



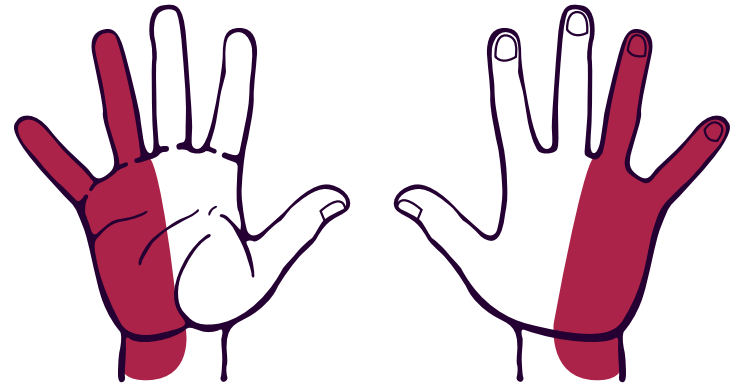
Colección de Folletos de Patologías Nervio Periféricas

SÍNDROME DE TÚNEL CUBITAL

2
FOLLETOS

Sus molestias son:

Adormecimiento u hormigueo en el dedo anular/meñique en la palma o dorso de la mano (zona azul).



Debilidad, torpeza y no puede sostener los objetos. Su mano se adormece mientras conduce, sostiene el teléfono o trabaja.

El adormecimiento u hormigueo viene y se va o tal vez permanece durante todo el día.

El adormecimiento del dedo pulgar o índice no forman parte del problema. Si alguno de estos dedos se adormecen, tal vez usted tenga el Síndrome del Túnel del Carpo también (ver folleto No. 1 del Túnel del Carpo).

¿Qué causa sus molestias?

Un nervio cruza al lado del codo a través de un túnel, llamado Nervio Ulnar o Cubital y es del grosor de una pluma.

Cuando el codo se dobla (flexiona), el nervio es comprimido, el flujo sanguíneo hacia el nervio disminuye y el nervio envía un mensaje de adormecimiento y hormigueo, o un corrientazo

en dirección hacia los dedos.

Cuando esto sucede, los músculos también se debilitan.

¿Cuándo debería someterse a cirugía?

Cuando sus dedos permanezcan adormecidos la mayoría del tiempo durante el día.

Cuando comience a dejar caer objetos de su mano.

Si en su trabajo se requiere mantener flexionado su codo durante períodos largos de tiempo.

Cuando pierde coordinación en su mano: no puede cruzar fácilmente sus dedos, no puede abotonarse o colocarse aretes.

Cuando la prueba de Neurosensibilidad con el PSSD (ver folleto No. 9 de Prueba de Sensibilidad) demuestra que el nervio esta muriendo.

¿En qué consiste la cirugía?

La cirugía toma alrededor de una hora a una hora y media.

La cirugía es ambulatoria.

La cirugía se realiza bajo anestesia general.

La incisión se realiza con una longitud de 2cm de longitud a un costado del codo.

Las estructuras que comprimen el nervio Ulnar son liberadas.

Para prevención de que el nervio ulnar vuelva a presentar compresión dentro del túnel cubital, el nervio es movido (transpuesto) hacia la parte frontal del codo.

Para proveer suficiente espacio in la nueva posición, y para prevenir que el nervio se movilice hacia la región posterior del codo, se debe realizar una ventana a través de los músculos.

Cuando los músculos son reposicionados, son estirados suficientemente permitiendo el uso inmediato de su mano y brazo en sus actividades diarias.

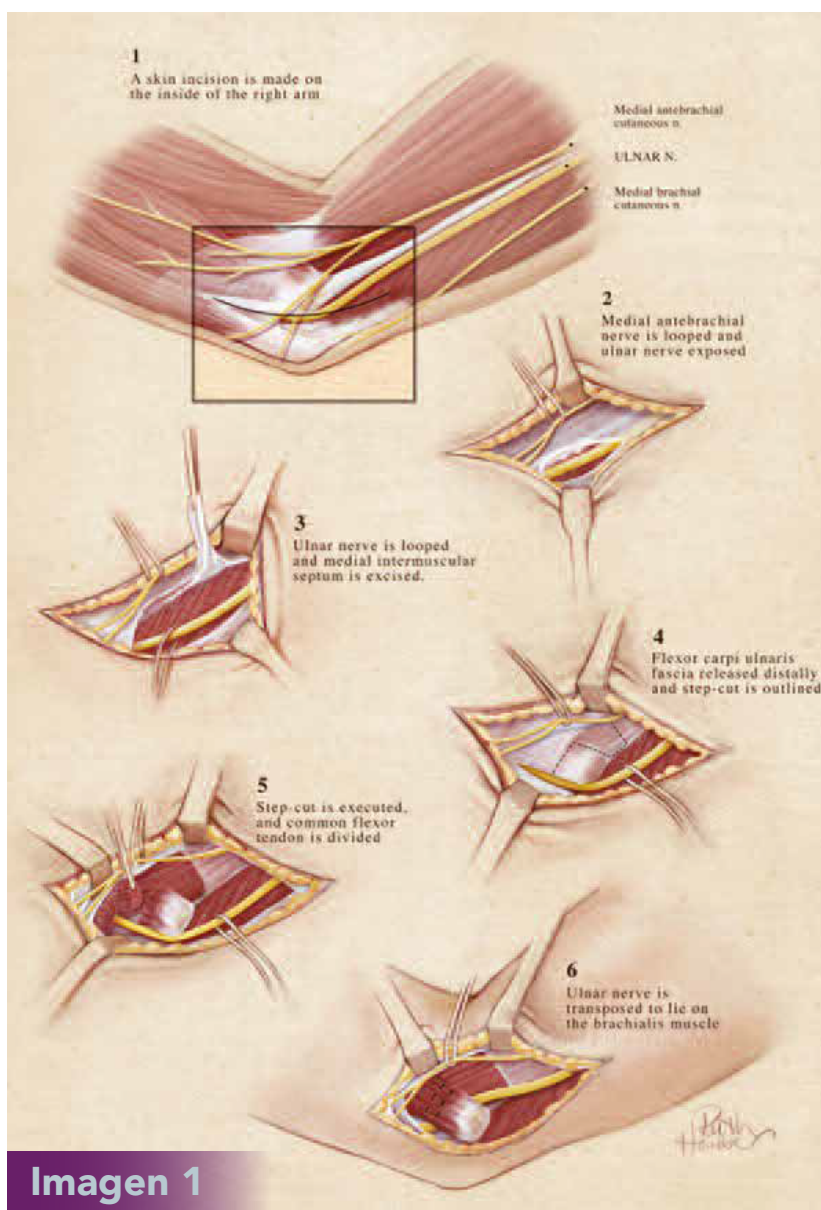
Anestesia local es utilizada después de la cirugía, sus dedos se encontrarán adormecidos por aproximadamente 4 horas. Su dolor será mínimo.

Si presentas este u otros malestares no dudes en separar tu cita comunicandose al (04) 505 - 6774 o (09) - 8960 - 6408

Usted utilizará un cabestrillo por una semana al dormir o caminar.

Usted podrá utilizar su mano inmediatamente.

¿Cómo luce el nervio?



¿Cuáles son los riesgos de la cirugía?

El abordaje utilizado para el tratamiento de las patologías del nervio cubital ofrece los mejores resultados de alivio de sus síntomas. Siempre existirá un riesgo relacionado con cualquier procedimiento quirúrgico, así como el uso de anestesia, sangrado o infección.

Las complicaciones directamente relacionadas a la transposición muscular del nervio Ulnar en el codo son:

Naturaleza impredecible del proceso de cicatrización (formación de cicatriz).

Cicatriz dolorosa por atrapamiento del nervio en la piel.

La extensión completa del codo justo después de la cirugía, podría hacer que los puntos internos se rompan.

El proceso de cicatrización toma más tiempo si usted es diabético/a.

Puede existir alguna ligera presencia de adormecimiento en sus dedos.

Puede existir mínima permanencia de debilidad al agarre o al pinzar.

Podría llevar más de un año hasta lograr el punto máximo de alivio del dolor.

¿Quién debería realizar esta cirugía?

Los cirujanos quienes recibieron entrenamiento en el Instituto de Cirugía de Nervio Periférico, tienen el más alto nivel de entrenamiento y experiencia al realizar esta cirugía, ofreciéndole a usted una mayor tasa de éxito.

Bibliografía

- Dellon AL; Mackinnon SE: Injury to the medial antebrachial cutaneous nerve during cubital tunnel surgery. J Hand Surg 10B:33-36, 1985.
- Dellon AL: Operative technique for submuscular transposition of the ulnar nerve. Contemp Orthop 16:17-24, 1988.
- Mackinnon, S.E., Dellon, A.L.: Cubital Tunnel Syndrome, in Surgery of the Peripheral Nerve, Chapter 9, Thieme Pub., New York, NY., 1988.
- Dellon AL: Review of treatment results for ulnar nerve compression at the elbow. J Hand Surg 14A:688-699, 1989.
- Dellon AL: Techniques for Successful Management of Ulnar Nerve Entrapment at the Elbow. Neurosurg Clin North Amer. 2:57-73, 1991.
- Dellon AL: Tendon transfer to correct the abducted little finger in ulnar dysfunction. J Hand Surg 16A:819-823, 1991.
- Dellon AL, Hament W, Gittelsohn A: Non-operative management of cubital tunnel syndrome; results of eight year prospective study. Neurol 43:1673-1677, 1993.
- Dellon AL, Chang E, Coert JH, Campbell K: Intraneural ulnar pressure changes related to operative techniques for cubital tunnel decompression. J Hand Surg (Am) 19A:923-930, 1994.
- Dellon AL, Keller KM: Computer-assisted quantitative sensory testing in carpal & cubital tunnel syndromes. Ann Plast Surg 38:493-502, 1997.
- Dellon AL, Coert JH: Technique of musculofascial lengthening for treatment of ulnar nerve compression at the elbow. J Bone Joint Surgery, 86A: 169-179, 2004.