

Síndrome del túnel cubital

Síndrome del túnel cubital: presión sobre el nervio ulnar en la parte interna del codo.

Kieran Hirpara © ⓘ ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

El síndrome del túnel cubital se produce cuando el nervio ulnar, el nervio que pasa por un túnel en la parte interna del codo, queda comprimido. La sensación típica es entumecimiento y hormigueo en el dedo meñique y en el lado ulnar del dedo anular, el lado más cercano al meñique. Algunas personas también sienten un dolor ardiente alrededor de la prominencia ósea de la parte interna del codo. También puede aparecer un dolor sordo en el codo o en la parte superior del antebrazo, aunque en la mayoría de las personas el dolor no es la característica principal.

Doblar el codo empeora los síntomas. Sostener el teléfono junto a la oreja, apoyar el codo en un escritorio o en un reposabrazos, o dormir con el codo doblado pueden desencadenarlos. Muchas personas notan el hormigueo por la noche, y algunas se despiertan por él. Estirar el codo normalmente vuelve a aliviar la sensación.

A medida que la afección avanza, la propia mano puede verse afectada. Es posible que note el agarre débil o torpe. Los botones, las llaves, las tapas de los frascos y los bolígrafos pueden volverse más difíciles de manejar. En los casos más avanzados, los pequeños músculos de la mano pueden atrofiarse, lo que puede dificultar de verdad las tareas finas y hacer que los dedos queden en posición de garra. Algunas personas notan una sensación de chasquido en la parte interna del codo al doblarlo, que se produce cuando el nervio se sale de su surco.

Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El nervio ulnar es uno de los nervios principales del brazo. Va desde el cuello, pasa por detrás de la parte interna del codo y desciende hasta la mano. Aporta sensibilidad al dedo meñique y al lado de la mano correspondiente al dedo anular, y mueve la mayoría de los pequeños músculos del interior de la mano.

A la altura del codo, el nervio atraviesa un túnel corto formado por hueso y por una capa de tejido resistente. Imagine el nervio como una manguera de jardín colocada en un canal estrecho. Cuando el codo está estirado, la manguera queda holgada y la sangre circula libremente a lo largo de ella. Cuando el codo se dobla, el canal se estrecha alrededor de la manguera y el nervio se estira y se comprime al mismo tiempo. El túnel se estrecha más cuando el codo se dobla más allá de un ángulo recto, por eso sostener un teléfono o dormir encogido por la noche provoca el hormigueo.

Con el tiempo, esa compresión y ese estiramiento repetidos reducen el riego sanguíneo dentro del nervio. Un nervio necesita deslizarse y estirarse más de 2 cm cuando mueve el hombro, el codo, la muñeca y los dedos, por lo que cualquier cosa que lo sujete provoca rozamiento. El nervio se irrita y se hincha, y sus señales empiezan a transmitirse mal. Por eso siente entumecimiento y hormigueo en los dedos meñique y anular, y por eso aparecen debilidad del agarre y torpeza si la compresión continúa.

Varias cosas pueden reducir el espacio dentro del túnel. Una banda de tejido resistente entre los dos huesos del codo puede engrosarse y presionar el nervio. Un pequeño músculo adicional con el que nacen algunas personas puede situarse sobre el túnel y ocupar espacio. En unas pocas personas, el nervio se sale de su surco cada vez que se dobla el codo, que es el chasquido que algunas personas notan.

La buena noticia es que liberar el nervio suele resolver el problema. Más del 90 % de las personas que se operan se curan o mejoran.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la clínica tomamos su historia clínica, examinamos el codo y la mano, y solicitamos pruebas cuando son necesarias. Como se trata de un problema de larga evolución, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico y consideramos la cirugía cuando este no ha aportado una mejoría suficiente.

El primer paso consiste en cambiar la forma en que usa el codo. Puede ayudar evitar los periodos largos con el codo doblado, así como evitar apoyar el codo en un escritorio o en un reposabrazos o sostener el teléfono junto a la oreja. Otra opción es una férula que impide que el codo se doble por la noche. La terapia de mano tiene como objetivo calmar la irritación y mantener el nervio en movimiento y deslizándose como debe. Dé a estos cambios una oportunidad razonable antes de decidir cualquier otra medida.

Los medicamentos antiinflamatorios pueden ayudar a calmar el dolor alrededor del codo. No ofrecemos inyecciones para esta afección.

Si el tratamiento no quirúrgico no ha aportado una mejoría suficiente, el siguiente paso es la cirugía. La operación habitual es una liberación simple: se abre el techo del túnel para que el nervio deje de estar comprimido. Trasladar el nervio a la parte delantera del codo se hace solo en raras ocasiones, cuando el nervio se sale de su surco. Si ya se ha sometido a una liberación y los síntomas han vuelto, le explicamos con cuidado qué puede esperar: los resultados de una segunda operación son, de promedio, modestos, y los síntomas que persisten suelen reflejar el estado del propio nervio. La rehabilitación después de la cirugía consiste en terapia de mano con Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation, que le guiará en los ejercicios y le hará cualquier férula que necesite.

Qué esperar

Los síntomas del túnel cubital suelen aparecer poco a poco en lugar de presentarse de golpe. Al principio, el hormigueo va y viene, a menudo por la noche o después de pasar mucho tiempo con el codo doblado. Si no se trata, la compresión continúa, y el entumecimiento y la debilidad pueden volverse permanentes a medida que el propio nervio se deteriora. Por eso merece la pena actuar antes de que aparezcan debilidad o atrofia muscular.

Con tratamiento, el pronóstico depende de la gravedad inicial. Sus síntomas antes del tratamiento son la mejor guía de cuánto puede mejorar. Si sus síntomas son leves, el alivio suele llegar pronto. Si son graves, el nervio se recupera más despacio: la sensibilidad y la fuerza pueden tardar semanas, meses o incluso años en volver, y parte del cambio puede ser gradual en lugar de un único momento claro de mejoría. Muchas personas con síntomas graves mejoran considerablemente, aunque la recuperación sea lenta.

La mayoría de las personas que necesitan cirugía evolucionan bien. La función nerviosa mejora en la mayoría de los brazos evaluados después de la cirugía y, a los tres meses de la operación, los resultados de la liberación simple y de la operación que traslada el nervio son muy parecidos. La infección se produce en aproximadamente el 2,17 % de los casos. Si nota un dedo, una mano o un brazo calientes, enrojecidos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre, acuda al servicio de urgencias ese mismo día.

Si la primera operación no resuelve el problema, una segunda ayuda a algunas personas, pero los resultados son, de promedio, modestos, y los síntomas duraderos suelen reflejar el estado del propio nervio más que algo que pueda corregirse. Aproximadamente el 75 % de las personas tienen menos dolor y hormigueo después de la cirugía de revisión. Si ya practica un deporte con movimientos por encima de la cabeza o de lanzamiento, la mayoría de las personas vuelven al deporte después de la cirugía, aunque no todas recuperan su nivel anterior.

Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano, consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Consulte a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano. Los signos más importantes en esta afección son el entumecimiento y el hormigueo en el dedo meñique y en el lado de la mano correspondiente al dedo anular, un dolor ardiente alrededor de la parte interna del codo y la debilidad o torpeza del agarre. La debilidad y la atrofia de los pequeños músculos de la mano son los signos ante los que hay que actuar con rapidez, porque una vez que aparecen pueden volverse permanentes. También conviene comentar un chasquido en la parte interna del codo. Después de la cirugía, un dedo, una mano o un brazo que se ponen calientes, enrojecidos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre, requieren acudir al servicio de urgencias ese mismo día; no se necesita derivación del médico de cabecera. Si no puede contactar con la clínica fuera del horario de atención o en fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.