

Liberación del túnel cubital

El nervio ulnar que atraviesa el túnel cubital en la parte interna del codo, liberado mediante descompresión quirúrgica.

Mcstrother / Wikimedia Commons, CC BY 3.0



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

Este protocolo le servirá de guía durante su recuperación tras la liberación quirúrgica del nervio cubital en el codo (liberación del túnel cubital) realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Explica qué esperar, las precauciones a tomar durante las primeras semanas y los ejercicios que favorecen el deslizamiento libre del nervio mientras todo se asienta. Lleve esta página o su versión en PDF a su fisioterapeuta o terapeuta de mano para garantizar una rehabilitación coordinada. Su terapeuta podrá ajustar el plan según el progreso de su recuperación.

Si tiene alguna duda respecto a la herida quirúrgica, no dude en contactar con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su evaluación.

Dos tipos de operación, dos procesos de recuperación ligeramente distintos. Existen dos formas principales de liberar el nervio cubital; el tipo de intervención que haya recibido determinará las precauciones iniciales:

- *Descompresión in situ (simple): el nervio se libera en su posición original, sin moverlo. Esta es la técnica estándar que aplica el Dr. Hirpara, y la recuperación es rápida: se permite un movimiento completo y suave del codo desde el principio. No se utiliza ningún dispositivo ortopédico rígido.*
- *Transposición anterior (submuscular): el nervio se desplaza y vuelve a colocar en una posición más protegida, delante del codo. Esta técnica se emplea únicamente en casos poco frecuentes en que el nervio sufre subluxación o dislocación sobre el epicóndilo medial al flexionar el codo. En este caso, se requiere una fase inicial más cuidadosa: durante las primeras semanas se debe evitar la flexión y extensión máxima del codo mientras el nervio y los tejidos blandos se asientan en su nueva posición. Para mayor comodidad, se puede usar un cabestrillo sencillo.*

Siga las indicaciones que se detallan a continuación según el tipo de operación que haya tenido: descompresión in situ en la mayoría de los casos, y transposición cuando el nervio presentaba inestabilidad.

Qué esperar

Para el manejo de heridas, hinchazón y cicatrices, consulte la guía de [cuidado de heridas](#) del consultorio.

El objetivo de la cirugía es aliviar la presión sobre el nervio cubital (el nervio que proporciona sensibilidad a los dedos meñique y anular, y que controla muchos de los pequeños músculos de la mano). Una vez que se elimina dicha presión, el nervio comienza a recuperarse; sin embargo, la regeneración nerviosa es un proceso lento.

La rapidez con la que mejoran sus síntomas depende en gran medida de cuánto tiempo estuvo el nervio comprimido y cuán irritado se encontraba antes de la cirugía. Las sensaciones de hormigueo o cosquilleo suelen desaparecer primero, a veces en cuestión de días o semanas. La entumecimiento y la fuerza de la mano tardan más en mejorar (con frecuencia meses), y el resultado final puede seguir mejorando hasta un año o más después de la operación. En casos donde el nervio estuvo muy irritado durante mucho tiempo, es posible que parte de la entumecimiento o debilidad no se recupere por completo; en tales situaciones, el objetivo de la cirugía es impedir que la situación empeore y brindar al nervio la mayor oportunidad de recuperación.

Al comparar ambas técnicas quirúrgicas, revisiones exhaustivas de los ensayos publicados han demostrado que la descompresión simple in situ y la transposición anterior arrojan resultados globales similares; no obstante, la descompresión simple tiende a presentar menos complicaciones en la herida y en los tejidos blandos [1][2]. Su cirujano decidirá cuál de las dos opciones es la más adecuada según el estado de su nervio y de su codo.

Precauciones y limitaciones

Se recomienda un uso funcional moderado de la mano para tareas cotidianas como el aseo personal, la alimentación, vestirse, escribir y teclear, desde el principio y siempre dentro de lo que resulte cómodo.

Las limitaciones iniciales dependen del tipo de operación que haya tenido:

- **Tras una descompresión in situ (operación habitual):** se recomienda realizar movimientos suaves y completos del codo, antebrazo, muñeca y mano desde el inicio, para favorecer el deslizamiento del nervio. No se utiliza ningún dispositivo ortopédico. Durante las primeras seis semanas, se debe limitar el levantamiento de pesos, el agarre y la carga de peso con el brazo; posteriormente se irá aumentando gradualmente.
- **Tras una transposición anterior (solo si el nervio era inestable):** durante las primeras semanas se protege el codo; se debe evitar forzarlo hasta quedar completamente flexionado o extendido, así como mantenerlo flexionado durante largos periodos, mientras el nervio se asienta en su nueva posición. Se puede usar un cabestrillo sencillo únicamente para mayor comodidad. Los ejercicios de deslizamiento nervioso comienzan un poco más tarde que tras una descompresión simple (generalmente a las dos o tres semanas). Al igual que tras una descompresión in situ, se mantienen el levantamiento de pesos y la resistencia a niveles bajos durante las primeras seis semanas, para luego aumentarlos gradualmente.

Como guía general, el levantamiento de pesos y los ejercicios de fortalecimiento con resistencia deben mantenerse a niveles bajos hasta aproximadamente la sexta semana, momento a partir del cual se irán incrementando gradualmente [3][4].

Apoyarse en el codo (dejar que el codo repose sobre una superficie dura) ejerce presión directamente sobre el nervio, por lo que debe evitarse mientras este se recupera.

Una vez cicatrizada la herida, el masaje de la cicatriz ayuda a mantener la piel y los tejidos flexibles sobre el nervio. En la página de [cuidado de la herida](#) encontrará más información sobre el manejo de cicatrices.

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto; deben realizarse tal como se describe en cada ficha.

Comience bajo la orientación del Dr. Hirpara y su terapeuta: la fecha de inicio de los ejercicios de deslizamiento nervioso y cualquier límite en el rango de movimiento del codo dependen del tipo de operación que haya tenido.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto. Comience a realizarlos únicamente bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta especializado, respetando siempre los rangos y límites que se le hayan indicado. Los deslizamientos del nervio cubital son especialmente importantes: permiten que el nervio se desplace en su nueva posición en lugar de formar cicatrices; estos ejercicios deben iniciarse desde el principio. El flexión, extensión del codo y la rotación del antebrazo evitan la rigidez del codo; los movimientos de muñeca y dedos, por su parte, mantienen el resto de la función motora. Evite permanecer mucho tiempo con el codo completamente flexionado, ya que esto es lo que, en primer lugar, irrita el nervio. Interrumpa cualquier ejercicio que provoque dolor agudo o como descargas eléctricas a lo largo del antebrazo, hacia el dedo meñique y el anular.

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

La mayoría de las personas regresan a trabajos de oficina o actividades ligeras en el transcurso de una o dos semanas; en cambio, para trabajos más pesados, repetitivos o manuales suele ser necesario esperar entre cuatro y ocho semanas. Estará listo para realizar una tarea específica cuando la herida soporte el contacto y la presión que esta implica, y cuando pueda ejecutarla cómodamente respetando las precauciones mencionadas. Si su trabajo es físicamente exigente, implica apoyarse en el codo o el uso de herramientas vibratorias, hágalo saber en su revisión postoperatoria para que se elabore un plan adecuado (incluyendo posibles modificaciones en sus tareas).

Por lo general, se puede volver a conducir al cabo de dos o tres semanas, una vez que se haya retirado el cabestrillo y pueda controlar el vehículo y reaccionar ante emergencias sin sentir dolor. El regreso a deportes y actividades que requieran levantar los brazos suele ocurrir alrededor de las seis a doce semanas.

La recuperación del nervio sigue su propio cronograma, más lento. El hormigueo suele desaparecer primero, en cuestión de días o semanas; en cambio, la entumecimiento y la fuerza continúan mejorando durante varios meses, pudiendo seguir progresando hasta aproximadamente un año. En casos donde el nervio estuvo muy comprimido durante mucho tiempo, es posible que parte de la entumecimiento o debilidad no se recupere por completo; en tales situaciones, la cirugía tiene como objetivo impedir que la situación empeore.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo complementa las recomendaciones generales de recuperación de la consulta: consulte [manejo del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [conceptos básicos de la terapia de la mano](#). El plan por fases descrito anteriormente se ajusta a la evidencia científica publicada sobre la descompresión del nervio cubital en el codo; su recuperación continua será guiada individualmente por su fisioterapeuta o terapeuta de la mano, según la evolución de su nervio y de su codo.

Referencias

[1] Said J, Van Nest D, Foltz C, et al. Descompresión in situ del nervio ulnar versus transposición para el síndrome idiopático del túnel cubital: un metaanálisis actualizado. J Hand Microsurg. 2019;11(1):18–27. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6431285/> [2] Macadam SA, Gandhi R, Bezuhly M, Lefaivre KA. Descompresión simple versus transposición subcutánea anterior y submuscular del nervio ulnar para el síndrome del túnel cubital: un metaanálisis. J Hand Surg Am. 2008;33(8):1314.e1–12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18929194/> [3] Caliendo P, La Torre G, Padua R, Giannini F, Padua L. Tratamiento de la neuropatía ulnar en el codo. Cochrane Database Syst Rev. 2016;11:CD006839. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006839.pub4/full> [4] Andrews K, Rowland A, Pranjali A, Ebraheim N. Síndrome del túnel cubital: anatomía, presentación clínica y tratamiento. J Orthop. 2018;15(3):832–836. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6082832/>