


Descorro Traslado Excepciones / Rad 2024 - 127

LLANOS RODRIGUEZ ABOGADOS <notificaciones@llanosrodriguezabogados.com.co>

Lun 26/08/2024 4:59 PM

Para: Juzgado 01 Civil Circuito - Huila - Neiva <ccto01nei@cendoj.ramajudicial.gov.co>; uros.juridica.notificaciones <uros.juridica.notificaciones@gmail.com>; notificacionesjudiciales@comfamiliarhuila.com <notificacionesjudiciales@comfamiliarhuila.com>; notificaciones@gha.com.co <notificaciones@gha.com.co>

 2 archivos adjuntos (1 MB)

DESCORRO TRASLADO EXC - JUAN CARLOS G..pdf; CAPÍTULO 111 - VALORACIÓN NEUROLÓGICA DE LA MANO.pdf;

Demandante: JUAN CARLOS GUZMAN GUARNIZO

Demandados: LA CLÍNICA UROS S.A.

Radicado: 41001310300120240012700

Asunto: Descorro Traslado Excepciones

--



Respetado

JUEZ PRIMERO CIVIL DEL CIRCUITO JUDICIAL DE NEIVA (H)

E. S. D.

Ref. Proceso: **VERBAL – RESPONSABILIDAD CIVIL**
Demandante: **JUAN CARLOS GUZMÁN GUARNIZO Y OTROS**
Demandado: **CLÍNICA UROS S.A.S**
RADICADO: 41-001-31-03-001-2024-00127-00

ASUNTO: DESCORRO TRASLADO DE EXCEPCIONES

JAIRO RODRIGUEZ SANCHEZ, mayor de edad, con residencia y domicilio en Neiva, titular de la cédula de ciudadanía No. 12.192.815 de Garzón, portador de la Tarjeta Profesional de Abogado No. 164.445 del C. S. de J, expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, obrando como apoderado judicial de la parte actora, de manera comedida y respetuosa me permito, me permito descorrer el traslado de excepciones propuesta por la parte demandada, para lo cual, indico lo siguiente:

EN CUANTO A LA CONTESTACION DE LOS HECHOS

SÉPTIMO: llama la atención que es la misma entidad demandada quien consigna en la nota médica (imagen aportada) que el paciente había sufrido una caída de su propia altura.

Lo importante de la nota a la cual se hace mención es que el profesional médico no evidencia ninguna solución de continuidad, es decir, lesión en la piel tipo herida, abrasión. Adicional a ello se evidencia que se consigna en la nota que el paciente no presenta ninguna patología que pudiera comprometer su sistema inmunológico, que condicionara la presencia de algún proceso infeccioso.

OCTAVO: la entidad afirma que lo consignado en este hecho NO ES CIERTO. Resulta importante resaltar que el contenido del hecho obedece a una transcripción de la nota médica suscrita por el personal de salud que labora para la entidad demandada y en tal sentido llamaría la atención que dicho personal estuviese consignando en la historia clínica hechos o circunstancias que no se ajustan a la verdad.

NOVENO: la entidad demandada descalifica la afirmación acerca de que el procedimiento realizado fue la OSTEOSINTESIS DE HUMERO y que durante el mismo NO SE PRESENTARON COMPLICACIONES, pero de modo alguno presenta evidencia de que ese no fuese el procedimiento que le fuera practica al paciente ni mucho menos evidencia de la presencia de complicaciones durante el procedimiento, en consecuencia, no se entiende el reproche realizado a lo que se afirma en este hecho.

DECIMO: se indica por la demandada que el paciente cursaba con un “trauma grado 3,4 o 5” situación está que no se ajusta a la terminología médica y no encuentra evidencia clínica en las notas médica suscritas por la misma entidad demandada. De otro lado resulta apenas obvio el hecho de que el paciente presentara una limitación funcional en su brazo izquierdo, pues esto es lo que suele ocurrir luego de que se presente una fractura como es del caso objeto de la presente demanda.

Respecto de que el paciente requería de la realización de un procedimiento quirúrgico o cirugía, tal circunstancia nunca ha sido puesta en duda.

El manejo con antibiótico profiláctico previo al procedimiento es una conducta medicamente indicada la cual no ha sido objeto de reproche.



DECIMO TERCERO: indica la demandada que no resulta cierto que la nota consignada en la historia clínica sea ILEGIBLE y aporta la imagen de la respectiva nota en la cual no se puede leer su contenido.

DECIMO QUINTO: resulta por demás llamativo que la demandada afirmó que se existe un “evidente incumplimiento al principio de buena fe” pero no realiza ninguna argumentación que desvirtué lo afirmado en este hecho 15.

DECIMO SEXTO: se indica que se está tergiversando y ocultando la verdad. El refiere que el paciente en efecto fue valorado por el servicio de ORTOPEDIA en el control ambulatorio y fue esta especialidad quien refiere al paciente hacia el servicio de urgencias para la toma de una RADIOGRAFIA DADO QUE EVIDENCIO AFLOJAMIENTO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS.

La entidad demandada omite reseñar que se trata de un paciente que tiene un PROCESO INFECCIOSO ÓSEO (OSTEOMIELITIS) cual es el responsable no solo del AFLOJAMIENTO del material de osteosíntesis sino además de la PÉRDIDA DE LA MATRIZ O SUSTRATO ÓSEO.

DECIMO NOVENO: en este punto es importante resaltar lo aportado por la demandada (imagen de nota de hallazgo operatorio) en la que se indica de manera clara “SEUDOARTROSIS DE HUMERO CON AFLOJAMIENTO SEPTICO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS” (negrilla y subraya fuera de texto).

Resulta suficientemente CLARO y EVIDENTE en consideración a lo afirmado por los mismos profesionales de la entidad demandada que el AFLOJAMIENTO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS se debe al CUADRO INFECCIOSO que el paciente adquirió durante el procedimiento quirúrgico practicada en las instalaciones de la demandada.

VIGÉSIMO: es por demás llamativo que la entidad demandada siga afirmando que no existe buena fe en la parte actora, y a renglón seguido presente una CAPTURA DE PANTALLA de una nota de fisioterapia en la que se consignó: “Fractura de humero izquierdo hace 5 meses, manejado con tutor externo, presenta mano caída, no ha notado variaciones” (negrilla y subraya fuera de texto) que lo que termina es por reafirmar lo manifestado por la parte actora.

El estudio de electromiografía indica: “**Estudio electrofisiológico anormal, compatible con lesión completa de nervio radial izquierdo a nivel de tercio medio/distal de brazo, sin evidencia de reinervación.**”.

La nota que diligentemente cita la entidad demandada indica que el paciente presento una fractura de humero hacia 5 meses, que fue operado y que presento MANO CAIDA y que este cuadro clínico NO HA SUFRIDO VARIACIÓN, es decir, el paciente NO HA MEJORADO, SU ALTERACIÓN FUNCIONAL PERSISTE.

Ahora bien, LA FUNCIÓN MOTORA DEL NERVIO RADIAL ES LA DE DARLE MOVILIDAD A LA MANO la lesión de dicho nervio ocasiona la imposibilidad para EXTENDER LA MANO y en consecuencia lo que medicamente se denomina MANO CAIDA.

TRIGÉSIMO PRIMERO Y TRIGÉSIMO SEGUNDO: se indica que no existe prueba de que la ISO sea de origen nosocomial. Al respecto es importante resaltar que previo a la realización del procedimiento quirúrgico el día 28 de agosto de 2014 no se evidencio condición alguna que ocasionara alteración en su sistema inmunológico, la herida era cerrada, es decir, no se encontraba contaminada, no había signos de infección previo al procedimiento. Existe una clara relación entre el procedimiento, la aparición de los signos infecciosos y posterior OSTEOMIELITIS y el único elemento potencialmente causal de dicho cuadro es la realización del procedimiento quirúrgico en mención.



Adicionalmente no existe evidencia que soporte que el paciente presentaba una condición de alteración de las funciones motoras de la mano previo a los procedimientos quirúrgicos realizados en la entidad demandada. En NINGUNA NOTA MÉDICA previa al procedimiento se hace alusión a que el paciente presentara MANO CAIDA y siendo este hallazgo de tal magnitud y relevancia dicha situación no habría podido pasar desapercibida por el personal médico. Lo cual claramente indica que la lesión ocurrió durante la realización de los procedimientos quirúrgicos.

ARGUMENTOS QUE DESVIRTÚAN LAS EXCEPTIVAS PLANTEADAS

INEXISTENCIA DE FALLA MÉDICA Y/O NEGLIGENCIA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO MÉDICO, ASÍ COMO INCUMPLIMIENTO DEL DEBER DE SEGURIDAD DEL PACIENTE. - INEXISTENCIA DEL DAÑO. - INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE LA CONDUCTA MÉDICA Y EL DAÑO. - INCIDENCIA DE CAUSA EXTRAÑA Y/O FACTORES EXTERNOS. - AUSENCIA DE CULPA EN LA ACTUACIÓN MÉDICA. - AUSENCIA DE CARGA PROBATORIA DE LA PARTE DEMANDANTE - RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL Y CUMPLIMIENTO DEL DEBER LEGAL.

La entidad demandada ha manifestado como mecanismo de defensa, la ausencia de negligencia por parte de la Clínica y la ausencia de nexo causal.

Y se limita a realizar afirmaciones acerca de la adecuada y oportuna realización de las atenciones brindadas al paciente y alegando que los perjuicios que se reclaman en la presente demanda fueron derivados del trauma recibido por el paciente y que le ocasionaron la fractura del humero izquierdo.

Se tiene que el paciente para el momento del procedimiento quirúrgico realizado el día 28 de agosto de 2014 con ocasión a la fractura de humero izquierdo, no presentaba antecedentes personales de enfermedades que ocasionaran un compromiso de su sistema inmunológico, así como tampoco la lesión sufrida fue catalogada como contaminada, lo anterior teniendo en cuenta que fue una fractura cerrada, es decir, no se encontraba contaminada, ni había signos de infección previos al procedimiento, de manera tal que resulta erróneo atribuirle la culpa a factores previos que pudiesen haber condicionado la presencia de infecciones o haber estado infectada.

Existe una clara relación entre la práctica del procedimiento con la posterior presencia de una infección que comprometió el hueso que fue objeto del procedimiento quirúrgico, lo anterior teniendo en cuenta que el único elemento potencialmente causal de dicho cuadro infeccioso es la realización del procedimiento quirúrgico, por lo que resulta correcto afirmar que dicha infección fue adquirida durante la realización del mismo.

En relación con la función motora de la mano, es crucial destacar que en ningún momento antes de llevar a cabo la realización del procedimiento se registró en NINGUNA NOTA MÉDICA alguna condición relacionada con la alteración de las funciones motoras de la mano, ni se mencionó la presencia de MANO CAÍDA. Este hecho es de tal relevancia y magnitud, que no podría haber pasado inadvertido para el personal médico, Lo cual claramente indica que dicha lesión ocurrió durante la realización de los procedimientos quirúrgicos.

PRUEBAS DEL DESCORRO DE LAS EXCEPCIONES

Para demostrar los fundamentos del descorro de excepciones, solicito tenga en cuenta las siguientes pruebas.

- 1. TEXTO: - VALORACIÓN NEUROLÓGICA DE LA MANO – Autores: Jorge Suárez Fernández, Ana M. de Paz Nieves (3 folios)**



2. TESTIMONIALES:

De manera respetuosa solicito se cite al siguiente personal médico, quienes a su vez fungen como testigos de la demanda Clínica Uros, Los cuales actuaran como testigos técnicos:

Dr. JEFFERSON PERDOMO C., Médico Especialista en ORTOPEDIA y TRAUMATOLOGÍA

Dr. DALLAN GELLER HERNANDEZ RAMIRE, Médico Especialista en CIRUGÍA DE MANO.

Dr. CARLOS MIGUEL GOMEZ PEÑA, Médico Especialista en ORTOPEDIA,

Dra. MARTHA CECILIA HERNANDEZ ORTIZ, Médico Especialista en FISIATRÍA y REHABILITACIÓN,

Dr. DIEGO FERNANDO SALINAS, Médico tratante Especialista en Infectología

3. PRUEBA PERICIAL:

De manera respetuosa, solicito se oficie al INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL, para que se sirva dar contestación al siguiente cuestionario, lo anterior por ser una prueba pertinente y conducente:

1. Sírvase indicar cual fue la lesión que presento el señor JUAN CARLOS GUZMAN con ocasión al trauma recibido el 18 de agosto de 2014.
2. Sírvase indicar si las notas de historia clínica realizadas en la CLÍNICA UROS dan cuenta de que el señor JUAN CARLO GUZMAN presentara algún tipo de signo infeccioso en su miembro superior izquierdo previo a la realización del procedimiento quirúrgico llevado a cabo el 28 de agosto de 2014.
3. Sírvase indicar si la fractura que presento el señor JUAN CARLOS GUZMAN se consideraba una Fractura Abierta o Fractura Cerrada.
4. Sírvase indicar de conformidad con la respuesta anterior si el procedimiento de OSTEOSINTESIS DE HUMERO se consideraba como un procedimiento quirúrgico limpio o contaminado
5. Sírvase indicar si existe mayor riesgo de presencia de infección del sitio operatorio en los procedimientos limpios o contaminados.
6. Sírvase indicar si el señor JUAN CARLOS GUZMAN previo a la realización del procedimiento quirúrgico del 28 de agosto de 2014 registraba en la historia clínica antecedentes de enfermedades que ocasionaran compromiso del sistema inmunológico
7. Sírvase indicar que es una osteomielitis.
8. Sírvase indicar si existe de conformidad con la historia clínica el antecedente de una causa diferente a la práctica del procedimiento quirúrgico de osteosíntesis de humero para la generación o adquisición de la infección del sitio quirúrgico y posterior osteomielitis.

9. Sírvese indicar si el hallazgo durante el procedimiento quirúrgico de: **“AFLOJAMIENTO SEPTICO DEL MATERIAL DE OSTEOSINTESIS”** guarda relación con la presencia de la osteomielitis.
10. Sírvese indicar si al momento de la valoración en la ESE SOR TERESA ADELE el día 18 de agosto de 2014 se hace referencia a la presencia de MANO CAIDA
11. Sírvese indicar si las valoraciones realizadas en la CLÍNICA UROS para los días 27 y 28 de agosto de 2014 se hace referencia a la presencia de MANO CAIDA.

Del señor Juez, con todo respeto,



JAIRO RODRIGUEZ SANCHEZ
C. C. No. 12.192.815 de Garzón
T. P. No. 164.445 del C. S. de J

CAPÍTULO 111 - VALORACIÓN NEUROLÓGICA DE LA MANO

Autores: Jorge Suárez Fernández, Ana M. de Paz Nieves

Coordinador: Manuel Torres Coscoyuela

Hospital General Universitario de Móstoles (Madrid)

1.- INTRODUCCIÓN

La patología neurológica de la mano es frecuente en la práctica clínica. La exploración es el elemento diagnóstico más importante en estas patologías.

2.- ANATOMÍA NERVIOSA (1,2,3)

- **Nervio radial:** da dos ramas principales, los nervios interóseo posterior (puramente motor) y el nervio radial superficial (sensitivo). Inerva al braquiorradial, extensor radial largo del carpo (ECRL), supinador, extensor común de los dedos y termina en el músculo extensor propio del índice. La rama sensitiva proporciona sensibilidad a la parte dorso radial de la mano y el dorso de los tres primeros dedos, hasta articulación IFD.
- **Nervio mediano:** da lugar al interóseo anterior que inerva a flexor largo del pulgar, flexor profundo de los dedos para el índice y al pronador cuadrado. Después da inervación a los músculos palmar mayor, pronador redondo, flexor superficial de los dedos, palmar menor y al flexor profundo del tercer dedo. Proximal a la muñeca, surge la rama cutánea palmar que da inervación sensitiva a la eminencia tenar. Atraviesa el túnel del carpo dando lugar a la rama recurrente motora que inerva la musculatura de la eminencia tenar. Proporciona también sensibilidad a la cara volar de los dedos primero, segundo, tercero y borde radial de cuarto, y en el dorso de primer, segundo y tercer dedos desde la articulación IFD.
- **Nervio cubital:** discurre posterior al epicóndilo medial por el surco retrocondíleo, bajo el cubital anterior (FCU), al que inerva. En la muñeca da lugar a una rama sensitiva que inerva la eminencia hipotenar, y al nervio cutáneo cubital dorsal, que proporciona inervación sensitiva al dorso de 4º y 5º dedos. Entra en el canal de Guyon medial a la arteria y proporciona una rama motora a los músculos de la eminencia hipotenar. Inerva a los interóseos, los lumbricales cubitales, flexor corto y adductor corto del pulgar. Termina en ramas sensitivas que dan sensibilidad a 4º y 5º dedos.

3.- ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Una cuidadosa anamnesis y exploración física son la clave para el diagnóstico apropiado.

- **Anamnesis:** se deben documentar profesión, comienzo de la clínica, características del dolor, tratamientos ya realizados... Se ha demostrado la utilidad de presentar al paciente un cuestionario en el que se muestre un esquema del cuerpo humano donde pueda señalar la localización de los síntomas acompañado de una escala visual analógica.
- **Inspección:** siempre bilateral y comparativa, busca deformidades características, como la garra cubital o mano péndula por lesión radial, atrofas musculares o

cicatrices. Hay que observar la aparición de cambios tróficos, como frialdad, palidez o fragilidad ungueal. Cuando hay denervación en un área la sudoración desaparece aproximadamente a la media hora.

- **Exploración sensitiva:** se deben realizar, como mínimo:
 - a) **Exploración táctil superficial:** se aplica un estímulo suave en la zona a explorar y se pide al paciente que valore entre 0 (ausencia total) y 10 (sensibilidad perfecta).
 - b) **Discriminación entre dos puntos:** distancia mínima a la que el paciente puede distinguir el tacto. Se considera normal a 5 mm o menos, y patológica a 1 cm o más. No es útil para diagnóstico precoz.

Es fundamental conocer los territorios de inervación sensitiva descritos previamente y las zonas de exploración característica de cada nervio (Figura 1):

- **Nervio radial:** dorso de primera comisura.
- **Nervio mediano:** pulpejo de tercer dedo.
- **Nervio cubital:** pulpejo de quinto dedo.
- **Función motora:** se utiliza la escala MRC de potencia muscular, que valora desde M0 (ausencia de contracción muscular) hasta M5 (fuerza normal). Hay que conocer la diferente inervación de los músculos del antebrazo y de la mano ya mencionada previamente.
 - a) **Nervio radial:** su lesión provoca imposibilidad para la extensión de muñeca. Si la lesión es posterior a la salida del interóseo posterior el paciente es capaz de realizar extensión de muñeca a través del ECRL.
Exploración característica: extensión interfalángica de primer dedo.
 - b) **Nervio mediano:** hay que distinguir si la lesión es previa o posterior al interóseo anterior explorando la flexión de la interfalángica del pulgar.
Exploración característica: llevar el pulpejo del primer dedo al pulpejo del cuarto o quinto dedos, acción del oponente del pulgar.
 - c) **Nervio cubital:** el test de Froment consiste en mantener una hoja de papel entre pulgar y cara radial del 2º dedo. Cuando el nervio está dañado se suplente la función del adductor del pulgar por flexión de la interfalángica. El signo de Wartenberg es la imposibilidad de adducir el quinto dedo.
Exploración característica: cruzar en extensión el tercer dedo sobre el segundo, acción que realizan los músculos interóseos.

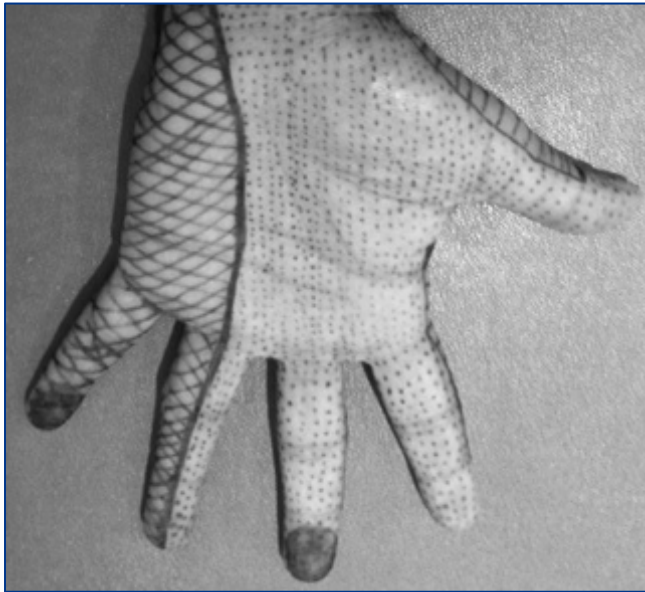


Figura 1. distribución sensitiva de la mano.

- Zona punteada: zona sensitiva del nervio mediano.
- Zona cuadriculada: zona sensitiva del nervio cubital.
- Zona rayada: zona sensitiva del nervio radial.

- **Pruebas complementarias:** pruebas de imagen y electrodiagnósticas son útiles para confirmar, pero en ningún caso sustituyen a la exploración física.

4.- EXPLORACIÓN PATOLÓGICA

Las patologías que producen clínica neurológica en la mano son las lesiones traumáticas agudas, los síndromes compresivos y las cervicobraquialgias.

4.1. Lesiones traumáticas agudas

Suelen producirse tras una lesión penetrante. Hay que explorar cuidadosamente los déficits que se producen para que no pasen desapercibidas.

La lesión del nervio se puede clasificar atendiendo a las clasificaciones de Seddon (1943) y de Sunderland (1951) (Tabla 1).

Tabla 1. correlación entre las clasificaciones de Seddon y Sunderland		
Clasificación		Estructura lesionada
SEDDON	SUNDERLAND	
Neurapraxia	I	Mielina
Axonotmesis	II	Axón
	III	Endoneuro
	IV	Perineuro
Neurotmesis	V	Epineuro

La reparación quirúrgica implica la aproximación de la capa más externa (epineuro) del nervio tras haber realizado el alineamiento de las fibras nerviosas. Los defectos de gran tamaño requieren injertos.

4.2. Lesiones por compresión

Es difícil tener una lesión pura de primer, segundo o tercer grado por una compresión, la mayor parte de las lesiones son mixtas.

5.- COMPRESIÓN DEL NERVIO RADIAL

5.1. Síndrome de Wartenberg (compresión del nervio radial superficial)

Produce parestesia o acorchamiento en la zona dorsal radial de la mano. Los síntomas se reproducen con la pronación³. Su principal diagnóstico diferencial es la tendinitis de de Quervain.

Los pacientes deben modificar las causas compresivas. Se puede realizar una infiltración de corticoides a nivel de la compresión, entre ECRL y braquiorradial, aunque la evidencia científica de su utilidad es limitada (2). La liberación quirúrgica no suele ser necesaria y se indica tras persistencia tras 6 meses de tratamiento (2).

5.2. Síndrome del nervio interóseo posterior

Normalmente por compresión a nivel de la arcada de Fröhse. Los pacientes presentan déficit en la extensión de los dedos. El diagnóstico es clínico pero los estudios electrodiagnósticos ayudan al diagnóstico y seguimiento.

6.- COMPRESIÓN DEL NERVIO MEDIANO

6.1. Síndrome del túnel carpiano (STC)

Es la compresión nerviosa más frecuentemente diagnosticada en miembro superior (4). Suele aparecer de manera idiopática, aunque puede asociarse a diferentes patologías, como tumoraciones en el túnel, fracturas, embarazo o artritis reumatoide. Se ha correlacionado su aparición con vibraciones repetidas sobre la mano (4). Engloba el conjunto de síntomas que se asocian a la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca. Estos síntomas son:

- Parestesias y/o adormecimiento en cara volar de primero, segundo, tercero y región radial del cuarto dedos; que suele empeorar por la noche.
- Dolor en eminencia tenar.
- Debilidad y atrofia del abductor corto del pulgar y del oponente del pulgar en casos severos, dando lugar a la conocida "mano de simio", que sitúa la uña del pulgar en el mismo plano que las del resto de dedos.
- Pérdida de discriminación entre dos puntos en los casos severos.

El diagnóstico del STC es fundamentalmente clínico, basado en clínica y pruebas de provocación, como el signo de Tinel, la prueba de Phalen (hiperflexión de muñecas 60 segundos) y de Durkan (compresión del túnel 30 segundos) que reproducen la clínica. Se puede utilizar la electromiografía para confirmar. Se clasifica en STC simple o grave en función de la clínica y la exploración (Tabla 2).

Tabla 2. clasificación de Zancolli de STC	
GRADO	CLÍNICA
SIMPLE	Parestesias nocturnas, esporádicas diurnas. Dolor. ± pérdida sensibilidad vibratoria
GRAVE I	Parestesias constantes al tacto. Discriminación normal
GRAVE II	Hipoestesias severa con pérdida de la discriminación
GRAVE III	II + atrofia severa de la eminencia tenar

El tratamiento inicial se basa en AINEs y ferulización nocturna con muñeca en posición neutra junto a ejercicios de deslizamiento del nervio. La descompresión quirúrgica se indica cuando el tratamiento conservador fracasa. La técnica más utilizada es la descompresión abierta sin neúrolisis, que se reservaría para STC graves (5). Se han descrito técnicas artroscópicas, con resultados controvertidos (6).

6.2. Síndrome del pronador redondo

Es una patología mucho menos frecuente que el STC. Produce alteraciones sensitivas en el territorio de distribución del mediano. La exploración consiste en reproducir los síntomas mediante la compresión sobre el pronador redondo o la pronación del antebrazo contra resistencia. Suele mejorar con fisioterapia.

7.- COMPRESIÓN DEL NERVO CUBITAL

7.1. Síndrome del túnel cubital en el codo

Es la segunda neuropatía por atrapamiento más frecuente de la extremidad superior (3). Las fracturas y las artropatías son sus principales responsables.

El diagnóstico es clínico ya que los estudios electrodiagnósticos tienen una alta tasa de falsos negativos (2). Los síntomas son parestesia y acorchamiento en 4º y 5º dedos, y dolor en la zona medial del codo y antebrazo. En casos avanzados, pérdida de destreza manual por afectación de la musculatura intrínseca.

Las maniobras de provocación incluyen el test de Tinel en el surco posterior al epicóndilo medial y el test de flexión del codo se coloca el codo en flexión, la mano en supinación y la muñeca extendida (posición del camarero) con compresión del nervio. Cuando la compresión es severa

se observa garra cubital y signos de Froment y Wartenberg positivos (3).

Se suele tratar de forma conservadora con educación postural combinada con ortesis. Se recomiendan ejercicios de estiramiento del FCU. La descompresión se indica para los casos refractarios tras 2-4 meses, especialmente si hay atrofia (2).

7.2. Síndrome del canal de Guyon

La causa más frecuente son las lesiones ocupantes de espacio (2) por lo que el estudio preoperatorio debe incluir estudios de imagen.

Presentan acorchamiento y hormigueo en 4º y 5º dedos, dolor en la región cubital de la mano y debilidad para la pinza. Muchos pacientes tienen STC asociado y el tratamiento de este mejora la sintomatología cubital (2). Los músculos más afectados suelen ser los primeros interóseos (dorsal y palmar) y lumbricales de 4º y 5º.

El tratamiento conservador se recomienda en los casos agudos tras un traumatismo localizado. Se puede emplear una férula en posición neutral. El tratamiento quirúrgico se indica en casos refractarios o en lesiones resecables.

8.- C. CERVICOBRAQUIALGIA

Ante la aparición de clínica neurológica en el miembro superior siempre hay que realizar exploración cervical y diagnóstico diferencial con patología a este nivel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman M, Helber G, Pothast J: Management of compressive neuropathies of the upper extremity. Orth Clinics North America, 43, Issue 4: 409-416, 2012.
2. Bezuhyly M, O'Brien JP, Lalonde D. Nerve entrapment síndromes. Plastic Surgery Third Ed., Chapter 24, 503-525.
3. Green DP et al. Green's. Cirugía de la mano. Chapter 28, 999-1047.
4. Rempel D, et al. Consensus criteria for the classification of carpal tunnel syndrome in epidemiologic studies. Am J Public Health 88:1447-51, 1998.
5. Mackinnon SE et al. Internal neurolysis fails to improve the results of primary carpal tunnel compression. Journal of Hand Surgery 16: 211-8, 1991.
6. MacDermid JC et al. Endoscopic versus open carpal tunnel release: a randomized trial. Journal of Hand Surgery 28: 475-80, 2003.

CAPÍTULO 111 - VALORACIÓN NEUROLÓGICA DE LA MANO

Autores: Jorge Suárez Fernández, Ana M. de Paz Nieves

Coordinador: Manuel Torres Coscoyuela

Hospital General Universitario de Móstoles (Madrid)

1.- INTRODUCCIÓN

La patología neurológica de la mano es frecuente en la práctica clínica. La exploración es el elemento diagnóstico más importante en estas patologías.

2.- ANATOMÍA NERVIOSA (1,2,3)

- **Nervio radial:** da dos ramas principales, los nervios interóseo posterior (puramente motor) y el nervio radial superficial (sensitivo). Inerva al braquiorradial, extensor radial largo del carpo (ECRL), supinador, extensor común de los dedos y termina en el músculo extensor propio del índice. La rama sensitiva proporciona sensibilidad a la parte dorso radial de la mano y el dorso de los tres primeros dedos, hasta articulación IFD.
- **Nervio mediano:** da lugar al interóseo anterior que inerva a flexor largo del pulgar, flexor profundo de los dedos para el índice y al pronador cuadrado. Después da inervación a los músculos palmar mayor, pronador redondo, flexor superficial de los dedos, palmar menor y al flexor profundo del tercer dedo. Proximal a la muñeca, surge la rama cutánea palmar que da inervación sensitiva a la eminencia tenar. Atraviesa el túnel del carpo dando lugar a la rama recurrente motora que inerva la musculatura de la eminencia tenar. Proporciona también sensibilidad a la cara volar de los dedos primero, segundo, tercero y borde radial de cuarto, y en el dorso de primer, segundo y tercer dedos desde la articulación IFD.
- **Nervio cubital:** discurre posterior al epicóndilo medial por el surco retrocondíleo, bajo el cubital anterior (FCU), al que inerva. En la muñeca da lugar a una rama sensitiva que inerva la eminencia hipotenar, y al nervio cutáneo cubital dorsal, que proporciona inervación sensitiva al dorso de 4º y 5º dedos. Entra en el canal de Guyon medial a la arteria y proporciona una rama motora a los músculos de la eminencia hipotenar. Inerva a los interóseos, los lumbricales cubitales, flexor corto y adductor corto del pulgar. Termina en ramas sensitivas que dan sensibilidad a 4º y 5º dedos.

3.- ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA, PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Una cuidadosa anamnesis y exploración física son la clave para el diagnóstico apropiado.

- **Anamnesis:** se deben documentar profesión, comienzo de la clínica, características del dolor, tratamientos ya realizados... Se ha demostrado la utilidad de presentar al paciente un cuestionario en el que se muestre un esquema del cuerpo humano donde pueda señalar la localización de los síntomas acompañado de una escala visual analógica.
- **Inspección:** siempre bilateral y comparativa, busca deformidades características, como la garra cubital o mano péndula por lesión radial, atrofas musculares o

cicatrices. Hay que observar la aparición de cambios tróficos, como frialdad, palidez o fragilidad ungueal. Cuando hay denervación en un área la sudoración desaparece aproximadamente a la media hora.

- **Exploración sensitiva:** se deben realizar, como mínimo:
 - a) **Exploración táctil superficial:** se aplica un estímulo suave en la zona a explorar y se pide al paciente que valore entre 0 (ausencia total) y 10 (sensibilidad perfecta).
 - b) **Discriminación entre dos puntos:** distancia mínima a la que el paciente puede distinguir el tacto. Se considera normal a 5 mm o menos, y patológica a 1 cm o más. No es útil para diagnóstico precoz.

Es fundamental conocer los territorios de inervación sensitiva descritos previamente y las zonas de exploración característica de cada nervio (Figura 1):

- **Nervio radial:** dorso de primera comisura.
- **Nervio mediano:** pulpejo de tercer dedo.
- **Nervio cubital:** pulpejo de quinto dedo.
- **Función motora:** se utiliza la escala MRC de potencia muscular, que valora desde M0 (ausencia de contracción muscular) hasta M5 (fuerza normal). Hay que conocer la diferente inervación de los músculos del antebrazo y de la mano ya mencionada previamente.
 - a) **Nervio radial:** su lesión provoca imposibilidad para la extensión de muñeca. Si la lesión es posterior a la salida del interóseo posterior el paciente es capaz de realizar extensión de muñeca a través del ECRL.
Exploración característica: extensión interfalángica de primer dedo.
 - b) **Nervio mediano:** hay que distinguir si la lesión es previa o posterior al interóseo anterior explorando la flexión de la interfalángica del pulgar.
Exploración característica: llevar el pulpejo del primer dedo al pulpejo del cuarto o quinto dedos, acción del oponente del pulgar.
 - c) **Nervio cubital:** el test de Froment consiste en mantener una hoja de papel entre pulgar y cara radial del 2º dedo. Cuando el nervio está dañado se suplente la función del adductor del pulgar por flexión de la interfalángica. El signo de Wartenberg es la imposibilidad de adducir el quinto dedo.
Exploración característica: cruzar en extensión el tercer dedo sobre el segundo, acción que realizan los músculos interóseos.

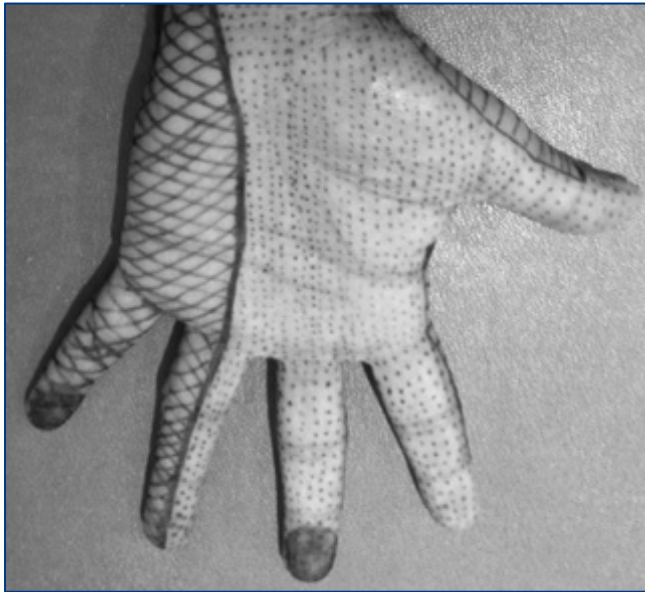


Figura 1. distribución sensitiva de la mano.

- Zona punteada: zona sensitiva del nervio mediano.
- Zona cuadriculada: zona sensitiva del nervio cubital.
- Zona rayada: zona sensitiva del nervio radial.

- **Pruebas complementarias:** pruebas de imagen y electrodiagnósticas son útiles para confirmar, pero en ningún caso sustituyen a la exploración física.

4.- EXPLORACIÓN PATOLÓGICA

Las patologías que producen clínica neurológica en la mano son las lesiones traumáticas agudas, los síndromes compresivos y las cervicobraquialgias.

4.1. Lesiones traumáticas agudas

Suelen producirse tras una lesión penetrante. Hay que explorar cuidadosamente los déficits que se producen para que no pasen desapercibidas.

La lesión del nervio se puede clasificar atendiendo a las clasificaciones de Seddon (1943) y de Sunderland (1951) (Tabla 1).

Tabla 1. correlación entre las clasificaciones de Seddon y Sunderland		
Clasificación		Estructura lesionada
SEDDON	SUNDERLAND	
Neurapraxia	I	Mielina
Axonotmesis	II	Axón
	III	Endoneuro
	IV	Perineuro
Neurotmesis	V	Epineuro

La reparación quirúrgica implica la aproximación de la capa más externa (epineuro) del nervio tras haber realizado el alineamiento de las fibras nerviosas. Los defectos de gran tamaño requieren injertos.

4.2. Lesiones por compresión

Es difícil tener una lesión pura de primer, segundo o tercer grado por una compresión, la mayor parte de las lesiones son mixtas.

5.- COMPRESIÓN DEL NERVIO RADIAL

5.1. Síndrome de Wartenberg (compresión del nervio radial superficial)

Produce parestesia o acorchamiento en la zona dorsal radial de la mano. Los síntomas se reproducen con la pronación³. Su principal diagnóstico diferencial es la tendinitis de de Quervain.

Los pacientes deben modificar las causas compresivas. Se puede realizar una infiltración de corticoides a nivel de la compresión, entre ECRL y braquiorradial, aunque la evidencia científica de su utilidad es limitada (2). La liberación quirúrgica no suele ser necesaria y se indica tras persistencia tras 6 meses de tratamiento (2).

5.2. Síndrome del nervio interóseo posterior

Normalmente por compresión a nivel de la arcada de Fröhse. Los pacientes presentan déficit en la extensión de los dedos. El diagnóstico es clínico pero los estudios electrodiagnósticos ayudan al diagnóstico y seguimiento.

6.- COMPRESIÓN DEL NERVIO MEDIANO

6.1. Síndrome del túnel carpiano (STC)

Es la compresión nerviosa más frecuentemente diagnosticada en miembro superior (4). Suele aparecer de manera idiopática, aunque puede asociarse a diferentes patologías, como tumoraciones en el túnel, fracturas, embarazo o artritis reumatoide. Se ha correlacionado su aparición con vibraciones repetidas sobre la mano (4). Engloba el conjunto de síntomas que se asocian a la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca. Estos síntomas son:

- Parestesias y/o adormecimiento en cara volar de primero, segundo, tercero y región radial del cuarto dedos; que suele empeorar por la noche.
- Dolor en eminencia tenar.
- Debilidad y atrofia del abductor corto del pulgar y del oponente del pulgar en casos severos, dando lugar a la conocida "mano de simio", que sitúa la uña del pulgar en el mismo plano que las del resto de dedos.
- Pérdida de discriminación entre dos puntos en los casos severos.

El diagnóstico del STC es fundamentalmente clínico, basado en clínica y pruebas de provocación, como el signo de Tinel, la prueba de Phalen (hiperflexión de muñecas 60 segundos) y de Durkan (compresión del túnel 30 segundos) que reproducen la clínica. Se puede utilizar la electromiografía para confirmar. Se clasifica en STC simple o grave en función de la clínica y la exploración (Tabla 2).

Tabla 2. clasificación de Zancolli de STC	
GRADO	CLÍNICA
SIMPLE	Parestesias nocturnas, esporádicas diurnas. Dolor. ± pérdida sensibilidad vibratoria
GRAVE I	Parestesias constantes al tacto. Discriminación normal
GRAVE II	Hipoestesias severa con pérdida de la discriminación
GRAVE III	II + atrofia severa de la eminencia tenar

El tratamiento inicial se basa en AINEs y ferulización nocturna con muñeca en posición neutra junto a ejercicios de deslizamiento del nervio. La descompresión quirúrgica se indica cuando el tratamiento conservador fracasa. La técnica más utilizada es la descompresión abierta sin neúrolisis, que se reservaría para STC graves (5). Se han descrito técnicas artroscópicas, con resultados controvertidos (6).

6.2. Síndrome del pronador redondo

Es una patología mucho menos frecuente que el STC. Produce alteraciones sensitivas en el territorio de distribución del mediano. La exploración consiste en reproducir los síntomas mediante la compresión sobre el pronador redondo o la pronación del antebrazo contra resistencia. Suele mejorar con fisioterapia.

7.- COMPRESIÓN DEL NERVO CUBITAL

7.1. Síndrome del túnel cubital en el codo

Es la segunda neuropatía por atrapamiento más frecuente de la extremidad superior (3). Las fracturas y las artropatías son sus principales responsables.

El diagnóstico es clínico ya que los estudios electrodiagnósticos tienen una alta tasa de falsos negativos (2). Los síntomas son parestesia y acorchamiento en 4º y 5º dedos, y dolor en la zona medial del codo y antebrazo. En casos avanzados, pérdida de destreza manual por afectación de la musculatura intrínseca.

Las maniobras de provocación incluyen el test de Tinel en el surco posterior al epicóndilo medial y el test de flexión del codo se coloca el codo en flexión, la mano en supinación y la muñeca extendida (posición del camarero) con compresión del nervio. Cuando la compresión es severa

se observa garra cubital y signos de Froment y Wartenberg positivos (3).

Se suele tratar de forma conservadora con educación postural combinada con ortesis. Se recomiendan ejercicios de estiramiento del FCU. La descompresión se indica para los casos refractarios tras 2-4 meses, especialmente si hay atrofia (2).

7.2. Síndrome del canal de Guyon

La causa más frecuente son las lesiones ocupantes de espacio (2) por lo que el estudio preoperatorio debe incluir estudios de imagen.

Presentan acorchamiento y hormigueo en 4º y 5º dedos, dolor en la región cubital de la mano y debilidad para la pinza. Muchos pacientes tienen STC asociado y el tratamiento de este mejora la sintomatología cubital (2). Los músculos más afectados suelen ser los primeros interóseos (dorsal y palmar) y lumbricales de 4º y 5º.

El tratamiento conservador se recomienda en los casos agudos tras un traumatismo localizado. Se puede emplear una férula en posición neutral. El tratamiento quirúrgico se indica en casos refractarios o en lesiones resecables.

8.- C. CERVICOBRAQUIALGIA

Ante la aparición de clínica neurológica en el miembro superior siempre hay que realizar exploración cervical y diagnóstico diferencial con patología a este nivel.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freedman M, Helber G, Pothast J: Management of compressive neuropathies of the upper extremity. Orth Clinics North America, 43, Issue 4: 409-416, 2012.
2. Bezuhyly M, O'Brien JP, Lalonde D. Nerve entrapment síndromes. Plastic Surgery Third Ed., Chapter 24, 503-525.
3. Green DP et al. Green's. Cirugía de la mano. Chapter 28, 999-1047.
4. Rempel D, et al. Consensus criteria for the classification of carpal tunnel syndrome in epidemiologic studies. Am J Public Health 88:1447-51, 1998.
5. Mackinnon SE et al. Internal neurolysis fails to improve the results of primary carpal tunnel compression. Journal of Hand Surgery 16: 211-8, 1991.
6. MacDermid JC et al. Endoscopic versus open carpal tunnel release: a randomized trial. Journal of Hand Surgery 28: 475-80, 2003.