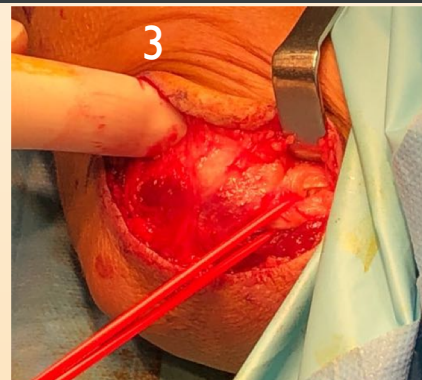
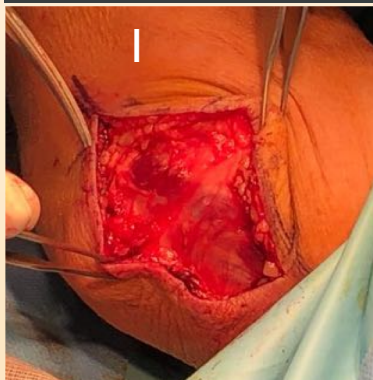


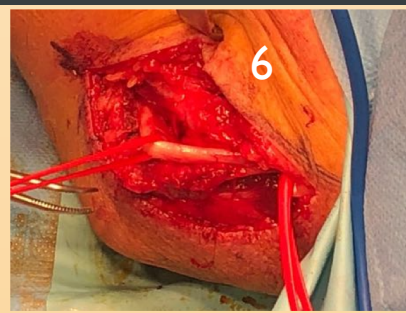
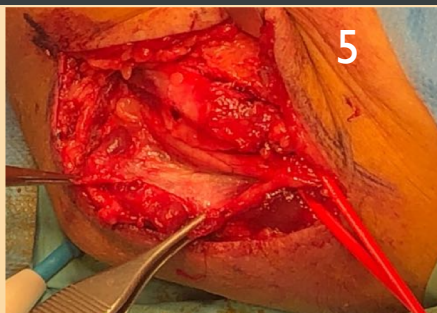
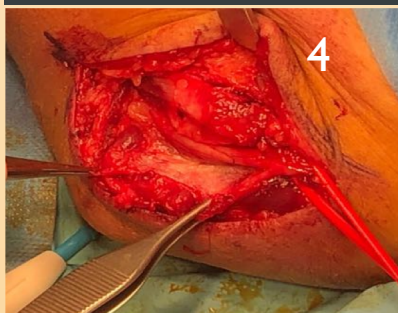


Introducción: La neuropatía compresiva del nervio cubital en el canal epitrocleo-olecraneano es la segunda patología compresiva de nervios periféricos más frecuente. Suelen ser idiopáticas y crónicas aunque existen factores predisponentes (deformidad en valgo, lipomas...). La presencia de un músculo anconeus epitrochlearis aberrante puede ser causa, excepcional y poco documentada, de compresión del nervio cubital

Objetivo: Recordar la etiología de la neuropatía compresiva del nervio cubital en la articulación del codo.



Material y Método: Se presenta a un paciente, varón de 35 años sin antecedentes médicos de interés, que acude a consultas de Traumatología por dolor en la región epitrocLEAR de codo derecho de varios meses de evolución, asociando síntomas de neuropatía cubital. El miembro afectado era el dominante y su trabajo habitual era en la construcción. En la exploración, tenía dolor a la palpación en musculatura epitrocLEAR, hipoestesias en cara volar de 4-5º dedos que se acentuaba con la extensión y flexión del codo. Signo de Froment positivo sin atrofas de interóseos, conservando la abducción y adducción de dedos. Signo de Tinnel y Phalen negativos. Se solicitó un electromiograma y ante la persistencia de síntomas clínicos, se decidió tratamiento quirúrgico



Resultados: Los resultados de la electromiografía hablan de una neuropatía cubital localizada en el codo de tipo mixto e intensidad severa. Mediante un abordaje medial, se disecaron los planos hasta visualizar el nervio cubital ingresando en el túnel cubital por debajo del anconeus epitrochlearis (imagen 1-3). Su recorrido iba desde el olécranon hasta la epitrocLEA. Se disecó el músculo accesorio y se comprobó el trayecto del nervio cubital en un plano más profundo (4-6). Seccionamos el músculo desde la epitrocLEA, lo evertimos y completamos la descompresión del nervio con la apertura de la aponeurosis del flexor carpi ulnaris. Durante el primer mes postoperatorio, el paciente se ha recuperado adecuadamente, estando actualmente completamente asintomático.

Conclusión: El síndrome del túnel cubital causado por el músculo anconeus epitrochlearis está poco documentado, habiendo únicamente reportes de casos aislados. La presencia asintomática en la población general es frecuente. Ante el fracaso del tratamiento conservador, la resección quirúrgica del músculo es un tratamiento eficaz para la descompresión nerviosa.

Bibliografía:

1. **Dekelder I, Van Glabbeek F, Dijks H, Stassijns G.** Bilateral ulnar nerve entrapment by the M. anconeus epitrochlearis. A case report and literature review. *Clin Rheumatol* 2012;31(7):1139-42.
2. **Assmus H, Antoniadis G, Bischoff C, Hoffmann R, Martini AK, Preissler P, et al.** Cubital tunnel syndrome. A review and management guidelines. *Cent Eur Neurosurg* 2011;72:90-8.

