

Double Crush Syndrome: Una compresión cubital en el codo y en el canal de Guyón

Juan Moreno Blanco, Pablo Millán Antelo, Fernando Martín Gorroño, Alberto Plasencia Hurtado de Mendoza, Miguel Ángel Plasencia Arriba

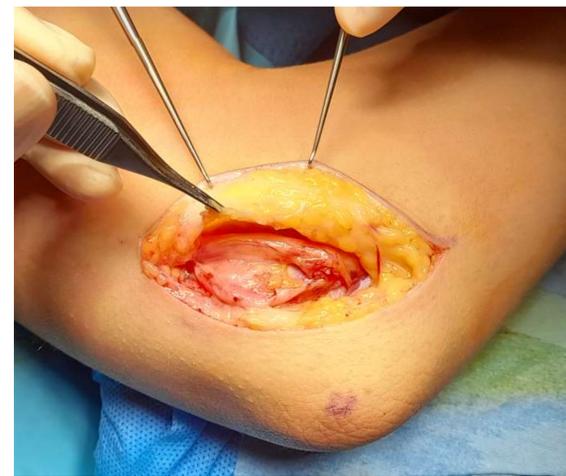
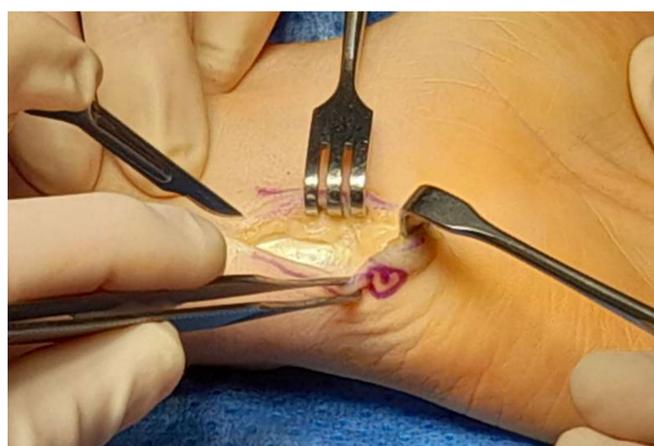
 Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

OBJETIVOS

Se denomina Double Crush Syndrome (DCS) compresión neurológica periférica de un nervio en dos localizaciones distintas. El objetivo de este caso es presentar un DCS cubital, su tratamiento y evolución.

MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 37 años, administrativa con trabajo repetitivo en el ordenador. Presenta una doble compresión cubital en el codo y en el canal de Guyón.



RESULTADOS

A la exploración no presentaba clínica radicular cervical. El signo de Spurling era negativo. En el codo y Guyón tenía un signo de Tinel llamativo. Refería hipoestésias y disestésias en todo el territorio cubital tanto en mano como en dedos. Presentaba mano del predicador, Wartenberg positivo, Froment positivo y debilidad de interóseos, aunque no muy llamativa. No se palpaban masas en codo, antebrazo ni mano.

Se solicitó un EMG en el que se informó como doble lesión cubital en codo y Guyón tras comparaciones de latencias e intensidades respecto al miembro contralateral.

Se interviene quirúrgicamente comenzando por el codo liberando desde proximal a nivel de la arcada de Struthers a distal a nivel de la salida de las dos cabezas del FCU. Tras la liberación se realizó una transposición subcutánea del nervio cubital dado que se luxaba anteriormente con la flexión >90°. Posteriormente se realizó una liberación distal a nivel del canal de Guyón desde proximal a distal hasta divisar la bifurcación motora bajo la musculatura hipotenar y la rama sensitiva. Se colocó un vendaje compresivo.

Se comenzó rehabilitación precoz y terapia ocupacional desde el primer día. A las 3 semanas la paciente refería mejoría significativa a nivel sensitivo. A los 6 meses tuvo franca mejoría en la fuerza de la pinza y en la oposición del primer dedo con una mejoría completa sensitiva.

CONCLUSIÓN

En nuestro caso el DCS fue una compresión a nivel de codo y canal de Guyón. Epidemiológicamente suele darse en pacientes con actividades repetitivas. El diagnóstico requiere una adecuada exploración de todo el trayecto nervioso del nervio periférico afecto y pruebas complementarias para una buena evolución y resultado clínico. La sintomatología suele ser distal predominantemente razón por la cual en ocasiones puede pasar desapercibida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dellon AL, Mackinnon SE: Chronic nerve compression model for the double crush hypothesis. *Ann Plast Surg* 1991;26(3): 259-264.
2. Schmid AB, Coppieters MW: The double crush syndrome revisited: A Delphi study to reveal current expert views on mechanisms underlying dual nerve disorders. *Man Ther* 2011;16(6):557-562.
3. Lo SF, Chou LW, Meng NH, et al: Clinical characteristics and electrodiagnostic features in patients with carpal tunnel syndrome, double crush syndrome, and cervical radiculopathy. *Rheumatol Int* 2012;32(5):1257-1263.
4. Akyuz M, Yalcin E, Selcuk B, Onder B, Ozçakar L: Electromyography and ultrasonography in the diagnosis of a rare double-crush ulnar nerve injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2011;92(11):1914-1916.
5. Upton AR, McComas AJ: The double crush in nerve entrapment syndromes. *Lancet* 1973;302(7825):359-362.

Juanchi700@hotmail.com

59 CONGRESO
secot
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA