

“SINDROME COMPRESIVO DEL NERVIIO CUBITAL EN LA ZONA II DEL CANAL DE GUYON”.



R. Lax Pérez¹; A. Murcia Asensio¹; F. Ferrero Manzanal; F Vera Repullo¹ . J Alvarez González¹; ; F. Lajara Marco²; J.E Salinas Gilabert²
Hospital Santa Lucia (Cartagena)¹.
Hospital Vega Baja (Alicante)².

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Guyon publicó la posible compresión del nervio cubital en la muñeca en 1861. En 1908 Hunt es el primero en publicar un caso de compresión aislada de la rama profunda. En 1965 Dupont introduce el término de síndrome del túnel cubital. En 1969 Shea y McClain clasifican los tipos de este síndrome según la zona del canal implicada, rama del nervio afectada y clínica: tipo 1 rama superficial y profunda, tipo 2 rama profunda, tipo 3 rama superficial.

La frecuencia de este cuadro es mucho menor que el STC, siendo escasa la bibliografía respecto a su etiología, diagnóstico, tratamiento y evolución.

Las causas más frecuentes son gangliones y el engrosamiento del ligamento volar del carpo (microtraumatismos profesionales), otras menos frecuentes son quistes sinoviales, tumores, anomalías musculares y trombosis. Las compresiones profesionales son proporcionalmente más frecuentes que en el nervio mediano.

Los síntomas y signos más frecuentes son parestesia, dolor, hiperestesia y atrofia. La clínica puede estar disociada, sensitiva y/o motora, según el lugar de la compresión con respecto a la división del nervio cubital en rama sensitiva superficial y motora profunda.

El canal de Guyon está limitado medialmente por el pisiforme y lateralmente por el gancho del ganchoso. El techo es el músculo palmar corto y la expansión del ligamento anular del carpo, y el suelo son los músculos hipotenares. Gross y Gelberman dividen el canal de Guyon en tres zonas:

-zona 1: entrada del canal hasta la bifurcación del nervio en sus ramas superficial y profunda. Suelo: ligamento anular anterior del carpo en su inserción en la apófisis unciforme y por el ligamento pisiunciforme. Techo: desdoblamiento palmar del ligamento anular anterior del carpo, una expansión del músculo flexor carpi ulnaris y el músculo palmar corto.

-zona 2: sólo contiene la rama profunda, esencialmente motora, que rodea la apófisis unciforme del hueso ganchoso por su lado interno y pasa bajo el arco fibroso de los hipotenares tras haber dado la rama destinada al músculo abductor del meñique. La rama profunda pasa luego bajo el flexor corto del meñique y sobre el oponente del meñique, o bien lo atraviesa. Luego, la rama profunda pasa bajo los tendones flexores y atraviesa el músculo aductor del pulgar entre sus inserciones en el 2º y 3º metacarpiano.

-zona 3: sólo contiene la rama superficial que envía algunas ramas al músculo palmar corto. Las paredes de esta zona son, para dorsal, la aponeurosis del músculo flexor corto del meñique; para la interna, el músculo abductor corto del meñique; y para la anterior y la externa, el músculo palmar corto, la arteria cubital y la grasa hipotenar.

MATERIAL Y MÉTODO

Agricultor de 42 años que consulta por abducción permanente del 5º dedo de la mano derecha e incapacidad para la adducción de dos semanas de evolución, tras traumatismo leve en zona volar interna de la muñeca. A la exploración no presentaba alteraciones sensitivas. Se observaba signo de Wartenberg (abducción continuada del 5º dedo) (fig. 1), y posteriormente inicio de atrofia del 1º interóseo dorsal (fig. 2) y signo de Froment positivo (fig. 3). Movilidad de 4º y 5º dedos normal.

La exploración indicaba compresión del n. cubital a nivel de la zona 2 del canal de Guyon, que fue confirmado por la EMG (no se encontró afectación de la inervación del abductor del meñique). Se realizó RMN (fig. 4, 5 y 6) de la muñeca que informó de quiste sinovial a nivel de articulación entre piramidal y ganchoso.

El paciente fue intervenido realizando apertura quirúrgica del canal y exploración del nervio (fig. 7, 8 y 9).



Figura 1

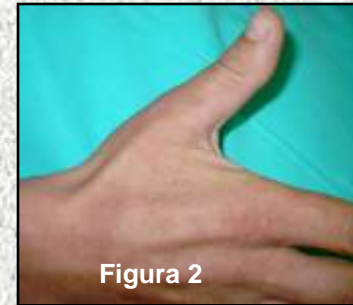


Figura 2

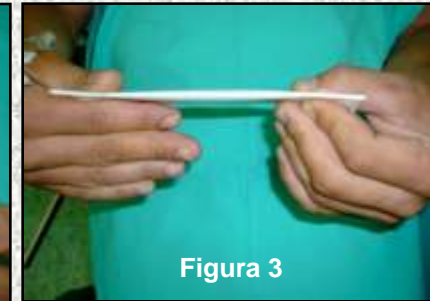


Figura 3

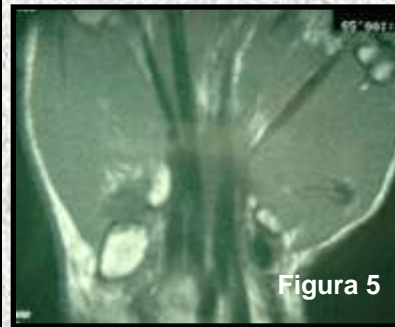


Figura 5

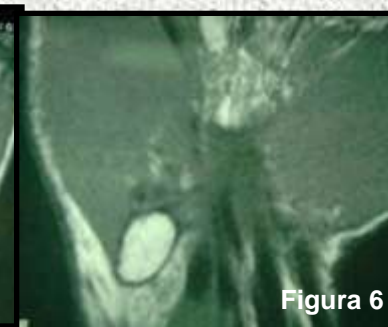


Figura 6

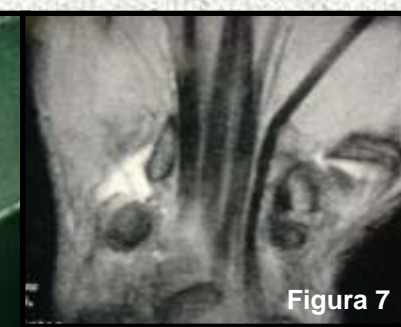


Figura 7

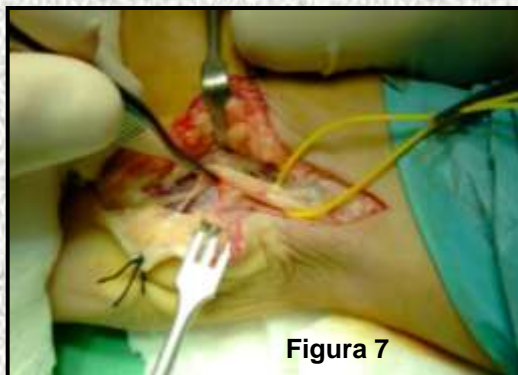


Figura 7

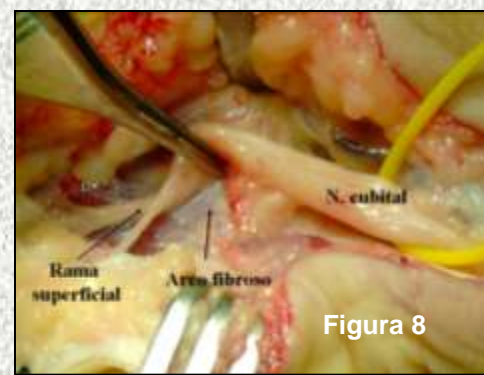


Figura 8

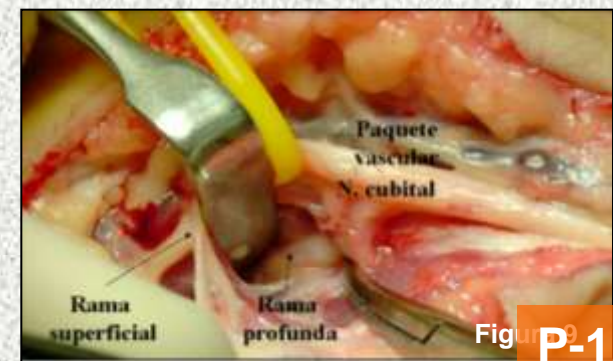


Figura 9

RESULTADOS:

Mejoría clínica del paciente en pocos días, con:

- desaparición del signo de Wartenberg a las dos semanas (fig. 10 y 11);
- evolución favorable de la atrofia del primer interóseo dorsal (fig. 12);
- negativización del signo de Froment (fig. 13);
- confirmación por EMG de la evolución satisfactoria.

El resultado fue excelente según los criterios de Kleinert (tabla 1). No hubo complicaciones postquirúrgicas, y el paciente se reincorporó a sus tareas habituales 18 días después de la intervención.



Figura 10



Figura 11



Figura 13

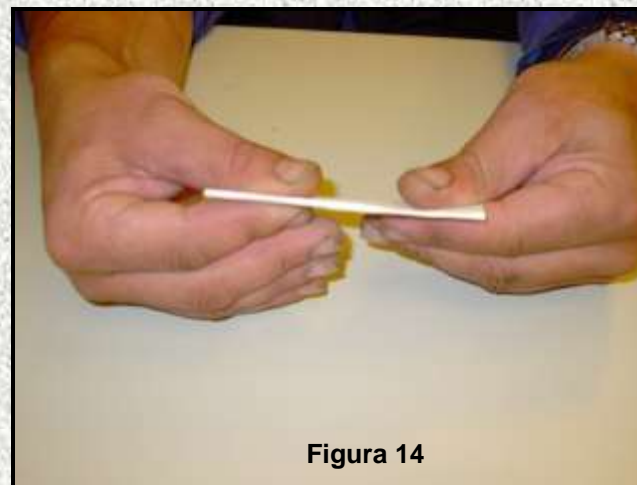


Figura 14

	<u>Escala de valoración sensitiva. Discriminación en dos puntos.</u>
Excelente	3-5 mm
Buena	6-12 mm
Regular	13-21 mm
Mala	> 21 mm
	<u>Escala de valoración motora de la musculatura intrínseca.</u>
Excelente	Potentes como contralateral. Adducción contra resistencia.
Buena	Capaces de adducción completa.
Regular	Imposible adducción completa.
Mala	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El cuadro clínico por compresión del nervio cubital en el canal de Guyon es poco frecuente. El tipo de afectación más frecuente es la mixta sensitivo-motora, siendo la motora aislada la segunda en frecuencia. Por lo tanto, el inicio del cuadro de compresión con el signo de Wartenberg aislado es excepcional.

La sospecha y diagnóstico se basan en la anamnesis y exploración física, apuntando ya la zona del canal implicada: garra cubital, localización de las atrofiás, Froment, Waterbrooke, Wartenberg, así como los datos sensitivos.

El EMG nos confirma el diagnóstico y nivel de la compresión, asociando en este caso clínico el signo de Wartenberg a la actividad del abductor del meñique frente a la afectación del adductor. No puede descartarse como causa añadida del signo la variabilidad en la disposición tendinosa del EDC.

Pruebas de imagen como Rx, TAC o RMN orientan el diagnóstico etiológico.

El tratamiento es generalmente quirúrgico, con excepción de los pacientes con claro antecedente de trauma agudo o crónico con clínica tenue y sin compromiso motor evidente que suelen corresponder a compresiones extrínsecas o funcionales donde se puede esperar 4 o 5 semanas con tratamiento conservador la mejoría.

-tto. conservador: AINEs, inmovilización de muñeca, inyección local de corticoides y abandono de actividad traumática.

-tto. quirúrgico: exploración del nervio y liberación del mismo en el canal de Guyon, así como resolución de la causa.

El tiempo de recuperación es inversamente proporcional al de compresión, pero suele ser en pocas semanas. El conocimiento detallado del cuadro clínico supone un precoz diagnóstico y tratamiento, lo cual mejora los resultados.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Cantero J: *Le syndrome hypothenaire du marteau. A propos de deux cas. Ann Cir Main* 1987; 6: 303-6.
- 2.- Shea JD, McClain EJ: *Ulnar nerve compression syndromes at and below the wrist. J Bone Joint Surg* 1969; 51a: 1095-103.
- 3.- Kleinert HE, Hayes SE: *The ulnar tunnel syndrome. Plast Reconstr Surg* 1971; 14: 21-4.
- 4.- L. Luna Blanco, D. Hernández Vaquero, M. Cima Suárez y M. Cortés López: *Síndromes canaliculares. Monografías SECOT Mano y Muñeca.* 1999. pp 72-75.
- 5.-Valer AT, Hinarejos PG, Ramirez GR et al: *Compresiones del nervio cubital en la muñeca. Rev Ortop Traum* 1994; 38IB: 258-62.
- 6.-Vanderpool DW, Chalmers J, Whiston TB: *Peripheral compression lesions of the ulnar nerve. J Bone Joint Surg* 1968; 50B: 792-803
- 7.-I. Proubasta, JA Gutierrez: *Patología traumática de la muñeca y de la mano en el deporte, Ediciones P. Permanyer. Barcelona.* 1999. pp 127-128..
- 8.-Y Allieu; M. Chammas; J.L. Roux: *Síndromes de los canales y de los desfiladeros. Enciclopedia medico-quirúrgica. Ed: Elsevier. Paris.* 14-462. pp 5-6.
- 9.- Zeiss J, Jakob E, Khimji T et al: *The ulnar tunnel at the wrist (Guyon's canal): Normal MR anatomy and variants. AJR* 1992; 158: 1081-5.
- 10.- Seradge H: *The reverse flexor carpi ulnaris and ulnar nerve neuropathy. J Hand surg* 1993; 18A: 352-4.
- 11.- Gross MS, Gelberman RH. *The anatomy of distal ulnar túnel. Clin Orthop* 1985; 196 : 238-247
- 12.- MH. González., T. Gray, E. Ortinau, N. Weinzeig: *The extensor tendons to the little finger: an anatomic study. J. Hand Surg [Am]* 1995 Sep;20 (5):844-7