



DIRECTRICES PARA LA DECISIÓN CLÍNICA EN ENFERMEDADES PROFESIONALES

Enfermedades profesionales relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos

Síndrome por compresión del nervio cubital en el codo

DDC-TME-02



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD



INSTITUTO NACIONAL
DE SEGURIDAD E HIGIENE
EN EL TRABAJO

is
Instituto
de Salud
Carlos III

ENFERMEDADES PROFESIONALES RELACIONADAS CON LOS TME

SÍNDROME POR COMPRESIÓN DEL NERVO CUBITAL EN EL CODO

DEFINICIÓN

Es una mononeuropatía por compresión del nervio cubital cuando se hace superficial a nivel del codo.

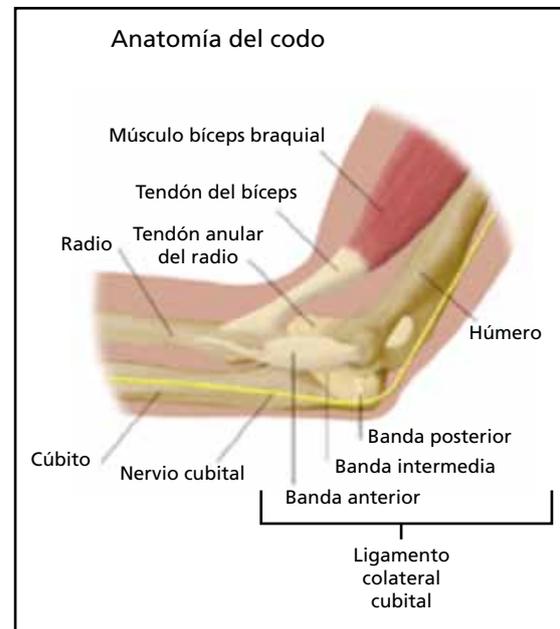
El nervio cubital es un nervio mixto que se origina de las raíces C8-T1 del plexo braquial, desciende por el brazo junto a la arteria humeral, sin dar ramas, y en el codo atraviesa el canal cubital o epitrocleo-olecraniano, donde es fácilmente lesionable; posteriormente aporta algunas *ramas motoras* a nivel del antebrazo. A nivel de la muñeca se divide en una *rama superficial*, que recoge la sensibilidad de la mano, y otra *motora*, que inerva la musculatura intrínseca de la mano.

El síndrome compresivo del nervio cubital es el segundo en frecuencia en la extremidad superior, después del síndrome del túnel carpiano. Es tres veces más frecuente en hombres que en mujeres.

Sus acciones son

- Sensibilidad de la región cubital palmar y dorsal de la mano y dedos cuarto y quinto.
- Movimientos de separación y aproximación de los dedos.
- Aducción del pulgar.

La causa más frecuente de las lesiones nerviosas del nervio cubital es la compresión a nivel del canal cubital en el codo, debido a que este canal es muy superficial y se estrecha durante los movimientos de flexión del codo.





SÍNTOMAS Y SIGNOS

La clínica característica consiste en **dolor penetrante y agudo localizado sobre la epitróclea**, irradiado **al borde cubital de la mano**. En ocasiones se acompaña con trastornos sensitivos tales como **parestesias e hipoestesis en el 4º y 5º dedo**. Evoluciona a la **amiotrofia hipotenar y de músculos interóseos** y a la aparición de la “garra cubital”. Habitualmente las disestesias han estado presentes durante un periodo variable de tiempo antes de iniciar la pérdida de fuerza.

Manifestaciones clínicas

Debilidad en la aducción y abducción de los dedos y en la aducción del pulgar.

Atrofia de la eminencia hipotenar y de los músculos interóseos.

Debilidad de la aproximación o flexión cubital de la muñeca (por afectación del músculo cubital anterior).

Mano en garra: la parálisis completa del nervio cubital produce una deformidad característica de “mano en garra” debido a la atrofia y debilidad muscular y a la hiperextensión en las articulaciones metacarpo-falángeas con flexión de las articulaciones interfalángeas.

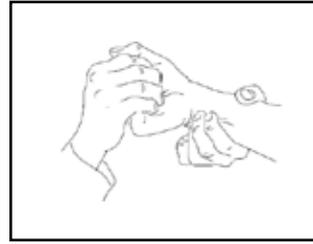
Paresia de los músculos inervados por el cubital (cubital anterior, flexores de los dedos cuarto y quinto, la mayor parte de los músculos intrínsecos de la mano).

Hipoestesia y parestesias en territorio cubital.

MANIOBRAS DE EXPLORACIÓN

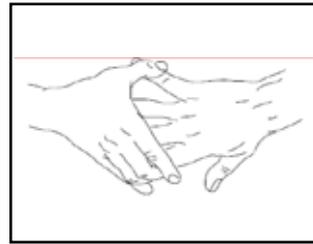
Músculo cubital anterior

Su paresia se produce en las lesiones cubitales en el codo y suele ser más leve que la de los músculos distales. Se explora pidiendo al sujeto que flexione en sentido cubital la muñeca contra resistencia, al mismo tiempo que se palpa el relieve del tendón del músculo cubital anterior.



Músculos interóseos

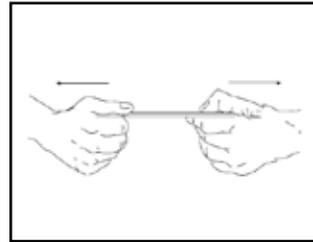
Se explora la fuerza contra resistencia de la separación de los dedos 2º y 5º. Su paresia, como la de todos los demás músculos intrínsecos de la mano, puede darse tanto en lesiones cubitales en el codo como en el carpo.



Signo de Froment

Se invita al sujeto a coger un papel recio entre los dedos pulgares y los índices flexionados y a que tire con fuerza de los extremos.

Si existe paresia del abductor del pulgar, el papel se escapa de la mano parética. El pulgar adopta una posición anómala, comparativamente con el lado sano, por acción compensadora del músculo flexor largo del pulgar.



Luxación del nervio cubital en el canal epitrocLEAR

La luxación del nervio, frecuentemente bilateral, se explora colocando el explorador su mano en el canal epitrocLEAR y palpando el nervio cubital. Con la otra mano (la izquierda para el codo derecho y viceversa) flexiona pasivamente el codo del paciente hasta los 90º. En caso de luxación, se palpa cómo el nervio salta por encima del epicóndilo medial del húmero.





PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico se establece teniendo en cuenta la anamnesis, exploración clínica y electrodiagnóstico neurológico.

Pruebas neurofisiológicas

La electromiografía y la neurografía son exploraciones complementarias prácticamente imprescindibles en la confirmación de la lesión y en el diagnóstico.

Pruebas de laboratorio

Los estudios analíticos permitirán evaluar la posible asociación a enfermedades metabólicas, trastornos inmunológicos, infecciones, estados carenciales e intoxicaciones.

VULNERABILIDAD (*trabajadores especialmente sensibles*)

Factores anatómicos

En presencia de los cuales los nervios son más vulnerables. Ejemplo:

Fracturas o artrosis de muñeca
Tenosinovitis

Deformidades traumáticas, degenerativas o congénitas de los desfiladeros

Alteraciones metabólicas

Hormonales, carenciales o tóxicas que pueden contribuir al estrechamiento de los desfiladeros nerviosos o hacer que los nervios sean más vulnerables por producir polineuropatía que puede ser subclínica; por ejemplo:

Hipotiroidismo

Colagenosis

Diabetes mellitus

Obesidad

Artritis reumatoide

Adelgazamiento intenso rápido

Amiloidosis

Embarazo

Esclerodermia

Anovulatorios

Alcoholismo/malnutrición

Menopausia

Carencia de Vitamina B12 (gastritis crónica, gastrectomía)

Ooforectomía bilateral

Gota/condrocalcinosis

Fármacos

Potencialmente neurotóxicos: isoniazida, difenilhidantoína, antabús, amiodarona, cloramfenicol, amitriptilina, metronidazol, perhexilina maleato, citostáticos.

Otras

Neuropatía con hipersensibilidad a la compresión.



ACTIVIDADES DE RIESGO

Las neuropatías por compresión o por atrapamiento, que unificaremos bajo el término de “neuropatías por presión”, se encuadran dentro del conjunto heterogéneo de riesgos laborales que se engloban en términos genéricos como “sobresfuerzo laboral”, “trauma acumulativo” o “lesiones por esfuerzos repetidos” (*repetitive strain injuries*). Por tanto, las lesiones nerviosas por presión generalmente comparten riesgos con lesiones musculares, articulares, tendinosas y vasculares en las mismas regiones anatómicas.

Condiciones de riesgo listadas en el RD 1299/2006

Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión.

Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión del codo.

Trabajos que requieran apoyo prolongado en el codo.

Actividades y tareas de riesgo

Montaje manual (electrónica, mecánica, automóvil, etc.)

Industrias de cerámica

Industrias textiles

Mataderos (carniceros, matarifes)

Limpieza

Albañiles, empedradores, agricultores, jardineros

Soldadores, carpinteros, pulidores, pintores, leñadores, herreros

Deportistas (ciclistas de fondo, lanzadores de martillo, disco, jabalina)

Trabajos manuales: joyería, relojería, textil, talla, pulido, bruñido, burilado

Telefonistas, empleados de zapatería

Conductores, motoristas

Empleados de mudanzas, descargadores

Trabajos con ordenadores

Tareas de riesgo

Movimientos forzados repetidos:

Flexión y extensión de codo (cubital)

Apoyos prolongados o repetidos sobre superficies duras o aristas:

Del talón de la mano (cubital, mediano)

Del codo (cubital)

Las que actúan por percusión: martillos, pistoletes neumáticos (mediano y cubital)

Las que actúan por rotación: cortadoras y muelas eléctricas (cubital y mediano)

Percusión/rotación: taladros (cubital, mediano)

Con empuñadura corta y/o delgada y/o resbaladiza (cubital, mediano)

Pesadas para uso repetido: martillo de carpintero, hacha (cubital, mediano del serrato mayor)



REPERCUSIÓN

Incapacidad laboral

Indicación ante sintomatología severa sensitiva, afectación motora, dolor con limitación funcional, aparición de sintomatología vascular (fenómeno Raynaud).

Tiempo estándar de Incapacidad Transitoria ^(*)

Lesión del nervio cubital (CIE.9.MC: 352.2): 60 días.

() Tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador.*

() Tiempos estándar de incapacidad temporal, Instituto Nacional de Seguridad Social, 2010.*

Calificación del Síndrome del canal epitrocleo-olecraniano por compresión del nervio cubital como enfermedad profesional

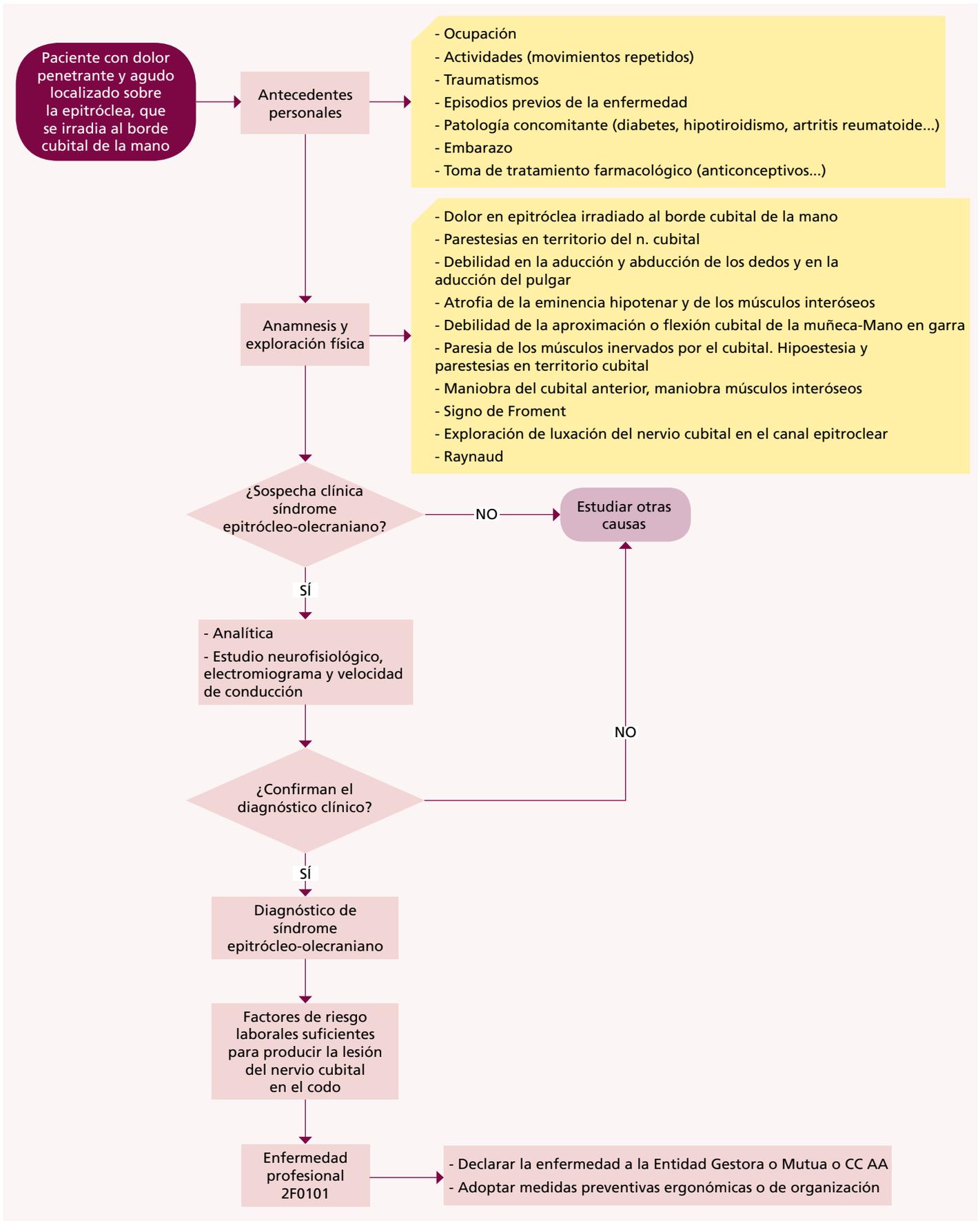
Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: parálisis de los nervios debidos a la presión:

Síndrome del canal epitrocleo-olecraniano por compresión del nervio cubital en el codo.

2F0101 Trabajos en los que se produzca un apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre las correderas anatómicas que provocan lesiones nerviosas por compresión. Movimientos extremos de hiperflexión y de hiperextensión. Trabajos que requieran apoyo prolongado en el codo.

- Correlación entre el cuadro clínico y la carga postural y movimientos en el puesto de trabajo.
- Concordancia entre la remisión de la sintomatología, en periodos de descanso, o su reaparición al reinicio de la actividad profesional.
- Ausencia de patología en la zona de causa no laboral (artrosis, desgaste, etc.).

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

- Salvá Coll, C. Pérez Uribarri, X. Terrades Cladera. *Neuropatía compresiva del nervio cubital en el codo: diagnóstico y tratamiento*. Medicina Balear 2006; 32-36.
- Ximena Neculhueque Z., Álvaro Moyano V., Carlo Paolinelli G. *Neuropatías por Atrapamiento Reumatología* 2007; 23(1):7-11.
- Martín Zurro, 5ª edición, 2003. cap 56, *patología neurológica, patología neuromuscular*, pág 1307-1316.
- Guillén C, Ortega M. (2008) *¿Es enfermedad profesional? Criterios para su clasificación*. Pych & Asociados, S.L.Cap. 6: 437.
- Harrison. *Principios de Medicina interna*, 16ª edición 2006, sección 3 enfermedades de nervios y músculos, capítulo 363 de estudio del paciente con neuropatía periférica, Arthur K. Asbury, pg 2754-2764.
- *Neuropatías adquiridas (III). Neuropatías secundarias a atrapamiento, compresión y otros agentes físicos*. J Valls Solé. Medicine. 2003; 08: 5397-404.
- *Neuropatías: concepto, manifestaciones clínicas, clasificación, diagnóstico, pruebas complementarias y estrategias terapéuticas*. J Casademont Pou. Medicine. 2003; 08: 5373-8.



EDITA

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

Torrelaguna, 73 - 28027 MADRID

COORDINADOR DE LA PUBLICACIÓN

Francisco Marqués Marqués

Subdirector Técnico

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

AUTORES

David Rodríguez Morales

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria - Master en Calidad Asistencial

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

María del Carmen García Cubero

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria - Master en Calidad Asistencial

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

José María Mena Mateo

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria - Master Gestión de Calidad Sanitaria

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

Fernando Silió Villamil

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública - Diplomado en Gestión Gerencia Hospitalaria

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

Jerónimo Maqueda Blasco

Especialista en Medicina del Trabajo - Master en Salud Pública, especialidad de epidemiología

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

COLABORADORES

Clara Guillén Subirán

Especialista en Medicina del Trabajo

Sociedad Española de Especialistas en Medicina del Trabajo

Emilio Jardón Dato

Consejero Técnico - Coordinador de Equipos Médicos de Valoración

Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas - Instituto Nacional de la Seguridad Social

Juan Carlos Hermosa Hernán

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Alejandro Tejedor Varillas

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria