



Mayo 8 al 11 de 2024

Cartagena, Hotel Las Américas

- Encuentro Nacional SOCARTD
- I Olimpiadas de Trauma SOCOT - SCCOT
- Encuentro Capítulo de Mano



Avalado científicamente





**Hablemos de compresión del nervio cubital asociado a lipoma gigante de antebrazo:
reporte de un caso**

Autores: Jorge Hernández Guevara, Nicolás Goberna Materon

Mayo 8 al 11 de 2024





INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

La neuropatía por compresión nerviosa focal es un problema común en el miembro superior, siendo la afectación del nervio cubital la segunda mas frecuente después de aquella que compromete el nervio mediano. Este compromiso puede generar diversos síntomas neuropáticos en el cuarto y quinto dedo; al no ser tratada puede llevar a discapacidad funcional permanente de la mano.

El sitio principal de compresión del nervio cubital es en el codo (túnel cubital), pero puede ocurrir en cualquier sitio de su recorrido. Las etiologías son variadas como traumas, alteraciones anatómicas, estiramiento crónico y menos común debido a masas. En este trabajo se reporta el caso de una paciente con neuropatía cubital asociada a la aparición de una masa en el antebrazo.



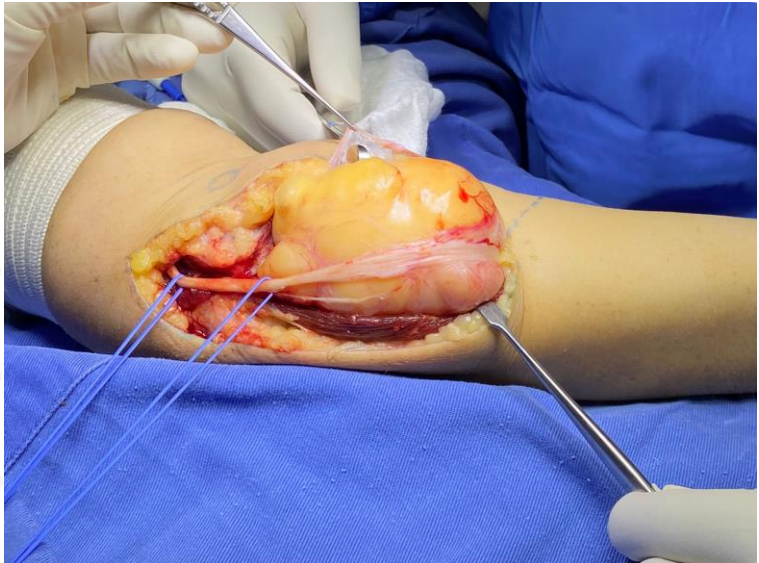
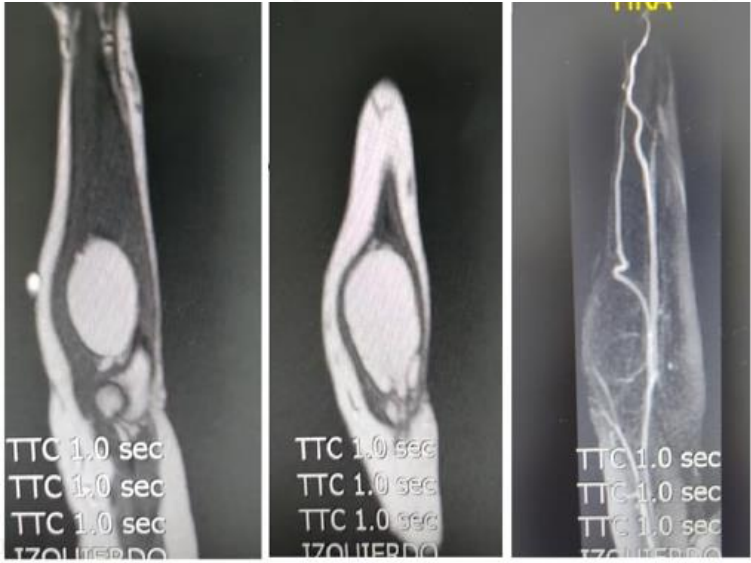
REPORTE DE CASO

Femenina de 45 años, diestra, ama de casa, sin antecedentes médicos. consultó por cuadro de 1 año de evolución de parestesias en tercer y cuarto dedo de mano izquierda, dependiente de movimientos de flexión del carpo y de aprehensión de objetos con los dedos. Asociado a aparición de masa en la región ventral del antebrazo. Al examen físico tinel positivo en tercio proximal del antebrazo, pruebas de Froment y Wartenberg positivos. En el tercio proximal de la cara ventral del antebrazo masa blanda, indolora y redondeada, que no se desplazaba con los movimientos de la muñeca. Radiografía de antebrazo sin anomalías, ecografía de tejidos blandos en brazo demostraba masa fusiforme de 9 × 3 cm, sin contacto con estructuras. Resonancia magnética estructura que rodeaba anteriormente al tendón del bíceps, 9 cm en sentido craneocaudal, 2.8 cm en sentido anteroposterior y 2 cm en sentido transversal. Se practicó escisión completa de la lesión, con posterior resolución de la sintomatología.

El estudio de anatomía patológica informó la lesión como lipoma



REPORTE DE CASO. CONT.



Mayo 8 al 11 de 2024





DISCUSION

Esta compresión se ha asociado a otras patologías, dentro de las que se mencionan fracturas de epicóndilo medial, luxaciones de codo, actividades repetitivas que impliquen flexión de codo y lesiones compresivas como hamartomas, tumores óseos, rabdomiosarcomas y raramente lipomas

Característicamente, la compresión del nervio cubital se manifiesta con hiperestesia y parestesias en el cuarto y quinto dedo (hasta el 90% de los casos).

El diagnóstico de esta patología es principalmente clínico, apoyándose en diferentes herramientas diagnósticas de imágenes

El tratamiento quirúrgico y la rehabilitación de las lesiones nerviosas periféricas van de la mano con el fin de dar los mejores resultados. El pronóstico suele ser bueno, pero a menudo quedan secuelas funcionales sensitivas y/o motrices que deben tenerse en cuenta para alcanzar una reinserción sociolaboral óptima.



REFERENCIAS

1. Doughty CT, Bowley MP. Entrapment Neuropathies of the Upper Extremity. *Medical Clinics of North America*. 2019 Mar;103(2):357–70.
2. An TW, Evanoff BA, Boyer MI, Osei DA. The Prevalence of Cubital Tunnel Syndrome: A Cross-Sectional Study in a U.S. Metropolitan Cohort. *Journal of Bone and Joint Surgery*. 2017 Mar 1;99(5):408–16.
3. Landau ME, Campbell WW. Clinical Features and Electrodiagnosis of Ulnar Neuropathies. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2013 Feb;24(1):49–66.
4. Chen CH, Wu T, Sun JS, Lin WH, Chen CY. Unusual causes of carpal tunnel syndrome: space occupying lesions. *Journal of Hand Surgery (European Volume)*. 2012 Jan 8;37(1):14–9.
5. Arriaga MA. Nerve Surgery: Susan E. Mackinnon, ed.; New York: Thieme Medical Publishers Inc., 2016. *Otology & Neurotology* [Internet]. 2017;38(5). Available from: https://journals.lww.com/otology-neurotology/Fulltext/2017/06000/Nerve_Surgery__Susan_E__Mackinnon,_ed___New_York_.1.aspx
6. Noël L, Liverneaux P. Tratamiento y rehabilitación de las lesiones nerviosas periféricas. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física* [Internet]. 2014;35(2):1–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1293296514673084>
7. McClelland WB, Means KR. Palmaris Profundus Tendon Prohibiting Endoscopic Carpal Tunnel Release: Case Report. *J Hand Surg Am*. 2012 Apr;37(4):695–8.
8. Jalan D, Garg B, Marimuthu K, Kotwal P. Giant lipoma: an unusual cause of carpal tunnel syndrome. *Pan African Medical Journal*. 2011 Oct 26;9(1).
9. Nakashian MN, Ireland D, Kane PM. Cubital Tunnel Syndrome: Current Concepts. *Curr Rev Musculoskelet Med*. 2020 Aug 1;13(4):520–4.