

NEUROPATÍA CUBITAL POR TUMOR INTRANEURAL, LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA.

González Alonso, Carmen; Maquieira, Marcelo; Presas, Jesica; Baruque Astruga, Marta; Arnanz Remis, Alberto.
Hospital Río Carrión Palencia. Hospital Dr. Luis Güemes, Haedo, Buenos Aires.

OBJETIVOS

Presentar un paciente con neuropatía cubital por "tumor intraneural". Resaltar la importancia de la exploración clínica y realizar revisión bibliográfica de la patología y el procedimiento realizado

MATERIAL Y MÉTODOS



♂ 74 años, pérdida de fuerza y sensibilidad en 4 y 5 dedos de mano derecha de 2 meses de evolución, dolor de tipo calambre en región cubital desde codo.

EXP: tinnel +++ en ligamento de Osborne, atrofia de músculos intrínsecos, 1º dorsal interóseo y eminencia hipotenar, Wartenberg +++, Froment ++, **anestesia 4 y 5 dedos y región dorsocubital de la mano (rama cutánea dorsal del nervio cubital) con discriminación de 2 puntos >6mm en pulpejos**, pérdida de fuerza en flexión de 4 y 5 dedo (3/5)

EMG: patrón denervativo moderado-severo a nivel de canal de Guyón del cubital

Dada la clínica, se propone **cirugía descompresiva a nivel de canal cubital en codo**, en la cirugía se observa fascia a tensión y al liberar se observa un tumor intraneural a nivel de la arcada de Osborne. Mediante microcirugía se extirpa el tumor y se manda a anatomía patológica

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Resultados AP: neurofibroma mixoide. En la primera consulta a las 2 semanas el paciente ha recuperado fuerza (4/5) y sensibilidad, discriminación de dos puntos 4mm y no refiere dolor, a las 4 semanas fuerza 5-/5 y ha mejorado la sensibilidad.

A pesar de la gran incidencia de la neuropatía cubital compresiva, los tumores de nervios periféricos rara vez afectan al nervio cubital en el codo. Aunque se recomienda pedir pruebas complementarias, **una buena exploración nos puede aportar más información**, como en nuestro caso. El tratamiento definitivo es quirúrgico y en nuestro paciente, requirió la escisión del neurofibroma mixoide