

PARÁLISIS CUBITAL DE CAUSA COMPRESIVA EN CANAL DE GUYON: A PROPÓSITO DE UN CASO

Ana Elena Sanz Peñas, Óscar Fraile Castelao, Diego José Fernández Díez, Inés de Blas Sanz, Silvia Virginia Campesino Nieto, Jesús Díez Rodríguez

INTRODUCCIÓN

La compresión del nervio cubital a nivel de la muñeca es una neuropatía compresiva poco frecuente del miembro superior. Cuando la etiología es conocida, la mayoría de veces se debe a la presencia de un ganglión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 37 años, esteticista de profesión y sin antecedentes de interés, que acude a las consultas externas de Traumatología por presentar adormecimiento de 4º y 5º dedo de la mano derecha, sobre todo nocturno, de 5 meses de evolución. En la exploración física no presenta atrofia de musculatura interósea o deformidad en garra y el signo de Froment es positivo. Ante la sospecha de compresión cubital, se solicita una electroneurografía y un electromiograma. En la revisión, la clínica había mejorado y, ante el resultado normal de la prueba, es dada de alta.

RESULTADOS

A los 6 meses, vuelve a ser remitida por empeoramiento de las parestesias, pérdida de fuerza y limitación funcional persistente. En esta ocasión, a la exploración física previa se asocia deformidad en garra de 4º y 5º dedo de la mano derecha (figuras 1 y 2). Se realiza electroneurografía de nervios mediano y cubital derechos, así como electromiograma de los músculos flexor cubital del carpo e interóseo dorsal derechos. La combinación de ambas pruebas arroja el diagnóstico de neuropatía cubital severa por atrapamiento en el canal de Guyon. Se interviene quirúrgicamente y se observa una tumoración en el canal de Guyon (figuras 3 y 4), adyacente al nervio cubital. Se procedió a su exéresis y estudio anatomopatológico, diagnosticándose de ganglión. Desde el período postquirúrgico inmediato, se incentivan los ejercicios de flexoextensión y abducción-aducción de los dedos afectados. A los 12 días, en la primera revisión, la herida evoluciona adecuadamente, ha disminuido la deformidad en garra y las parestesias, pero persiste el déficit de fuerza. En la última revisión, a los 4 meses, es dada de alta por remisión completa de la clínica.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4

CONCLUSIONES

Cuando sospechamos una neuropatía cubital distal, es primordial prestar atención a la clínica que presenta el paciente, ya que ésta orientará la localización de la compresión, así como el tratamiento más adecuado para solventarla. En nuestro caso, la exéresis del ganglión solucionó completamente el cuadro.