

Reporte de Caso

SÍNDROME DEL TÚNEL CUBITAL SECUNDARIO A MÚSCULO ANCONEOEPITROCLEAR: REPORTE DE CASO.

Cubital Tunnel Syndrome Secondary To Anconeus-epitrochlearis Muscle: Case Report.

MARTÍNEZ, FERNANDO^{1,2}; MEDICI, CONRADO³ & ALGORTA, MARCELO¹



Fernando Martínez

1. Servicio de Neurocirugía del Hospital de Clínicas (Universidad de la República).
2. Servicio de Neurocirugía, Centro Hospitalario Pereira Rossell, (ASSE).
3. Servicio de Neuropediatría. Centro Hospitalario Pereira Rossell (ASSE).
Montevideo, Uruguay.

E-Mail de Contacto: fmartneuro@hotmail.com

Recibido: 15 – 05 – 2012

Aceptado: 13 – 05 – 2012

Revista Argentina de Anatomía Online 2012, Vol. 3, Nº 2, pp. 43 – 45.

Resumen

El síndrome del túnel cubital es la neuropatía por atrapamiento más frecuente, luego del síndrome del túnel carpiano. Si bien hay varios puntos anatómicos en donde el nervio cubital puede ser comprimido, la arcada fibrosa formada por las dos cabezas de inserción del músculo flexor carpi ulnaris, es el sitio en donde se observa con mayor frecuencia dicha compresión. A este nivel, pueden existir variantes musculares poco frecuentes, como el músculo anconeopitrocLEAR.

Reportamos un caso de compresión del nervio cubital secundaria a dicha variante muscular.

Se trató de un músculo tendido desde el epicóndilo medial al olécranon, cruzando superficial y perpendicular al nervio cubital. En el acto quirúrgico se seccionaron las fibras del músculo, observando un nervio cubital comprimido.

En el postoperatorio alejado hubo mejoría parcial de la sintomatología.

El músculo anconeopitrocLEAR es una variante presente entre el 1 y el 40% de los casos y se puede asociar a neuropatía cubital.

Palabras Clave: Nervio cubital; Músculo flexor carpi ulnaris; Variantes musculares. .

Abstract

The cubital tunnel syndrome is the most common entrapment neuropathy after carpal tunnel syndrome. While there are several anatomical sites where the ulnar nerve can be compressed, fibrous arch formed by the two heads of insertion of the flexor carpi ulnaris muscle is the place where this compression can be appreciate more often. At this level, there may be rare variants muscle, as anconeus-epitrochlearis muscle.

We report a case of ulnar nerve compression secondary to this variant muscle.

It was a muscle stretched from the medial epicondyle to the olecranon, crossing superficially and perpendicularly to the ulnar nerve. During surgery were sectioned muscle fibers, watching a compressed ulnar nerve.

In the postoperative away, there was a partial improvement of symptoms.

The anconeus-epitrochlearis muscle is a variant present between 1 and 40% of cases and it can be associated with ulnar neuropathy.

Key Words: Ulnar nerve, flexor carpi ulnaris muscle, muscle variants..

Autor de Contacto: Dr. Fernando Martínez. Servicio de Neurocirugía, Hospital de Clínicas de Montevideo. Avda Italia esquina Las Heras, piso 2.
Fax: 0059824873223 - e-mail: fmartneuro@hotmail.com

INTRODUCCIÓN.

Las neuropatías por atrapamiento son una causa de consulta frecuente en neurología clínica y en el ambulatorio de neurocirugía. Dentro de las neuropatías por atrapamiento a nivel del miembro superior, la más frecuente es el síndrome del túnel carpiano. En frecuencia, sigue la neuropatía por atrapamiento del nervio cubital. Este nervio puede ser comprimido por diversas estructuras a lo largo de su trayecto, pero el sitio en donde más frecuentemente se aprecia dicha compresión es a nivel del codo, en el túnel osteo-fibro-muscular situado en la región del canal epitrocLEAR-olecraneano (1). Allí, el nervio transcurre en un plano de

extensión (y por lo tanto sujeto a traumatismos) y en un canal relativamente rígido. Dicho canal tiene un piso osteoarticular (la articulación del codo) y un techo fibromuscular. Entre las estructuras fibromusculares se menciona como causa frecuente de compresión a la banda fibrosa que une las cabezas de inserción epitrocLEAR y olecraneana del músculo flexor carpi ulnaris (denominada arcada de Osborne en la literatura quirúrgica). Sin embargo, se mencionan otras estructuras capaces de comprimir al nervio cubital en este sector, y entre ellas, la presencia de variantes musculares es señalada por varios autores (2-5). Se reporta un caso de síndrome del túnel cubital secundaria a un pequeño músculo supernumerario: el músculo anconeopitrocLEAR.

REPORTE DE CASO.

Paciente de 14 años, procedente del interior del país. Trabaja ayudando a su madre en tareas de esfuerzo. Desde 2 años antes de la consulta nota debilidad en ambas manos

Al examen se evidencia hipotrofia severa en ambas eminencias hipotenares, disminución de la fuerza de flexión de las articulaciones metacarpofalángicas y extensión de las articulaciones interfalángicas.

Se plantea clínicamente una compresión cubital bilateral en el canal epitrocleo-olecraneano y se decide la exploración quirúrgica del mismo. Se realizó previamente un estudio eléctrico que confirmó el diagnóstico, el cual evidenció una caída de potenciales de conducción a nivel del codo bilateralmente, a predominio izquierdo.

Se realizó la decompresión bilateral en el mismo acto operatorio encontrando un nervio cubital engrosado por arriba de su ingreso al tunel formado por el flexor carpi ulnaris de forma bilateral. A la izquierda, se reconocieron fibras musculares en la topografía del borde superior de las inserciones del flexor carpi ulnaris, lo que constituye un músculo anconeopitrocLEAR rudimentario (ver Figs. 1 y 2).



Fig. 1. Túnel cubital, lado izquierdo. Se observa el nervio cubital (1) ingresando al tunel cubital y su relación con la aponeurosis de inserción del flexor carpi ulnaris (2).

DISCUSIÓN.

El sitio en donde más frecuentemente es comprimido el nervio cubital es en su pasaje en la región del codo, donde varias estructuras ligamentarias, óseas, musculares y aponeuróticas lo pueden comprometer (2,5).

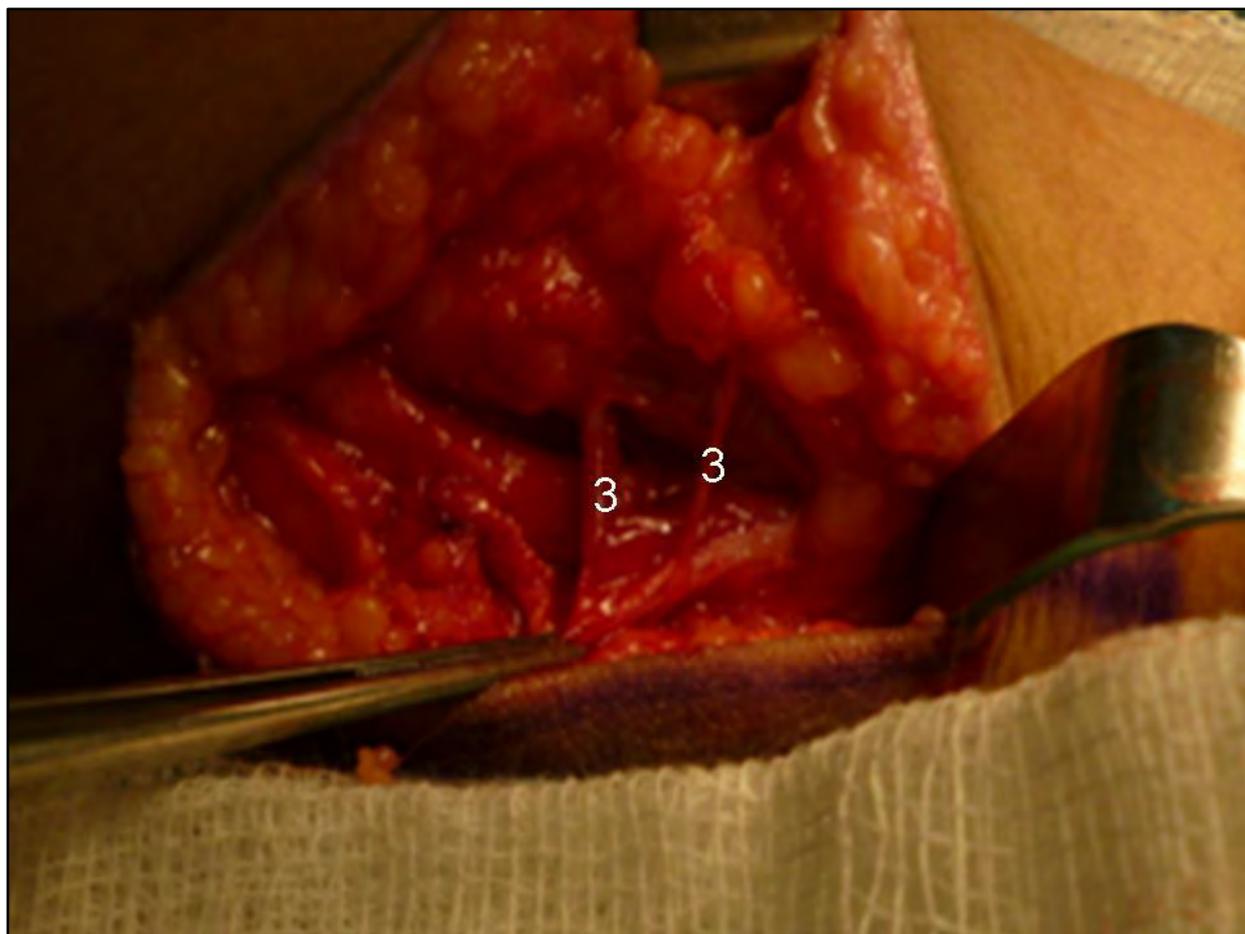


Fig. 2. Túnel cubital izquierdo. Se ha procedido a la liberación parcial de las adherencias y aponeurosis que comprimían al nervio cubital evidenciándose los fascículos musculares del anconeopitrocLEAR rudimentario (3).

Entre las múltiples causas de compresión del nervio cubital se citan las variantes musculares o músculos supernumerarios, entre los cuales está el músculo anconeopitrocLEAR.

Dicho músculo se encuentra de forma constante en algunos primates, en los que es aductor y extensor del codo. En el humano su incidencia y volumen es variable, describiéndose su presencia entre un 1 y un 40% de los casos (3,5,6).

El músculo anconeopitrocLEAR, cuando está presente, se inserta en el epicóndilo medial y en el olécranon, cruzando en puente superficialmente al nervio cubital. Si dicho músculo está desarrollado, es una posible causa de compresión del nervio. Por la dirección de sus inserciones, el anconeopitrocLEAR podría actuar como extensor del codo y hay autores que lo consideran como un fascículo aberrante del tríceps.

Las inserciones del músculo tienen la misma disposición de la arcada de Osborne. Sin embargo, O'Driscoll y colaboradores (6) hacen algunas precisiones anatómicas sobre esta región. Estos autores describen dos estructuras aponeuróticas a este nivel: el retináculo del codo y la arcada de Osborne. El primero es una estructura ligamentaria tendida desde el epicóndilo medial al olécranon, en tanto la arcada tiene esta misma disposición, pero es más distal y es dependencia de la aponeurosis del flexor carpi ulnaris. La similitud entre la disposición del retináculo del codo y del músculo anconeopitrocLEAR ha llevado a plantear que el retináculo sea un remanente del músculo (5). O'Driscoll y colaboradores (6) describen 4 variantes en la disposición del retináculo del codo: 0) ausente, la) delgado, lb) fibroso y ll) presencia del músculo anconeopitrocLEAR. En la variante 3, la banda fibrosa que forma el retináculo del codo puede comprimir al nervio cubital cuando el codo está en flexión. Cuando hay un músculo anconeopitrocLEAR, las fibras musculares también pueden comprimir el nervio. Esto último dependerá en parte del desarrollo del músculo. En nuestra paciente la presencia del músculo fue una causa evidente de compresión y puede haber estado favorecida por el antecedente de que la misma trabaja en tareas pesadas (5). En casos en que el músculo está muy desarrollado, puede ser evidenciado en el preoperatorio por estudios de imagen, particularmente ecografía o resonancia (7).

Nuestro caso tiene de particular la presencia del músculo y la edad de la paciente, dado que hay pocos casos de neuropatía cubital reportados en la literatura a edades tan tempranas. Dado el antecedente de que la niña trabaja realizando tareas de esfuerzo, es probable que esto favoreciera el desarrollo del músculo, aunque estaba presente de forma rudimentaria.

CONCLUSIONES.

Presentamos un caso de neuropatía cubital secundaria a una variante muscular de los miembros: el músculo anconeopitrocLEAR. Esta variante poco frecuente debe ser conocida por el cirujano de nervios periféricos, por la eventualidad de encontrarla en el acto quirúrgico.

AGRADECIMIENTOS.

Tania Acosta, Museo de Ciencias Morfológicas Dr. Juan Carlos Fajardo, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina.

REFERENCIAS.

1. Vanderpool, D.W.; Chalmers, L.; Lamb, D.W., et al: Peripheral compression lesions of the ulnar nerve. J Bone Joint Surg (Br) 50:792-803,1968.
2. Won, H.S.; Han, S.H.; Ok, C.S.; Chung, I.H.; Kim, S.M.; Lim, S.Y. Topographic relationship between the medial intermuscular septum and the ulnar nerve. J Neurosurg 2011;114:1534-1537.
3. Husarik, D.B.; Saupe, N.; Pfirrmann, C.W.A; Jost, B.; Hodler, J., Zanetti, M. Elbow nerves: MR findings in 60 asymptomatic subjects – Normal anatomy, variants, and pitfalls. Radiology 2009;252(1):148-156.
4. Spinner, M.: Injuries to the major branches of peripheral nerves of the forearm. Philadelphia. WB Saunders, 1972 pp115
5. Gessini, L.; Jandolo, B.; Pietrangeli, A.; Occhipinti, E. Ulnar nerve entrapment at the elbow by persistent epitrochleoanconeus muscle. J Neurosurg 55:830-831,1981
6. O'Driscoll, S.W.; Horii, E.; Carmichel, S.W.; Morrey, B.F. The cubital tunnel and ulnar neuropathy. J Bone Joint Surg [Br] 1991;73-B: 613-617.
7. Bladt, L.; Vankan, Y.; Demeyere, A.; Perdieu, D. Bilateral ulnar nerve compression by anconeus epitrochlearis muscle. JBR-BTR 2009; 92:120.

*Comentario sobre el artículo de Reporte de Caso:
**Síndrome del Túnel Cubital Secundario a
Músculo AnconeopitrocLEAR: Reporte de Caso.***



PROF. DR. HOMERO F. BIANCHI

- Editor en Jefe Rev. Arg. Anat. Onl.
- Director del Depto. de Anatomía - Prof. Consulto Titular a Cargo de la II Cátedra de Anatomía, Depto. de Anatomía, Fac. de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA). Argentina.
- Director del Instituto de Morfología J.J. Naón, Fac. de Medicina, (UBA). Argentina.

Revista Argentina de Anatomía Online 2012, Vol. 3, Nº 2, pp. 45-46.

Las variedades anatómicas, de poco ó ningún interés en el pregrado, asumen importancia en distintas especialidad quirúrgicas en el posgrado. Es por este motivo que se deben tener en cuenta en el diagnóstico diferencial cuando de diagnosticar y tratar patologías se trata.

En la etapa previa de la RNM, se debía ir a la cirugía sin tener el diagnóstico de la afección que nos ocupa sin más armas que el

interrogatorio y el electromiograma que la sintomatología descripta nos indicaba una compresión del nervio y una presunción sobre la localización.

La presencia de este músculo como menciona el autor es poco frecuente y suele ser bilateral, debiendo recordar que estas compresiones se desarrollan de manera general por los esfuerzos de flexoextensión repetidos del codo de acuerdo a la actividad que el paciente desarrolla como en el presente caso.

La descripción que el autor realiza coincide con la efectuada por Testut en su tratado de variedades musculares (*Anomalies musculaires chez l'homme*, L Testut, Masson Ed, Paris, 1884). Lo que es más conocido es la banda fibrótica que une las cabezas de inserción del flexocarpí ulnaris (denominada ligamento de Osborne -que no tiene denominación por la Terminología Anatómica Internacional).

En la actualidad con la ayuda de la RNM, igual a un caso que me tocó tratar, es fácil visualizarlo y efectuar el acto quirúrgico de manera más rápida y limpia, ya que tenemos asegurado el diagnóstico previo. En cuanto a su origen es mayoría la que piensa que es una prolongación del tríceps. También es notorio que sus fibras tienen la misma dirección que el ligamento de unión de las dos cabezas de inserción del FCU.

Esto demuestra que los cirujanos deben estar al tanto de las variedades anatómicas, para no ser sorprendidos al toparse con ellas durante una intervención quirúrgica.

Prof. Dr. Homero F. Bianchi
Editor en Jefe Revista Argentina de Anatomía Online