No resuelven la presión sobre el propio nervio.

Si el tratamiento no quirúrgico no ha dado una mejoría suficiente, la cirugía es una opción. La operación se llama liberación del túnel radial. Consiste en liberar el nervio en cada uno de los lugares donde una estructura cercana lo está presionando. Antes de recomendarla, comprobamos con cuidado dónde se está comprimiendo el nervio, para que la operación se dirija al punto correcto y altere el menor tejido circundante posible. Como el diagnóstico se basa en su historia y en la exploración, y no en una prueba clara, consideramos la decisión de

operar como una decisión compartida, que tomamos juntos una vez que usted entiende lo que la cirugía puede y no puede resolver.

Qué esperar

En la mayoría de las personas, esta afección no daña el nervio. El nervio sigue funcionando, de modo que los músculos siguen trabajando y usted no pierde sensibilidad. El problema es el dolor, y el dolor de un nervio irritado puede tardar mucho tiempo en calmarse. Rara vez desaparece de un día para otro, y a menudo se aviva con las tareas de agarre y giro antes de remitir.

Para ser sinceros, esta afección es difícil de predecir. Algunas personas mejoran con reposo, cambios en las actividades y terapia de mano. Otras siguen teniendo dolor a pesar de un buen tratamiento no quirúrgico. No existe una prueba fiable que confirme el diagnóstico, lo que hace más difícil saber de antemano en qué grupo estará usted. Lo que sí podemos decir es que el dolor tiende a ir y venir según cuánto cargue el antebrazo, en lugar de aumentar de forma constante.

Si el tratamiento no quirúrgico funciona, el dolor disminuye gradualmente a lo largo de semanas o meses, a medida que el nervio se irrita menos. Lo esperable es que primero le resulten menos dolorosas las tareas cotidianas, como levantar un hervidor o girar el pomo de una puerta, antes de que el trabajo más pesado vuelva a sentirse normal. Si se opera después de que el tratamiento no quirúrgico no haya ayudado lo suficiente, la recuperación también es gradual y no inmediata, y algunas personas siguen teniendo algo de dolor después.

Si no se trata la afección, puede calmarse por sí sola, pero también puede persistir o seguir avivándose cada vez que vuelva a las tareas que la agravan. No hay forma de saber de antemano qué ocurrirá. Lo que suele importar es dar al tratamiento una oportunidad razonable y no forzar a pesar de un dolor que no se calma.

Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar el brazo, acuda a su médico de cabecera o solicite una valoración por parte de un especialista. Acuda a urgencias el mismo día si el brazo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, o si la mano se vuelve pálida, fría, blanca o azulada. Si no puede contactar con la clínica fuera del horario de atención o durante el fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Las señales de alarma de esta afección tienen que ver con un dolor que no se calma, no con un peligro. Acuda a su médico de cabecera o solicite una valoración por parte de un especialista si el dolor del antebrazo no se ha calmado tras una prueba razonable de reposo y cambios en las actividades, o si sigue impidiéndole trabajar o usar el brazo. Consulte más pronto que tarde si el punto sensible por debajo de la parte externa del codo es un rasgo destacado, o si girar la palma hacia arriba o extender el dedo medio contra resistencia le provoca el dolor de forma constante. Estos patrones apuntan a esta afección más que al codo de tenista, y merece la pena aclararlos bien.

Esta afección no suele dañar el nervio, por lo que una debilidad repentina de la muñeca o de los dedos no forma parte típica de ella. Si nota una debilidad nueva al extender la muñeca, los dedos o el pulgar, solicite sin demora una valoración por parte de un especialista en lugar de esperar, porque ese patrón sugiere un problema nervioso distinto que se valora con sus propios plazos.

Acuda a urgencias el mismo día si el brazo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, o si la mano se vuelve pálida, fría, blanca o azulada. Si no puede contactar con la clínica fuera del horario de atención o durante el 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 terapéuticas. El síndrome del túnel radial merece ser leído con atención, aunque sea por una razón desagradable: se trata de la afección en esta zona con la base de evidencia más débil; no existe ninguna prueba que la confirme, y conocer abiertamente el grado de incertidumbre debe formar parte de cualquier decisión quirúrgica.

NO EXISTE UNA PRUEBA CONFIRMATORIA

La mayoría de las compresiones nerviosas pueden demostrarse. El síndrome del túnel carpiano provoca una disminución en la conducción nerviosa a nivel de la muñeca; el síndrome del túnel cubital, a nivel del codo. En cambio, el síndrome del túnel radial, por lo general, no presenta este fenómeno: la rama nerviosa afectada inerva músculos y no piel, por lo que no hay entumecimiento que pueda localizarse; además, los estudios de conducción nerviosa suelen ser normales.

Por consiguiente, el diagnóstico se basa en el patrón de dolor, en la sensibilidad al tacto a unos pocos centímetros distal al epicóndilo lateral (no justo sobre él) y en la respuesta al bloqueo anestésico local. Cada uno de estos signos resulta sugestivo, pero ninguno es concluyente. Revisiones recientes señalan **la controversia persistente en torno al diagnóstico y los resultados** [1].

La consecuencia práctica es una alta tasa de confusión con el codo de tenista, que se localiza justo al lado y puede coexistir con el síndrome del túnel radial. El “codo de tenista” crónico que no responde a un tratamiento adecuado constituye una de las situaciones más frecuentes en las que finalmente se sospecha del síndrome del túnel radial.

LA EVIDENCIA SOBRE SU TRATAMIENTO ES REALMENTE ESCASA

Una revisión sistemática de las distintas intervenciones reveló **una tendencia a pensar que la descompresión quirúrgica podría ser efectiva**; además, el hallazgo más destacado es que **la eficacia de los tratamientos conservadores es desconocida, ya que para la mayoría de ellos no existen estudios en absoluto** [2].

Esta no es la típica formulación de “la evidencia es limitada”. En el caso de la mayoría de los tratamientos quirúrgicos disponibles para esta afección, simplemente no se han realizado estudios. Las revisiones actuales siguen recomendando el tratamiento no quirúrgico como primera opción; la descompresión quirúrgica se considera una alternativa viable para casos refractarios [1]. Este orden de prioridades refleja una prudencia razonable, más que una superioridad demostrada de alguna opción sobre las demás.

QUÉ IMPLICA ESTO A LA HORA DE TOMAR UNA DECISIÓN

Se derivan dos consecuencias, que van en direcciones opuestas.

En contra de la cirugía temprana: no se puede confirmar el diagnóstico, por lo que la operación podría estar realizándose para descomprimir un nervio que no es el causante del problema. Cuando la descompresión falla, a menudo resulta imposible determinar si la intervención fue insuficiente o si el diagnóstico estaba equivocado.

Para considerar la cirugía en el paciente adecuado: tampoco existen bases científicas que respalden las alternativas; por lo tanto, la espera no es la opción respaldada por la evidencia como muchos suponen. Simplemente es la opción de menor riesgo.

La postura razonable es que, aquí más que en ningún otro punto de este sitio, un diagnóstico fiable es fundamental: se requiere una historia clínica coherente, un examen que localice el problema en el túnel radial y no en el epicóndilo, estudios de imagen que descarten la presencia de una lesión ocupante de espacio, y, a ser posible, una respuesta convincente al bloqueo diagnóstico antes de llevar a cabo una intervención irreversible.

UN PROBLEMA RELACIONADO PERO DISTINTO

La **parálisis** del nervio interóseo posterior, caracterizada por debilidad en la extensión de los dedos y el pulgar en lugar de dolor, constituye una entidad clínica distinta con un manejo más definido. Cuando las imágenes no revelan ninguna lesión compresiva, se debe intentar primero el tratamiento conservador; la cirugía queda reservada para casos en que se confirme la existencia de dichas lesiones o cuando el tratamiento conservador fracase [3]. En ausencia de lesiones que ocupen espacio, resulta recomendable optar por un manejo no quirúrgico; se aconseja realizar una exploración quirúrgica si **no se observan signos de recuperación muscular tras 6 semanas** de seguimiento, o si la debilidad progresa [4].

Estos son umbrales concretos, y su existencia ilustra claramente la diferencia: cuando el nervio deja de funcionar visiblemente, la literatura médica indica qué hacer y cuándo hacerlo. Cuando solo hay dolor, no puede hacerlo.

REFERENCIAS

- [1] Wolf JM, Patel R, Ghosh K. Síndrome del túnel radial: revisión y mejores evidencias. J Am Acad Orthop Surg. 2023;31(15):813-9. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-23-00314>
- [2] Huisstede B, Miedema HS, van Opstal T, de Ronde MT, Verhaar JA, Koes BW. Intervenciones para el tratamiento del síndrome del túnel radial: una revisión sistemática de estudios observacionales. J Hand Surg Am. 2008;33(1):72.e1-72.e10. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2007.10.001>
- [3] McGraw I. Parálisis espontánea aislada del nervio interóseo posterior: revisión de su etiología y tratamiento. J Hand Surg Eur Vol. 2018;44(3):310-6. <https://doi.org/10.1177/1753193418813788>
- [4] Sigamoney KV, Rashid A, Ng CY. Tratamiento de la parálisis no traumática del nervio interóseo posterior. J Hand Surg Am. 2017;42(10):826-30. <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2017.07.026>