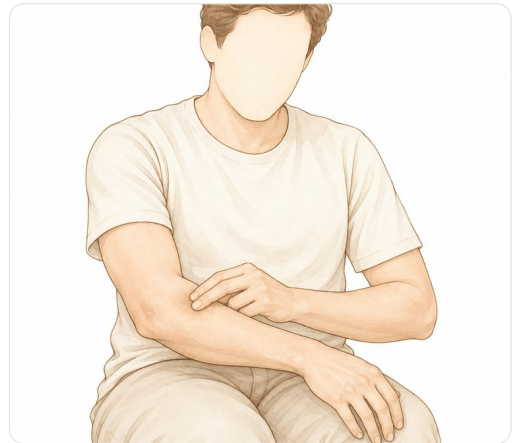


Síndrome del túnel radial

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 síndrome del túnel radial provoca un dolor profundo en la parte externa del codo y del antebrazo. El punto doloroso suele encontrarse a unos 3 a 5 centímetros por debajo del bulto óseo en el exterior del codo; presionar allí genera más dolor que en cualquier otro lugar.

El dolor tiende a intensificarse con la actividad. Girar la palma de la mano hacia arriba, girar el antebrazo, o agarrar y levantar objetos pueden empeorarlo. El dolor puede extenderse hacia la parte posterior del antebrazo y la muñeca. El descanso suele aliviarlo, pero el dolor suele reaparecer la próxima vez que realice la misma tarea.

Las tareas diarias que requieren giros o agarres repetidos pueden volverse difíciles. Girar un destornillador, abrir un frasco, usar un martillo o retorcer un paño húmedo pueden desencadenar el dolor. Algunas personas lo notan más después de trabajar o hacer deporte, en lugar de durante la actividad en sí.

A diferencia de otros problemas nerviosos en la zona del codo y la muñeca, este síndrome generalmente no causa entumecimiento ni hormigueo; el nervio sigue funcionando con normalidad. Esta es una de las razones por las que la afección puede resultar confusa: el dolor es real, pero los exámenes de función nerviosa suelen dar resultados normales.

El nombre del síndrome resulta algo engañoso: el túnel radial no es un pasaje estrecho y único, sino una zona a lo largo del trayecto del nervio radial donde varias estructuras pueden ejercer presión sobre él. Entre ellas se incluyen el borde de un músculo, una banda fibrosa y pequeños vasos sanguíneos que cruzan el nervio. La presión en cualquiera de estos puntos puede provocar el mismo dolor profundo.

Dado que otras afecciones también pueden causar dolor similar en la parte externa del codo, su cirujano examinará detenidamente dónde se localiza el dolor y qué lo desencadena. Un diagnóstico correcto es fundamental, pues el tratamiento varía según la causa.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El nervio radial desciende por el brazo y pasa junto al codo de camino a la mano. Justo debajo del codo, se divide en dos ramas: una transmite la sensibilidad a la parte dorsal de la mano; la otra, llamada nervio interóseo posterior, transmite las señales que mueven la muñeca y los dedos, además de las fibras nerviosas que transmiten el dolor desde la articulación de la muñeca.

A lo largo de este tramo del nervio hay varias estructuras cercanas: el borde de un músculo, una banda fibrosa resistente y pequeños vasos sanguíneos que cruzan el nervio; cada una de ellas puede ejercer presión sobre él. Cualquiera de estos puntos de presión puede provocar ese dolor profundo que se siente en la parte externa del codo.

Los nervios están diseñados para deslizarse. Cuando se dobla o estira el codo, o se gira el antebrazo, el nervio se desplaza ligeramente para seguir el movimiento. Si algo impide ese deslizamiento, el nervio queda sometido a tracción cada vez que se realiza un giro o un agarre. Esta tracción repetida lo irrita, y esa irritación se percibe como dolor.

Esta afección es poco común entre los problemas nerviosos: el nervio sigue funcionando con normalidad, por lo que la fuerza y la sensibilidad de la mano permanecen intactas, y los estudios nerviosos arrojan resultados normales. Lo afectado es un conjunto de fibras nerviosas encargadas de transmitir el dolor; por eso el síntoma principal es un dolor profundo, no entumecimiento ni debilidad.

Dado que los puntos de presión se localizan cerca de la parte externa del codo, esta afección suele confundirse con el codo de tenista, que es un desgaste en los tendones del antebrazo al unirse al hueso. Ambas condiciones pueden incluso coexistir. La diferencia es importante, pues los tratamientos difieren. Su cirujano evaluará el punto exacto de dolor y el comportamiento de sus síntomas para distinguirlas.

En la mayoría de los casos, la afección mejora sin necesidad de cirugía: primero se recomiendan reposo, cambios en las actividades y otros tratamientos no quirúrgicos. La cirugía para aliviar la presión se reserva para aquellos casos que no mejoran a pesar de estas medidas.

¿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 primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su codo y solicitamos estudios de imagen si resultan útiles. Las radiografías simples suelen ser el primer examen. Una resonancia magnética puede confirmar si hay presión sobre el nervio y descartar otras causas del dolor.

Para esta afección, el tratamiento no quirúrgico es lo primero. Normalmente comenzamos con el reposo y con cambios en las actividades que desencadenan el dolor; eso podría implicar reducir temporalmente las torsiones repetidas, el agarre o el levantamiento de pesas. La fisioterapia tiene como objetivo calmar la irritación y

permitir que el nervio se desplace sin sufrir tracción. El uso de férulas en la muñeca también puede formar parte de este tratamiento inicial. Probamos estas medidas durante un tiempo razonable antes de considerar cualquier otro enfoque.

No utilizamos inyecciones para esta condición, por lo que no le ofreceremos inyecciones de cortisona ni similares. Los analgésicos y antiinflamatorios de venta libre, aquellos que se pueden adquirir en la farmacia, pueden ayudar a aliviar el dolor mientras las demás medidas surten efecto; sin embargo, solo tratan los síntomas, no la causa.

La cirugía se considera cuando el dolor persiste a pesar de haber aplicado adecuadamente el tratamiento no quirúrgico. La intervención se denomina liberación del túnel radial; consiste en localizar cada punto a lo largo del nervio donde alguna estructura ejerce presión y liberar dicha presión, sin afectar el riego sanguíneo del nervio. Dado que pueden existir varios puntos de presión, se examina y libera toda la extensión del nervio. Analizaremos juntos si la cirugía es adecuada para usted y tomaremos la decisión en conjunto.

Qué esperar

En la mayoría de las personas, esta afección evoluciona de forma lenta y persistente, en lugar de aparecer de repente. El dolor suele disminuir con el reposo, pero reaparece al realizar las mismas actividades; por eso puede ir y venir durante meses si se siguen realizando las tareas que lo desencadenan. En primer lugar se recomienda el tratamiento no quirúrgico, y en muchos casos esto produce mejoría. Si el dolor persiste a pesar de haber aplicado dichas medidas, la cirugía para aliviar la presión es una opción en casos resistentes al tratamiento conservador.

La recuperación tras una irritación nerviosa lleva tiempo. Los nervios sanan lentamente, por lo que la mejoría suele observarse a lo largo de semanas o meses, no en días. Es posible que primero note que el dolor profundo disminuye; posteriormente, al disiparse la irritación, girar la muñeca, agarrar objetos o levantar peso resultará más cómodo. Algunas personas mejoran de forma constante; otras, en cambio, siguen sintiendo dolor o este vuelve cuando retoman las mismas actividades repetitivas. Es importante fijarse metas realistas, pues el objetivo es contar con un brazo funcional y cómodo, no garantizar la ausencia total de dolor.

Tras la cirugía, en la que se liberan los puntos de presión, muchas personas experimentan un alivio duradero del dolor. No obstante, la cirugía no es efectiva para todos; algunas personas siguen sintiendo dolor o lo vuelven a experimentar posteriormente. Tampoco existe un único factor que explique todos los casos, motivo por el cual los resultados varían. Si no se trata la afección y se continúan realizando las mismas actividades, el dolor suele persistir o reaparecer, en lugar de desaparecer por sí solo.

Existe otro problema distinto: cuando la rama nerviosa encargada de mover la muñeca y los dedos sufre una presión lo suficientemente fuerte como para afectar sus señales. En este caso, puede aparecer debilidad en la muñeca y los dedos; si esto ocurre tras una operación cercana, normalmente mejora en un plazo de 3 meses, y a más tardar en 5 meses. Su cirujano le indicará si este es su caso, ya que el pronóstico y el plan de tratamiento difieren de los de la afección que solo provoca dolor.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si experimenta un dolor profundo en la parte externa del codo que se repite con frecuencia; en particular, si hay un punto sensible a la presión situado a unos 3–5 centímetros por debajo del bulto óseo, y si girar el antebrazo empeora el dolor. Solicite una valoración especializada si el dolor persiste tras un período razonable de reposo y cambios en las actividades, o si le impide seguir trabajando. Por lo general, esta afección no provoca entumecimiento, hormigueo ni debilidad; sin embargo, si estos síntomas aparecen, infórmelo a su médico, pues indican la posibilidad de otro problema nervioso que requiere evaluación urgente.

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 fracasa, 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>