

SÍNDROME “DOBLE CRUSH” CUBITAL SECUNDARIO A MALFORMACIÓN DEL CARPO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Suárez Quintero, A; López Sorroche, E; Galindo Flores, MF.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Universitario Torrecárdenas. Almería



OBJETIVO: Reflexionar sobre la importancia de la exploración en el diagnóstico y las causas menos frecuentes de compresión de nervio cubital en el miembro superior mediante la presentación del caso de una paciente con clínica de irritación nerviosa cubital bifocal (“doble crush síndrome”) debida a compresión proximal asociada a compresión distal por inestabilidad pisopiramidal secundaria a piramidal bipartito.

MATERIAL Y MÉTODOS

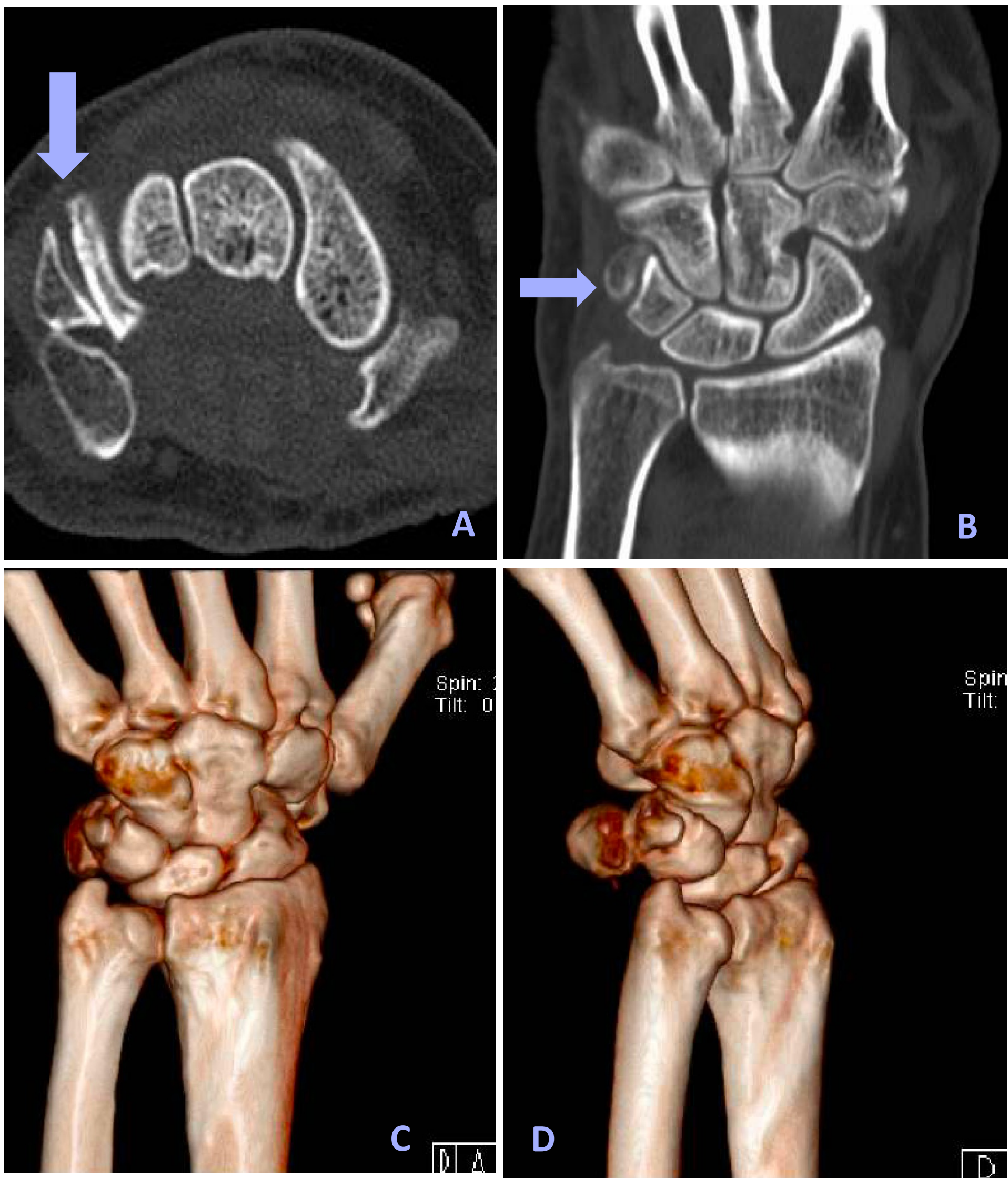
Paciente mujer de 52 años sin antecedentes de interés que es valorada en consultas por dolor atraumático de codo y muñeca izquierdas de años de evolución.

- A la exploración:
- **Codo izquierdo:** dolor a la salida de ligamento de Osborne y en canal de Guyón con tinnel positivo en ambas localizaciones y parestesias en 4º y 5º dedos, sin déficit motor.
 - **Muñeca izquierda:** crepitación y dolor en articulación pisopiramidal.

Se solicitan como pruebas complementarias radiografías simples, TC de muñeca, un electroneurograma de nervio cubital y una RMN de codo. Estas dos últimas no obtuvieron hallazgos de interés, pero en el TC y en las radiografías se apreció una **alteración morfológica del piramidal**, compuesto por **dos fragmentos óseos separados por cortical gruesa**, constituyendo una **variante tipo divisum o bipartito**.



Radiografía AP y lateral de mano izquierda



TC de mano y muñeca
A Corte axial del carpo. B Corte coronal
Se señala con flechas el piramidal bipartito
C D Reconstrucción 3D TC de mano y muñeca

Inicialmente se realizó un **manejo conservador** de la patología mediante AINEs, ferulización e infiltraciones de la articulación pisopiramidal y el canal de Guyón.

Tras fracaso del mismo se decide realizar cirugía para **doble liberación del nervio y exéresis de pisiforme trans flexor carpi ulnaris junto a parte del piramidal bipartito**.



Control radiológico AP y lateral postquirúrgico

Tras tres semanas de inmovilización con férula antebraquial se inició movilidad progresiva y rehabilitación asistida.

RESULTADOS

La herida quirúrgica no presentó incidencias en la cicatrización. Adicionalmente, la paciente **precisó la liberación del De Quervain 6 meses tras la intervención**, consiguiendo mejoría de la fuerza de la mano tras la misma. Actualmente, al año tras la cirugía, la **clínica de compresión nerviosa y el dolor en la muñeca han cesado**.

DISCUSIÓN

La **incidencia de neuropatía cubital en la muñeca en pacientes con inestabilidad pisopiramidal es del 33%¹**. En la literatura, hay varias causas descritas de inestabilidad pisopiramidal sin encontrar casos de piramidal bipartito^{1,2}.

Como tratamiento se ha incluido tradicionalmente la **pisiformectomía junto a liberación del guyón**, que alivia el dolor con mínimas secuelas funcionales¹. En lo que a la compresión cubital respecta, los autores recomiendan doble liberación precoz si hay clínica bifocal para mejor resultado funcional³⁻⁴.

CONCLUSIÓN

La detección de la causa de inestabilidad pisopiramidal es fundamental para su tratamiento. Los resultados obtenidos con doble liberación en nuestra paciente han sido más favorables que con tratamiento conservador.

BIBLIOGRAFÍA:

- Shulman BS, Rettig M, Sapienza A. Management of Pisotriquetral Instability. J Hand Surg Am. 2018 Jan;43(1):54-60. doi: 10.1016/j.jhsa.2017.10.020.
- Yildiran G, Kendir S, Karahan ST, Apaydin N. The morphologic and morphometric features of the triquetrum. Hand Surg Rehabil. 2023 Feb;42(1):40-44. doi: 10.1016/j.hansur.2022.11.002. Epub 2022 Nov 15.
- Andrews K, Rowland A, Pranjal A, Ebraheim N. Cubital tunnel syndrome: Anatomy, clinical presentation, and management. J Orthop. 2018 Aug 16;15(3):832-836. doi: 10.1016/j.jor.2018.08.010. Erratum in: J Orthop. 2020 Dec 14;23:275.
- Węgiel A, Zielinska N, Tubbs RS, Olewnik Ł. Possible points of compression of the ulnar nerve: Tricks and traps that await clinicians from an anatomical point of view. Clin Anat. 2022 Mar;35(2):155-173. doi: 10.1002/ca.23798.
- Ren HJ, Ye X, Li PY, Shen YD, Qiu YQ, Xu WD. Outcomes of ulnar nerve decompression for double crush syndrome. Br J Neurosurg. 2021 Feb 27;1-9. doi: 10.1080/02688697.2021.1889463. Epub ahead of print.

