

## Caso clínico de síndromes compresivos

Jorge F Clifton Correa,\* Ana Fernanda Espinosa de los Monteros Kelley,\*\* Leonardo López Almejo\*\*\*

### RESUMEN CLÍNICO

Paciente femenino de 56 años de edad, con obesidad exógena grado II y antecedentes de cáncer de mama desde hace 14 años, manejada con mastectomía y radioterapia, además de hipertensión esencial desde 2008 e hipertensión arterial pulmonar en tratamiento con cardiólogo. Antecedentes quirúrgicos: refirió dos cesáreas y cuatro liberaciones del nervio mediano y nervio cubital a nivel del túnel del carpo y canal de Guyón izquierdos.

Inició su padecimiento en 2006, presentando dolor nocturno y parestesias en la mano izquierda, predominantemente en los dedos del primero al tercero. Fue evaluada clínicamente y se le realizó un estudio electromiográfico que reportó latencias de nervio mediano normales y de cubital disminuidas (*Figura 1*). Se le aplicó procedimiento quirúrgico con liberación de nervio mediano y cubital en la muñeca en el mismo año, sin mostrar mejoría de sus síntomas.

En 2007 se efectuó imagen de resonancia magnética (IRM), en la cual se identifica la fibrosis en zona del carpo, así como el «engrosamiento» del ligamento anular (*Figura 2*). Posteriormente, en el 2008, al continuar con sintomatología en mayor grado es evaluada clínicamente y se solicitó estudio electromiográfico, en el cual se reportó nuevamente daño a nivel del nervio mediano, de tipo desmielinización (*Figura 3*), por lo que se realizó cirugía de revisión en muñeca en túnel del carpo y canal de Guyón, sin mejoría.

La paciente refiere continuar con dolor y parestesias más perdida de la fuerza de la mano izquierda, siendo evaluada nuevamente en el año 2010; se efectúa nueva electromiografía que reporta neuropatía cubital en el segmento del carpo tipo desmielinización segmentaria predominante, con afección mayor de la rama sensorial cubital, indicando normalidad en nervio mediano bilateral (*Figura 4*). Se le realiza nuevamente procedimiento quirúrgico para exploración y liberación de nervio mediano y cubital.

\* Cirujano de mano y nervio periférico. Director del Grupo Mielina México.

\*\* Cirujano de mano y nervio periférico. Grupo Mielina México.

\*\*\* Cirujano de mano y nervio periférico. Grupo Mielina Aguascalientes.

Dirección para correspondencia:

Dr. Jorge F Clifton Correa

Av. Terranova Núm. 556 Col. Providencia, Guadalajara, Jalisco. 44670, México.

Correo electrónico: jcclif\_2000@yahoo.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/orthotips>

La paciente continúa sin mejoría; incluso la sintomatología se ve aumentada, máxime al observar la disminución de la fuerza de forma importante, al grado de presentar caída de objetos de la mano y pérdida de la prensión con la mano izquierda, por lo que se le solicitó nuevamente electromiografía en el año 2013, en la cual se reportaron datos de axonotmesis del nervio mediano a nivel del carpo/media palma, así como del nervio cubital a nivel del carpo/mano. También neuropatía de tipo sensorial importante del nervio mediano con datos de cronicidad (*Figura 5*).

La sintomatología principal de la paciente era disminución severa de la fuerza de la mano izquierda, sobre todo en el pulgar, así como entumecimiento de la punta digital del pulgar, del segundo y tercer dedo y dolor nocturno.

En junio de 2013 es enviada a la Clínica del Dolor para apoyo en su manejo. También a la Unidad de Psiquiatría para apoyo con terapia cognitivo-conductual,

**Interpretation and Conclusion:**  
Se realiza estudio de EMG del MTIq, con VNCM del mediano y cubital, onda F y electrodo de aguja de los músculos cubital, y oponente del menique.  
Se encuentran las latencias dentro de límites normales del mediano izq, cubital se encuentra con retrazo de la latencia distal, y disminución de la amplitud en forma importante del cubital.  
Las latencias sensoriales se encuentran con retrazo de la VNCS del cubital segmento carpo/codo., de baja amplitud, el mediano es normal.  
La onda F de cubital retrazada, y con dispersión temporal.  
Electrodo de aguja:  
Inserción, disminuida.  
Actividad, con Paums de morfología neuropática, reclutamiento disminuido del cubital en un 40%, patrón de interferencia incompleto, ondas sostenidas de fasiculación abd corto del pulgar se encuentran reclutamiento completo., patrón de interferencia completo.  
Reposo, ondas positivas de baja amplitud, en oponente del menique.

*Figura 1. Conclusión de la electromiografía en 2006.*

SE IDENTIFICAN CAMBIOS POSTQUIRURGICOS EN LA CARA ANTERIOR DE LA MUÑECA IZQUIERDA CON ENGROSAMIENTO Y RETRACCION DE LA PIEL EN EL SITIO DE ACCESO QUIRURGICO. EL LIGAMENTO ANULAR DEL CARPO EN SU PORCIÓN CUBITAL SE OBSERVA ENGROSADO AL PARECER POR FIBROSIS QUE SE EXTIENDE DESDE EL LIGAMENTO HASTA LA APOFISIS UNIFORME DEL HUESO GANCHOSO ENGLOBANDO Y ATRAPANDO AL NERVIO MEDIANO EN EL INTERIOR DE LA FIBROSIS. LOS HUESOS DEL CARPO Y LA EPIFISIS DISTAL DEL RADIO Y CUBITO SE OBSERVAN DE MORFOLOGIA E INTENSIDAD DE SEÑAL NORMAL. LOS TENDONES FLEXORES DE MORFOLOGIA NORMAL CON LA GRASA PERITENDINOSA QUE LOS DELIMITA CORRECTAMENTE.

*Figura 2. Interpretación de la resonancia magnética en 2007.*

[www.mediographic.org.mx](http://www.mediographic.org.mx)

**Conclusion:** Con los hallazgos encontrados en el presente estudio se corrobora la desmielinización y dispersión temporal del mediano derecho, Electromiograma; datos de inestabilidad de membrana.  
El estudio es compatible con una Neuropatía del mediano Derecho incipiente.

*Figura 3. Interpretación de la electromiografía en 2008.*

CONCLUSION HALLAZGOS NEUROPATHIA CUBITAL SEGMENTO CARPO/CODO TIPO DESMYELINIZACION SEGMENTARIA PREDOMINANTE Y DEGENERACION AXONAL SECUNDARIA ,ADEMAS NEUROPATHIA DEL CUBITAL EN CANAL DEL GUYON, AFECCION MAYOR RAMA SENSORIAL, SOLO 2 UNIDAD MOTORES EN OPONENTE DEL MENIQUE Y REINERVACION PRIMER INT DORSAL. EL ABD DEL MENIQUE DERECHO NO TIENE ACTIVIDAD .

LOS NERVIOS CUBITA DERECHO, RADIAL ,MEDIANO BILATERAL NORMALES.

**Figura 4.** Interpretación de la electromiografía en 2010 indicando normalidad en el nervio mediano bilateral.

**Interpretación del Consultorio:**  
CON LOS HALLAZOS ENCONTRADOS EN EL PRESENTE ESTUDIO SE CORROBORAN DATOS DE: AXONOMÍESIS DEL MEDIANO SEGMENTO DE CARPO MEDIA PALMA., CUBITAL SEGMENTO DEL CARPOMANO., NEUROPATHIA DE TIPO SENSORIAL IMPORTANTE DEL MEDIANO; ELECTROMIOGRAMA ANORMAL, CON DATOS DE CRONICIDAD DE SU PADECIMIENTO.

**Figura 5.** Interpretación de la electromiografía en 2013.

según nota de envío, no mostrando mejoría de sus síntomas, razón por la cual se solicita evaluación por médico con especialidad en mano y en nervio.

Los datos de mayor importancia en la exploración física fueron: una cicatriz quirúrgica palmar a nivel del túnel del carpo y canal de Guyón izquierdos, no dolorosa (*Figura 6*). Presentó disminución de la fuerza en los dedos del primero al tercero, predominantemente del pulgar, así como disminución de la sensibilidad para región de nervio mediano. Resaltó el dolor severo e hipersensibilidad que presentó a la palpación en la zona de antebrazo proximal, a nivel del túnel de pronador (*Figura 7*). Se le propuso cirugía para hacer la liberación del nervio mediano a nivel del pronador redondo, siendo aceptada. Se realizó la cirugía el día 13 de enero de 2014. Se incidió en el antebrazo izquierdo, con herida de aproximadamente 6 cm, disección por planos; se localizó y se revisó el



**Figura 6.** Cicatriz palmar izquierda en el preoperatorio.



**Figura 7.** Palpación del principal sitio de dolor en síndrome del pronador.

pronador redondo en sus dos porciones, se localizó el nervio mediano. Como datos relevantes del procedimiento, se encontraron bandas fibróticas que comprimían de forma severa al nervio mediano (*Figura 8*) en aproximadamente 3 cm en su trayecto hacia distal entre ambas porciones del músculo pronador redondo, procediendo a su liberación.

A las 24 horas, la paciente es egresada, presentando mejoría del dolor hasta en 80% y mejoría de las parestesias hasta en 30% aproximadamente, ya que permanecía la compresión de forma crónica. Actualmente nos encontramos en el postoperatorio mediato, con una resolución de 90% de la sintomatología.



**Figura 8.** Presencia de bandas fibróticas en el transquirúrgico que comprimen al nervio mediano en zona de pronador redondo.