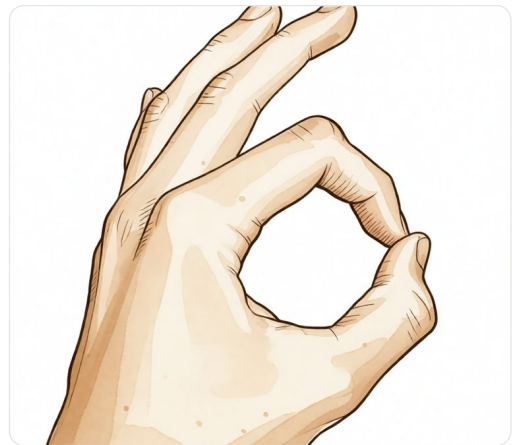


Síndromes del pronador, del lacertus y del nervio interóseo anterior



La prueba de la “señal de OK”: en caso de parálisis del nervio interóseo anterior, el pulgar y el dedo índice no pueden formar un círculo completo; en su lugar, se cierran de forma plana.

Wikimedia Commons ('OK Sign'), CC BY 2.5

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

Qué está sintiendo

Todas estas afecciones se deben a que el **nervio mediano** queda comprimido en una zona alta, alrededor del codo y en la parte superior del antebrazo, en lugar de en la muñeca, donde es más conocida la compresión (síndrome del túnel carpiano). Cada una de ellas produce sensaciones bastante distintas.

El **síndrome del pronador** suele provocar un dolor profundo, sordo y cansado en la parte frontal del antebrazo; este dolor empeora con movimientos repetidos de torsión del antebrazo (girar un destornillador o una llave, retorcer un paño) o con un agarre fuerte. También puede sentir pins y agujas o entumecimiento en el pulgar, el índice y el dedo medio, así como en la palma y en la base carnosa del pulgar. A diferencia del síndrome del túnel carpiano, normalmente no le despierta por la noche, y la molestia se percibe más en el antebrazo que en la mano.

El **síndrome del lacertus** es un término más reciente que se utiliza para referirse a una variante específica de esta compresión alta; en este caso, el responsable es una banda fibrosa firme situada en el pliegue del codo, llamada lacertus fibrosus. Lo típico es que la mano se canse rápidamente y el agarre resulte torpe: escribir, teclear o usar herramientas se vuelve difícil; además aparece dolor en el antebrazo y una marcada sensibilidad justo debajo del pliegue del codo. Este síndrome también es una de las posibilidades que consideramos cuando la cirugía del túnel carpiano no mejora los síntomas esperados.

El **síndrome del nervio interóseo anterior (NIA)** es distinto también. Por lo general, causa poco o ningún entumecimiento. En cambio, se trata de un problema de debilidad: los músculos que flexionan la punta del pulgar y del índice dejan de funcionar adecuadamente. El signo clásico es la incapacidad de formar el gesto

redondo de “OK”: al intentar acercar la punta del pulgar a la punta del índice, el gesto se convierte en una forma plana o triangular. Algunas personas notan primero un breve período de dolor en el brazo o el hombro, y después aparece la debilidad.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Un único nervio grande, el nervio mediano, se extiende desde el cuello, baja por el brazo, cruza la parte frontal del codo y llega a la mano. Este nervio transmite tanto la **sensibilidad** (para parte de la mano) como la **fuerza** (a varios músculos).

En el **síndrome del pronador**, el nervio sufre compresión o irritación al atravesar el espacio estrecho que hay en el codo y en la parte superior del antebrazo. Puede quedar comprimido por una banda de tejido tensa cerca del pliegue del codo (el *lacertus fibrosus*; cuando esta banda es la causa, la afección se denomina cada vez más **síndrome del lacertus**), o al pasar entre o debajo de los músculos que giran la palma de la mano hacia abajo. Dado que la compresión ocurre en una zona alta (por encima de la muñeca), los síntomas afectan a la palma y a la base del pulgar; este es el principal indicio que lo diferencia del síndrome del túnel carpiano.

En el **síndrome del AIN**, el problema afecta a una rama profunda del nervio mediano que transmite únicamente fuerza, sin sensibilidad; por eso se observa debilidad pero no entumecimiento. En muchas personas este trastorno no se debe a una simple compresión, sino más bien a una irritación o inflamación del nervio (a veces tras una enfermedad viral o sin causa aparente); esto explica por qué suele recuperarse por sí solo.

¿Qué podemos hacer al respecto?

En el Mater Private Hospital Rockhampton, el Dr. Kieran Hirpara dirige a nuestro equipo especializado en el miembro superior para evaluar estas afecciones mediante una historia clínica detallada y un examen físico. Por lo general, comenzamos con tratamientos no quirúrgicos, reservando la cirugía únicamente si sus síntomas persisten a pesar del reposo y los cambios en sus actividades.

En todos estos casos, el primer paso casi siempre es el tratamiento no quirúrgico; en el caso específico del síndrome de AIN, la paciencia suele dar sus frutos.

Calmar la situación. Esto implica modificar aquellas actividades que empeoran los síntomas (reducir los movimientos de torsión repetitivos y el agarre de objetos pesados), a veces usar una férula para mantener el brazo en reposo, y darle tiempo al nervio para recuperarse. Las medidas simples para aliviar el dolor también resultan útiles.

Observación vigilante. La debilidad causada por el síndrome de AIN suele mejorar por sí sola en el transcurso de varios meses; por eso, lo habitual es observar y esperar, generalmente entre tres y seis meses, antes de considerar cualquier otra intervención. Muchas personas recuperan su fuerza en ese plazo sin necesidad de cirugía. A lo largo de este proceso, pueden realizarse estudios nerviosos o exploraciones de imagen para confirmar el diagnóstico y seguir la evolución.

La cirugía se reserva para aquellos pocos pacientes que no mejoran: cuando el síndrome del pronador sigue causando dolor a pesar de un período adecuado de reposo y cambios en las actividades, o cuando la debilidad por síndrome de AIN no muestra señales de recuperación tras la observación. La operación consiste en liberar las estructuras que ejercen presión sobre el nervio para permitir su recuperación. Cuando la compresión se produce específicamente en la banda lacertus, a menudo se puede realizar la intervención mediante una incisión breve bajo anestesia local mientras el paciente permanece despierto; esto permite comprobar de inmediato la fuerza muscular afectada, y la recuperación suele ser rápida.

Qué esperar

En general, estos trastornos tienen un buen pronóstico. El síndrome del nervio interósseo anterior, en particular, tiende a mejorar por sí solo; por eso no nos apresuramos a realizar una cirugía. La recuperación es gradual y se mide en meses en lugar de semanas, por lo que se requiere cierta paciencia; además, evaluaremos su progreso a lo largo del tiempo.

Cuando el tratamiento no quirúrgico no resulta suficiente y es necesaria una operación, la liberación del nervio suele aliviar el dolor en el síndrome del pronador y brinda la mejor posibilidad de recuperación de la fuerza en el síndrome del nervio interósseo anterior. No obstante, los nervios se recuperan lentamente, y la mejora continúa progresando durante muchos meses después de la cirugía.

Cuándo consultar a un especialista

- **Dolor sordo en el antebrazo acompañado de entumecimiento u hormigueo en el pulgar, el índice y el dedo medio**, especialmente si también se siente en la palma y en la base del pulgar; este dolor empeora al girar el brazo o al agarrar objetos.
- **Dificultad repentina para formar el gesto habitual de “OK”**, o debilidad al intentar juntar la punta del pulgar con la punta del dedo índice.
- **Síntomas en el antebrazo o la mano que no mejoran** con reposo o cambios en las actividades, o debilidad que no se recupera tras varios meses.
- Un episodio breve de dolor en el hombro o el brazo seguido de debilidad en la mano; merece ser evaluado, ya que este patrón puede indicar un problema nervioso que es beneficioso identificar a tiempo.