

Músculo ancóneo epitroclear. Una infrecuente causa de neuropatía cubital del codo.

V. CORTÉS TRONCH, L. AGUILLELLA FERNÁNDEZ.

SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA. ALZIRA. VALENCIA

Resumen. La neuropatía por atrapamiento del nervio cubital en el codo es una patología frecuente que puede tener diversas causas. Una de ellas es la presencia de musculatura accesorio, como el músculo ancóneo epitroclear. Aunque se encuentra con frecuencia en la población general, es una causa rara de neuropatía por compresión. A pesar de su similitud con la forma idiopática, hay ciertos matices que pueden sugerir que el origen de la compresión se debe a esta musculatura accesorio. El presente trabajo expone un caso representativo en el cual el músculo ancóneo epitroclear fue descubierto durante la intervención quirúrgica.

Anconeus epitrochlearis muscle. A rare cause of elbow cubital neuropathy.

Summary. The entrapment neuropathy of the ulnar nerve at the elbow is a frequent pathology with a variety of etiologies. One of them is the presence of an accessory muscle, such as the anconeus epitrochlearis. Although this muscle is frequently found in the general population, it is a rare cause of nerve compression. Despite its similarity to the idiopathic form, there are certain features that may suggest that the compression is due to this accessory muscle. This work reports a representative case in which the anconeus epitrochlearis was discovered during the surgical intervention.

Correspondencia:
Víctor Cortés Tronch
Camino Nuevo de Picaña, 55 bajo.
46014 Valencia
Correo electrónico: victor.cortes.tr@gmail.com

Introducción

La neuropatía por atrapamiento del nervio cubital es una patología muy frecuente, siendo la segunda en incidencia tras el síndrome del túnel carpiano¹. Normalmente es idiopática, pero también puede tener una causa secundaria². Una de estas últimas es la presencia de musculatura accesorio, como el músculo ancóneo epitroclear³. Este músculo tiene su origen en el cóndilo humeral medial y su inserción en la cara interna del olécranon, sustituyendo al ligamento de Osborne y conformando el techo del canal cubital en el codo. De hecho, algunos estudios⁴ han sugerido la posibilidad

de que el ligamento de Osborne sea un resto vestigial del músculo ancóneo epitroclear, que habría tenido una función estabilizadora de la articulación en los movimientos de flexo-extensión cuando los precursores del ser humano aún no habían alcanzado evolutivamente la bipedestación.

Se desconoce la prevalencia de la neuropatía cubital ocasionada por un músculo ancóneo epitroclear, aunque se piensa que es baja, ya que en la literatura se recogen únicamente casos aislados. Por otra parte, la presencia del músculo ancóneo epitroclear no siempre provoca sintomatología de atrapamiento del nervio cubital. De hecho, mediante pruebas de imagen y estudios en cadáveres, se ha encontrado este músculo hasta en un 34% de la población general⁵. Algunos autores consideran que su presencia constituye un factor protector para evitar el atrapamiento del nervio cubital y sería únicamente su hipertrofia en el brazo dominante lo que provocaría la aparición de la sintomatología⁶.

El objetivo de este trabajo es presentar un caso representativo de un atrapamiento del nervio cubital por un músculo ancóneo epitrocLEAR, el cual fue descubierto intraoperatoriamente.

Caso Clínico

Paciente varón de 65 años, trabajador del sector de la construcción, que presentaba una sintomatología de parestias y disestesias en la región medial del codo derecho, que se extendía al antebrazo y la mano, sin pérdida de sensibilidad. También se acompañaba de pérdida de fuerza y dolor moderado al realizar la desviación cubital de la muñeca. Había tenido una evolución constante, agravándose durante 5 años, sin un claro empeoramiento con los movimientos, ya que la clínica era similar cuando el brazo estaba en reposo.

Las medidas iniciales mediante higiene postural y analgésicos orales no produjeron un alivio sintomático suficiente. Se realizó entonces un estudio neurofisiológico, en el que se apreciaron signos de afectación predominantemente sensitiva del nervio cubital derecho, con compromiso focal en codo, compatibles con una neuroapraxia. A la vista estos hallazgos y de la evolución clínica, se decidió intervenir quirúrgicamente al paciente. Durante la cirugía se constató la existencia de un músculo accesorio voluminoso que cubría el canal epitrocLEAR-olecraniano (Fig. 1). Se procedió a su sección y consecuente liberación del nervio cubital, el cual no mostraba signos macroscópicos de estenosis (Fig. 2). La evolución postoperatoria fue satisfactoria, desapareciendo la sintomatología.

En una revisión efectuada a los dos años, el paciente seguía asintomático del codo derecho intervenido. Al explorar el codo contralateral, se apreció una masa blanda sobre el canal epitrocLEAR-olecraniano, que hizo sospechar la presencia de otro músculo ancóneo epitrocLEAR. Con el consentimiento del paciente, se realizó una resonancia magnética del codo izquierdo, que confirmó la sospecha clínica (Figs. 3 y 4), aunque en este caso la presencia del músculo accesorio no provocaba ningún tipo de sintomatología.

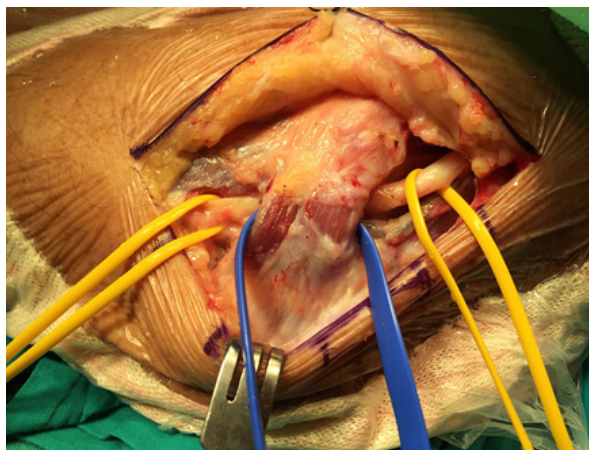


Figura 1. Imagen intraoperatoria del músculo ancóneo epitrocLEAR cubriendo y comprimiendo el nervio cubital a su paso por el canal epitrocLEAR-olecraniano.

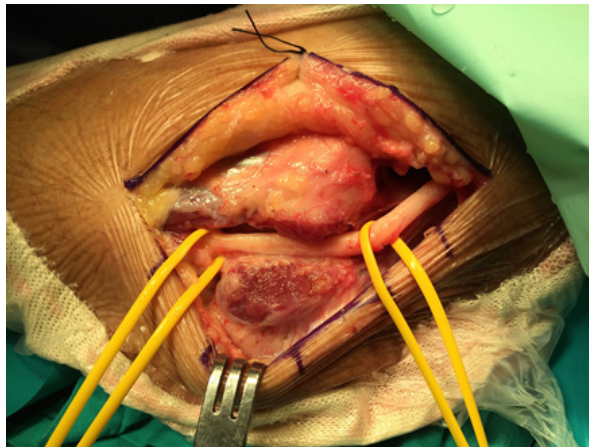


Figura 2. Aspecto del músculo ancóneo epitrocLEAR tras haber sido seccionado, dejando expuesto el nervio cubital.

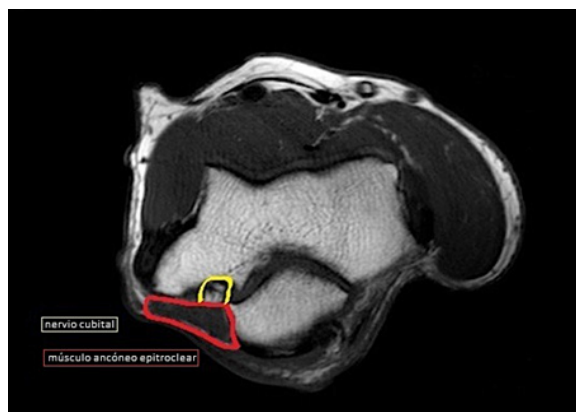


Figura 3. Imagen de RM del codo contralateral en el plano axial. Se ha delimitado con color rojo el área correspondiente al músculo ancóneo epitrocLEAR.



Figura 4. Imagen de RM del codo contralateral en el plano sagital. Nuevamente se ha delimitado el contorno del músculo epitrocLEAR-olecraniano.

Discusión

El descubrimiento de un músculo ancóneo epitroclear comprimiendo el nervio cubital suele ser un hallazgo intraoperatorio, dado que la mayoría de las veces no se piden pruebas de imagen previas al tratamiento quirúrgico de liberación del nervio cubital. Por otra parte, las pruebas electrofisiológicas no son capaces de distinguir la causa del atrapamiento⁷.

No obstante, algunos autores sí que han descrito algunos rasgos clínicos y electrofisiológicos que podrían hacernos pensar que la causa de la neuropatía pudiera ser un atrapamiento por un músculo accesorio ancóneo epitroclear⁸. La edad de aparición sería más temprana (en la segunda o tercera década de la vida) y la sintomatología tendría como principal síntoma de inicio el dolor en la cara medial del codo, en lugar de las parestesias u otra sintomatología sensitiva⁹. La evolución clínica tendría también un curso más rápido que en el atrapamiento idiopático habitual y, debido a esto, habría una menor atrofia muscular ya que los pacientes acudirían a consulta precozmente. Por último, a diferencia de la forma idiopática, la sintomatología no mejoraría con medidas posturales como la extensión del codo. Estas supuestas peculiaridades clínicas son difíciles de comprobar dado el escaso número de pacientes con esta patología. En cualquier caso, la escisión de este músculo accesorio cuando es sintomático parece ser resolutive, como ha sido en nuestro caso y en los descritos en la literatura.

Es evidente, dada la elevada frecuencia del músculo ancóneo epitroclear en la población general, que su simple presencia no basta para provocar sintomatología de atrapamiento del nervio cubital. También en nuestro caso estaba presente en el codo contralateral de forma asintomática. Por esta razón, la realización sistemática de pruebas de imagen preoperatorias (ecografía o resonancia magnética) en los casos de neuropatía cubital no parece estar justificada, salvo que se sospeche clínicamente su presencia.

En conclusión, el músculo accesorio ancóneo epitroclear es una infrecuente causa de compresión del nervio cubital a nivel del codo y suele descubrirse intraoperatoriamente. Su escisión resuelve el problema compresivo.

Bibliografía

1. Shah C, Calfee R, Gelberman R, Goldfarb C. Outcomes of rigid night splinting and activity modification in the treatment of cubital tunnel syndrome. *J Hand Surg Am* 2013; 38:1125-30.
2. Filippou G, Mondelli M, Greco G, Bertoldi I, Frediani B, Galeazzi M, y cols. Ulnar neuropathy at the elbow: how frequent is the idiopathic form? An ultrasonographic study in a cohort of patients. *Clin Exp Rheumatol* 2010; 28:63-7.
3. Fernandez J, Camuzard O, Gauci MO, Winter M. A rare cause of ulnar nerve entrapment at the elbow area illustrated by six cases: The anconeus epitrochlearis muscle. *Chir Main* 2015; 34:294-9.
4. Capdarest-Arest N, Gonzalez J, Turker T. Hypotheses for ongoing evolution of muscles of the upper extremity. *Med Hypotheses* 2014; 82:452-6.
5. Masear VR, Hill JJ Jr, Cohen SM. Ulnar compression neuropathy secondary to the anconeus epitrochlearis muscle. *J Hand Surg Am* 1988; 13:720-4.
6. Wilson TJ, Tubbs RS, Yang LJ. The anconeus epitrochlearis muscle may protect against the development of cubital tunnel syndrome: a preliminary study. *J Neurosurg* 2016; 125:1533-8.
7. Cheriyan T, Neuhaus V, Mudgal CS. Velocity drop in anconeus epitrochlearis-associated cubital tunnel syndrome. *Am J Orthop* 2014; 43:227-9.
8. Seung-Deuk B, Chul-Hyun K, In-Ho J. Ulnar neuropathy caused by an anconeus epitrochlearis: clinical and electrophysiological findings. *J Hand Surg Eur* 2011; 36:607-8.
9. Erdem Bagatur A, Yalcin MB, Ozer UE. Anconeus epitrochlearis muscle causing ulnar nerve neuropathy at the elbow: Clinical and neurophysiological differential diagnosis. *Orthopedics* 2016; 39:988-91.