

Neuropatía del nervio interóseo anterior secundaria a politraumatismo

Álvarez Álvarez, S; Junquera Méndez, C; García Sánchez, P; Gutiérrez Sáenz de Santa María, J; Briceño Sanz, JM.

Objetivos

Presentar un caso infrecuente de neuropatía del nervio interóseo anterior secundario a politraumatismo.

Material y metodología

Paciente de 40 años de edad que es trasladado al hospital tras una caída desde un tejado. Se realiza un total body TC donde se observan múltiples fracturas faciales, fractura en varios fragmentos del cuerpo de la escápula derecha y fractura del primer y segundo arcos costales derechos.

Resultados

Se decide tratamiento conservador de su fractura escapular y a las 3 semanas se realiza radiografía de control donde no se observa desplazamiento secundario. A las 6 semanas se realiza TC de control y se retira cabestrillo. Entonces el paciente refiere imposibilidad para realizar la pinza digital entre el primer y el segundo dedo de la mano ipsilateral, que se evidencia en la exploración: al hacerla, hiperextiende las articulaciones interfalángicas distales. Ante sospecha de neuropatía del nervio interóseo anterior se solicita electromiografía y RM de mano.

El estudio neurofisiológico muestra hallazgos compatibles con una neuropatía del nervio interóseo anterior derecho, traducidos en una denervación del músculo flexor profundo de los dedos y del flexor largo del pulgar, descartándose lesiones compresivas en la RM.

Se decide pautar tratamiento rehabilitador y complementos vitamínicos B y E y antioxidantes, remitiendo la sintomatología a los 6 meses.

Conclusiones

El síndrome de Kiloh-Nevin es una neuropatía por atrapamiento del nervio interóseo anterior. Este es una rama motora que se origina del nervio mediano a nivel del codo, e inerva la musculatura del antebrazo. Puede ocurrir de forma espontánea y ser autolimitado, o bien producirse compresión nerviosa por bandas fibrosas del pronador redondo o del arco del flexor superficial, vasos trombosados o traumatismos.

Generalmente se produce dolor en la parte proximal del antebrazo y debilidad o parálisis del flexor profundo de los dedos 2º y 3º, flexor largo del pulgar y pronador cuadrado, observando de manera característica, hiperextensión de la articulación interfalángica distal al hacer la pinza con el primer y el segundo dedo.

El estudio electromiográfico es fundamental para su diagnóstico y seguimiento. En cuanto al tratamiento, se recomienda inicialmente la rehabilitación y, si los síntomas persisten, realizar una descompresión quirúrgica del nervio.

