

347/2944 - SÍNDROME DEL NERVIO INTERÓSEO POSTERIOR

L. Vieites López de Rego^a, M. Escalente Costell^b, M. Álvarez Martínez^c y R. Sanjurjo Navarro^d

^aMédico Residente de 4º años de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrelodones. Madrid. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Abajón. Las Rozas. Madrid. ^cMédico Residente de 4º años de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aravaca. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 39 años sin antecedentes relevantes que acude a Urgencias por dolor en codo derecho y mano caída tras traumatismo hace 48 horas.

Exploración y pruebas complementarias: Mano caída. A nivel de codo no hay hematoma ni tumefacción. Dolor a la palpación de olecranon. Realiza flexión a 90º, pronosupinación y extensión completa contra gravedad. A nivel de muñeca no presenta tumefacción, hematoma ni deformidad, no dolor a la palpación de estructuras óseas. Impotencia funcional para pronosupinación, extensión de muñeca y dedos. No realiza abducción ni aducción de dedos. Hipoestesia en región dorsal de 1º y 2º dedos. En radiografías de muñeca y codo no se visualizan lesiones óseas.

Orientación diagnóstica: Por la anamnesis y la exploración, la sospecha es una lesión traumática del nervio radial. En urgencias se coloca férula con muñeca en extensión y se remite a consultas para completar estudio con ecografía y EMG y para iniciar tratamiento con ortesis que mantengan muñeca en extensión.

Diagnóstico diferencial: Hay que hacer diagnóstico diferencial de las posibles causas intraneurales (schwannoma, neurofibroma o gangliones), procesos expansivos extraneurales (lipomas, fibromas,, gangliones, sinovitis, condromatosis sinovial, artritis séptica, condromas, hemangioma, miositis y bursitis), causas traumáticas e iatrogénicas.

Comentario final: El síndrome del nervio interóseo posterior se caracteriza por la pérdida de función motora de algunos o todos los músculos inervados distalmente a la zona de compresión del nervio. Su diagnóstico clínico es sencillo y los estudios electromiográficos se encuentran alterados. Inicialmente el tratamiento es conservador con inmovilización con una ortesis durante 8-12 semanas. Si tras 6 semanas el cuadro tanto clínico como electromiográfico empeora, o si se mantiene la paresia, será necesario realizar una exploración quirúrgica. Tras el diagnóstico etiológico, se debe tratar la causa mediante tratamiento conservador (infiltraciones en enfermedad reumática) o quirúrgico en fracturas, infecciones o tumores.

Bibliografía

1. Yáñez J, Castro M, Pombo S, et al. Neuropatías compresivas del nervio interóseo posterior. En: Neuropatías periféricas por compresión. Madrid: Fundación MAPFRE Medicina, 2002; p. 165-85.

2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.
3. Dawson DM. Entrapment neuropathies of the upper extremities. *N Engl J Med.* 1993;2013-8.

Palabras clave: Parálisis radial. Traumatismo.