

ATRAPAMIENTO DEL NERVIO INTERÓSEO POSTERIOR COMO CAUSA DE FALSA EPICONDILITIS

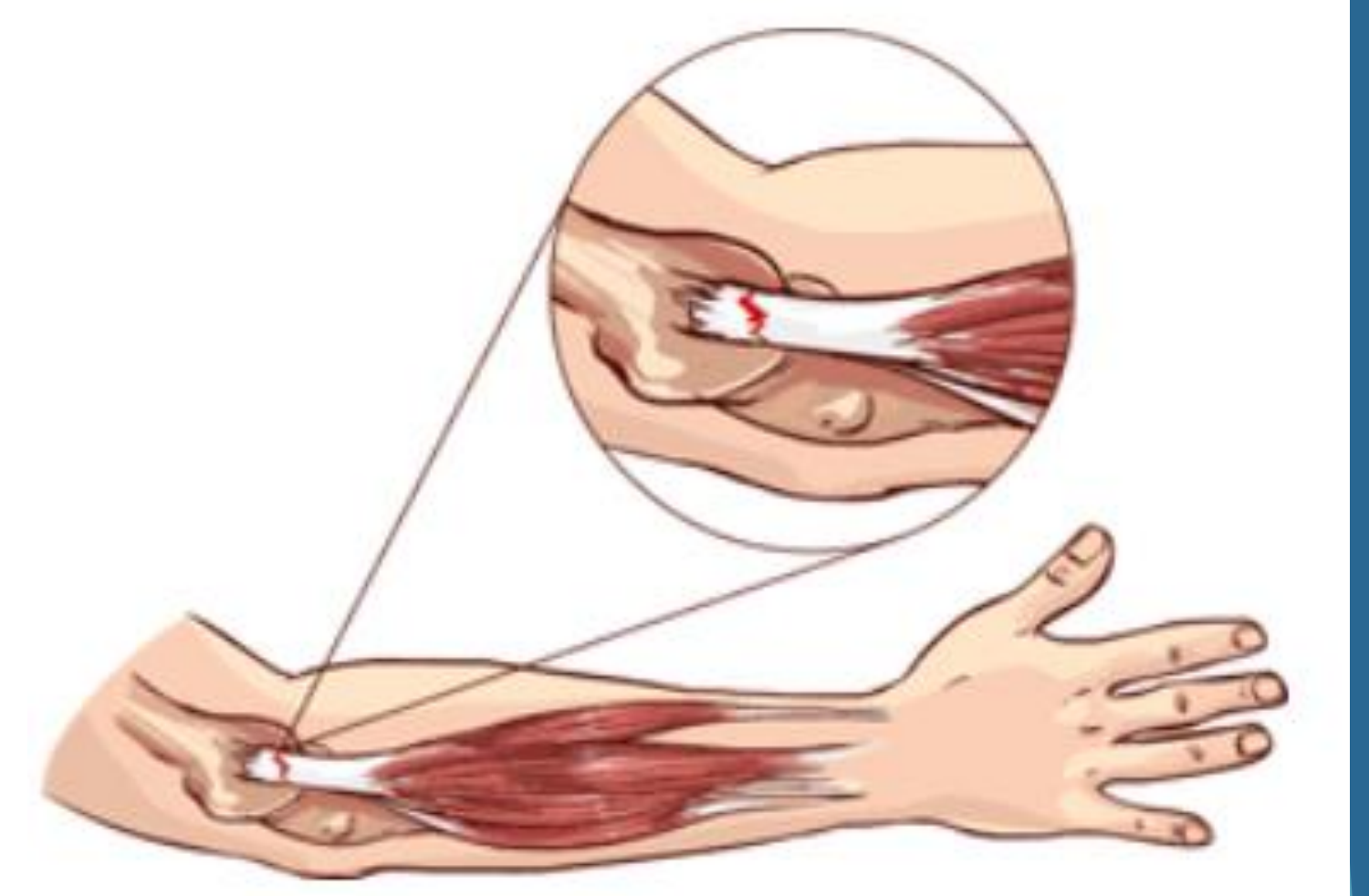
Moreno Arroyo, A; Moreno Camacho, M; López Lobato, R, Martínez Sánchez M.A

Unidad de Gestión Clínica de Traumatología y C. Ortopédica del Hospital de la Merced.
Área de Gestión Sanitaria de Osuna (Sevilla)

INTRODUCCIÓN

La epicondilitis es una tendinitis insercional de los músculos del antebrazo, principalmente del tendón del músculo extensor radial del carpo. Por tanto, este término se refiere a la inflamación de la protuberancia lateral del húmero distal debida a una sobrecarga mecánica. Se trata de una enfermedad muy prevalente que puede ser simulada por otras patologías, siendo una de ellas el atrapamiento del nervio interóseo posterior (rama terminal del nervio radial).

En la mayoría de los casos, la epicondilitis y patologías simuladoras son patologías laborales o relacionadas con el mundo del deporte.



OBJETIVO

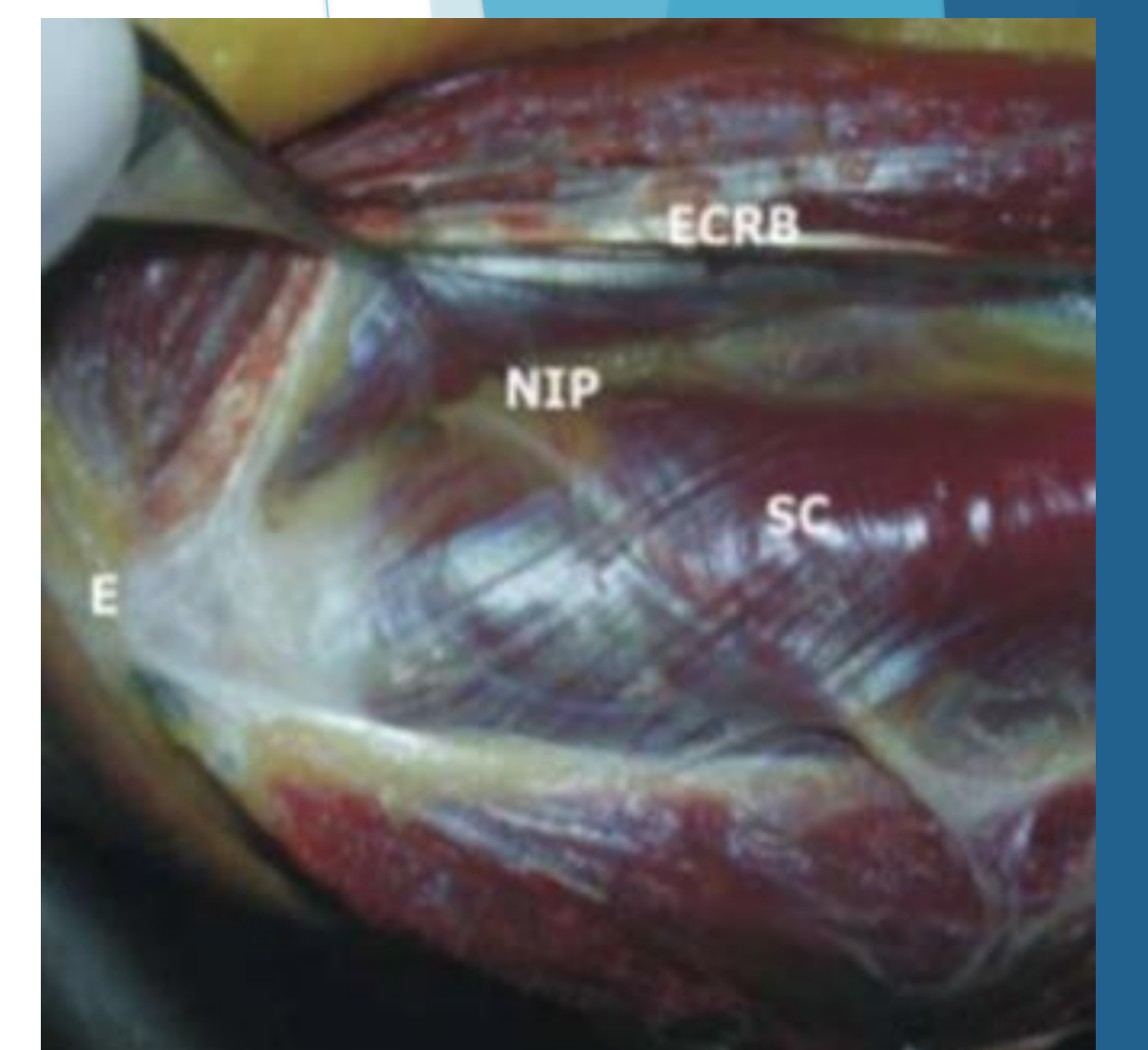
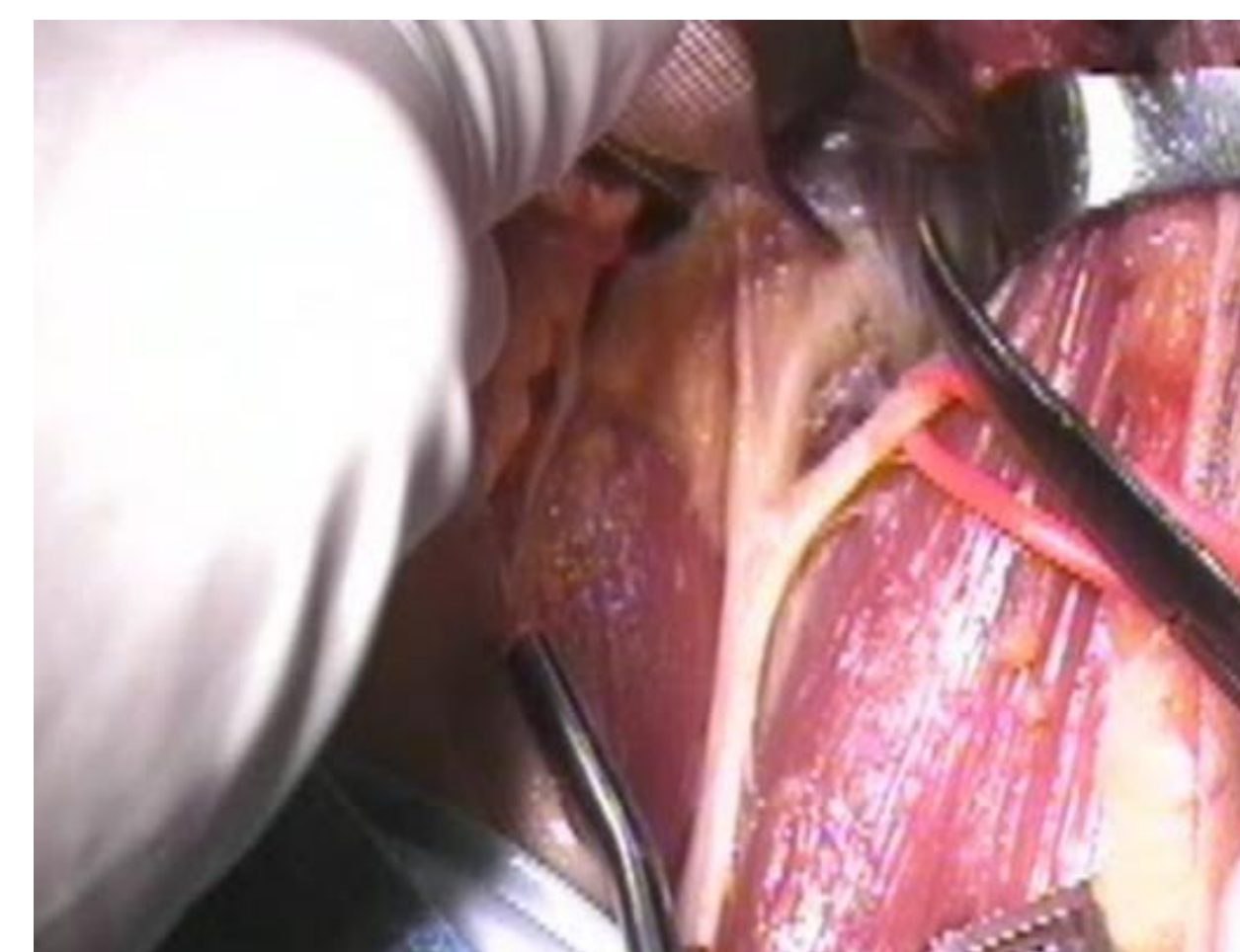
Diferenciar la clínica típica y no típica de la epicondilitis para elegir el tratamiento correcto: conservador o quirúrgico. La sintomatología del atrapamiento del nervio interóseo posterior puede simular al de la epicondilitis, por lo que hay que aprender a diagnosticarlo y conocer su tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico a propósito del caso de una paciente, limpiadora de profesión, diagnosticada de epicondilitis crónica resistente a tratamiento conservador. Al reexplorarla, comenta dolor en epicondilo lateral irradiado a la arcada supinadora provocándole impotencia funcional por hipersensibilidad.

Debido a la clínica no concordante con epicondilitis típica, se solicitó RMN, la cual evidenció clínica de atrapamiento del nervio interóseo posterior.

Se sometió a la paciente a intervención quirúrgica de desinserción de ECRB y ECRL como tratamiento de la epicondilitis aislada y se liberó el nervio interóseo posterior, el cual se encontraba atrapado entre el ECRB y el supinador corto del antebrazo.



RESULTADOS-DISCUSIÓN

Hay que valorar la epicondilitis crónica que no mejora con tratamiento conservador, pues puede que no estemos diagnosticando el problema real de nuestro paciente. Según la clínica y la exploración:

- Epicondilitis aislada: Dolor en epicóndilo lateral acentuado con la extensión de codo y muñeca, que mejora con AINES +/- infiltraciones con corticoides y que cede totalmente al cabo de los meses con reposo de la zona.
- Epicondilitis acompañada de atrapamiento del NIP: Dolor en epicondilo lateral irradiado a todo el antebrazo acompañado de parestesias, hipersensibilidad y pérdida de fuerza, que mejora sólo parcialmente con tratamiento conservador y cede totalmente tras intervención quirúrgica.

En nuestro caso, la paciente acudió a consulta al mes de la intervención con desaparición total del dolor y de las parestesias en el antebrazo. A la exploración, presentaba prono-supinación y flexo-extensión completas. Por tanto, este caso evidencia que su verdadero problema era el atrapamiento del NIP simulando una "falsa epicondilitis", motivo por el cual no mejoraba a pesar de varios ciclos de tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

El atrapamiento del NIP puede simular incluso sobreponerse a una epicondilitis.

Según la bibliografía reciente, la mayoría de las epicondilitis aisladas mejoran con tratamiento conservador mientras que las patologías simuladoras de epicondilitis tales como el atrapamiento del NIP son subsidiarias de tratamiento quirúrgico, siendo las zonas más frecuentes de compresión de dicho nervio: los vasos recurrentes radiales, la aponeurosis proximal de ECRB, la arcada de Fröhse y el borde distal del supinador corto.

En definitiva, para poder tratar adecuadamente las distintas patologías, hay que saber explorarlas y reconocerlas como tal. Así, proponemos no infravalorar aquellas patologías aparentemente resistentes e insistir en una correcta exploración, diagnóstico y tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moraes MA, Gonçalves RG, Santos JB, Belloti JC, Faloppa F, Moraes VY. Diagnosis and treatment of posterior interosseous nerve entrapment: systematic review. *Acta Ortop Bras.* 2017; 25(1): 52-4.
2. Azar JM, Beaty JH, Canale ST. Peripheral nerve injuries. *Campbell's operative orthopaedics.* 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017, 3162-225.
3. Xiao TG, Cartwright MS. Ultrasound in the evaluation of radial neuropathies at the elbow. *Front Neurol.* 2019;12(10):216
4. Tsolias A, Detrembleur C, Druetz V, Lequint T, Lefebvre B. Effect of radial nerve release on lateral epicondylitis outcomes: a prospective, randomized, double-blinded trial. *J Hand Surg Am.* 2019;44(3):216-21