

Síndrome del túnel radial. Epicondilitis resistente

C. SIMÓN PÉREZ⁽²⁾, M. A. MARTÍN FERRERO⁽¹⁾

⁽¹⁾PROFESOR TITULAR DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID. JEFE DE SECCIÓN DE MANO Y NERVIOS PERIFÉRICOS HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

⁽²⁾RESIDENTE DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID.

Correspondencia:

C. Simón Pérez
C/. Vega, nº 3, 3-C
47004 Valladolid
Tfno. 983 42 00 00 ext-276
Fax: 983 21 85 45

Desde 1996 a 2003, 25 pacientes (26 extremidades) fueron intervenidos de síndrome del túnel radial. Todos los procedimientos fueron realizados por el mismo cirujano y en el mismo hospital realizando un abordaje postero-externo del túnel radial.

Se realizó un seguimiento de todos los pacientes en el tiempo después de la cirugía de 4 meses a 6 años y 4 meses (tiempo medio de 22 meses).

Los resultados fueron evaluados según los criterios de Roles y Maudsley; 12 pacientes tuvieron resultados excelentes (45,15%), 9 pacientes buenos (34,61%) y 5 pacientes regulares (19,23%).

11 pacientes fueron tratados previamente de epicondilitis lateral (entesitis).

La mayoría de los pacientes están satisfechos con la cirugía refiriendo un alivio de la sintomatología y una mejora de la funcionalidad tras la cirugía.

Palabras clave: Síndrome del túnel radial; epicondilitis resistente.

Radial túnel síndrome. «Resistant tennis elbow». Between 1996 and 2003, 25 patients (26 extremities) underwent decompression of the radial tunnel. All procedures were performed at the same surgeon and the same institution using posterior approach. 25 patients were available for follow-up evaluation after surgery (range 4 months - 6 years and 4 months) with average of 22 months.

The outcomes was determined using the original criteria of Roles and Maudsley, 12 patients were rated as excellent (46.15%), 9 patients had good results (34.61%) and 5 patients had fair results.

11 patients were treated previously of tennis elbow. Most of the patients were satisfied and felt subjectively improved by the surgery. They obtained pain relief and better functional status after surgery.

Key words: Radial tunnel syndrome; resistant tennis elbow.

Rev. Iberam. Cir. Mano - Vol. 30 • Núm. 64 • Abril 2004 (8-16)

INTRODUCCIÓN

El síndrome del túnel radial es considerado una causa de compresión del nervio interóseo posterior, rama principalmente motora del nervio radial, a nivel del antebrazo (Branovick, 98; Crawford, 98; Jebson, 97; Kleiner, 96; Kupfer, 98; Sahardy, 98; Soteranos, 99).

También llamada epicondilitis resistente por ser confundido en múltiples ocasiones por una epicondilitis refractaria al tratamiento médico y quirúrgico y por la interrelación entre ambas patologías (Jebson, 97; Ritts, 87; Sahardy, 98; Soteranos, 99).

Fue descrito por primera vez en 1972 por Roles y Maudsley, aunque algunos autores afir-

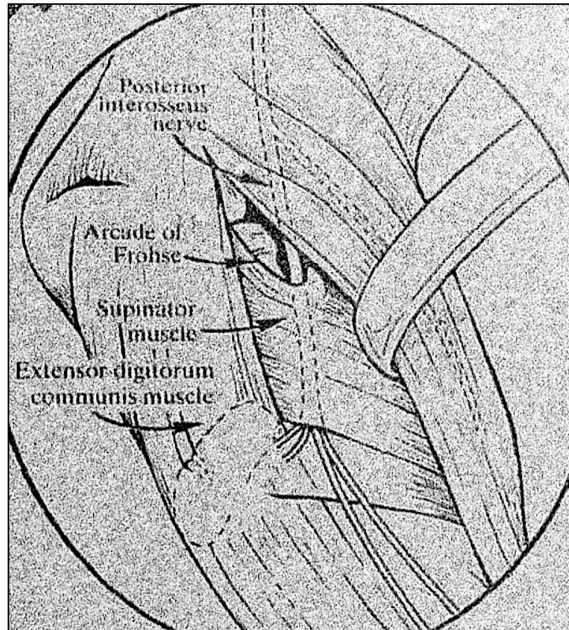


Figura 1. Imagen anatómica del túnel radial.

man que los primeros en describir dicha patología fueron Michele y Krueger en 1956 a la que denominaron síndrome pronador radial (Jebson, 97; Sahardy, 98; Soteranos, 99; Van Rossum, 78).

Se caracteriza por una compresión dinámica del nervio interóseo posterior siendo los lugares más frecuentes (Jebson, 97; Kleinert, 96; Lawrence, 95; Lister, 91; Martín, 01; Sahardy, 98; Soteranos, 99) (**Figura 1**):

- Bandas fibrosas situadas por encima de la cabeza radial.
- Vasos recurrentes radiales, saltan por encima del nervio en la zona más proximal al epicondilo lateral, las cuales durante el ejercicio aumentan el flujo sanguíneo a la musculatura extensora, el supinador y el brachialis comprimiendo el NIP.
- Inserción proximal aponeurótica del segundo radial.
- Arcada de Frohse, formada por los dos vientres musculares del supinador corto, que rodean el nervio. También puede producirse la compresión dentro del músculo supinador o en su borde distal.

La presentación clínica más característica de esta entidad es la presencia de dolor en la zona proximal radial del antebrazo a nivel del túnel radial, en la cara externa y posterior del antebrazo, a unos 5 cm distales a la región epi-

condilea siguiendo la línea epicondilo lateral-estiloides radial, que aumenta con la presión en esa zona y con otras maniobras de provocación, como dolor a la supinación contrarresistencia con el codo en extensión, para evitar la fuerza supinadora del bíceps braquial y la muñeca en dorsoflexión, provoca la contracción del músculo supinador corto, o dolor a la extensión contrarresistencia del tercer dedo con el codo extendido y la muñeca en posición neutra, ya que produce la contracción del ECRB (segundo radial que se inserta en la base del tercer metacarpiano) (Jebson, 97; Kleinert, 96; Kupfler, 98; Lawrence, 95; Lister, 91; Martín, 01; Sahardy, 98; Soteranos, 99; Verhaars, 87).

El estudio neurofisiológico, EMG estática es negativa, ya que no hay afectación de la conducción nerviosa (Jebson, 97; Lister, 91; Martín, 01; Ritts, 87), esto hace el diagnóstico más difícil (Kupfler, 98; Lister, 91; Van Rossum, 78; Verhaars, 91).

Se ha demostrado disminución de la velocidad de conducción motora en pacientes con síndrome del túnel radial durante la contracción contrarresistencia del supinador.

Una prueba fiable es la infiltración de anestésico local del nervio a nivel del túnel radial, lo cual hace desaparecer la sintomatología (Kleinert, 96; Martín, 01; Sahardy, 98).

El diagnóstico diferencial se debe hacer con múltiples entidades, las más importantes son la epicondilitis lateral (entesis de la inserción de los músculos epicondileos) y el sdme del NIP, caracterizado por alteraciones motoras sin dolor, normalmente provocado por compresión del nervio por masas y con alteración del EMG.

Múltiples autores describen la relación con otros síndromes de compresión nerviosa a nivel del brazo.

El tratamiento principal es el quirúrgico, se utilizan varias vías de abordaje: anterior, posterior o transmuscular, liberando todos los posibles lugares de compresión del NIP (Jebson, 97; Kleinert, 96; Kupfler, 98).

Los resultados postoperatorios son satisfactorios en la mayoría de los casos, con ciertas diferencias entre los autores (Jebson, 97; Kupfler, 98; Lawrence, 95; Ritts, 87; Sahardy, 98).

El objetivo de nuestro estudio es presentar nuestra experiencia en el tratamiento de pacien-

tes con síndrome del túnel radial en el hospital clínico universitario de Valladolid y los resultados obtenidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde 1996 al 2003, 25 pacientes (26 extremidades) fueron tratados quirúrgicamente de síndrome del túnel radial en el HCUV.

En 1996 se planea la realización de un estudio descriptivo prospectivo de los pacientes operados de síndrome del túnel radial mediante la realización de un protocolo y se observa la evolución de los pacientes incluidos en nuestro estudio por las múltiples revisiones clínicas y un cuestionario subjetivo cumplimentado por todos los pacientes.

El protocolo incluye las siguientes variables estudiadas (**Tablas 1, 2 y 3**):

- Datos personales del paciente: edad, sexo, ocupación...
- Antecedentes previos.
- Relación con epicondilitis resistente y tratamientos previos.
- Sintomatología clínica.
- Exploración física.
- Exploraciones complementarias.
- Técnica quirúrgica.
- Evolución.
- Resultados según los criterios de Roles y Maudsley:
 - Excelente: no dolor, movilidad completa, actividad completa.
 - Bueno: ocasionales síntomas de discomfort, movilidad y actividad completa.

Tabla 1

Pacientes (Extremidades)	Edad	Sexo	Ocupación	Extremidad operada	Traumatismo previo	Tiempo de los síntomas	Tratamientos previos		
							Fármacos	Infiltración	RHB
1	47	M	Ama casa	DD	NO	24 m	SÍ	2	SÍ
2	46	M	Auxiliar	DD	NO	5 m	NO	NO	NO
3	39	M	Auxiliar	DD	NO	24 m	NO	NO	SÍ
4	42	M	Ama casa	DD	NO	18 m	NO	NO	NO
5				IND	NO	6 m	NO	NO	NO
6	55	M	Ama casa	IND	SÍ	4 m	SÍ	NO	NO
7	19	M	Estudiante	DD	SÍ	24 m	NO	1	SÍ
8	49	M	Limpieza	DD	NO	9 m	NO	5	SÍ
9	33	M	Ama casa	IND	NO	19 m	NO	4	NO
10	53	M	Frutera	DD	NO	6 m	SÍ	NO	SÍ
11	50	V	Jubilado	IND	NO	16 m	NO	8	NO
12	51	M	Médico	IND	NO	36 m	NO	2	NO
13	39	M	Médico	DD	NO	6 m	NO	NO	NO
14	27	M	Administrativo	DD	NO	12 m	NO	NO	NO
15	35	M	Secretaria	DD	NO	7 m	NO	NO	NO
16	56	V	Mecánico	DD	NO	15 m	SÍ	3	SÍ
17	37	M	Ama casa	DD	NO	10 m	NO	NO	NO
18	42	M	Enfermera	DD	NO	3 m	NO	NO	NO
19	51	V	Carpintero	DD	NO	7 m	NO	1	NO
20	28	M	Peluquera	DD	NO	5 m	NO	NO	NO
21	31	M	Secretaria	IND	NO	11 m	SÍ	NO	NO
22	43	M	Limpieza	DD	NO	22 m	NO	3	NO
23	45	V	Informático	IND	SÍ	4 m	SÍ	NO	NO
24	54	V	Conductor	DD	NO	5 m	NO	NO	NO
25	29	M	Dependiente	DD	NO	8 m	NO	2	NO
26	28	M	Peluquera	DD	NO	9 m	NO	1	SÍ

Tabla 2

Pacientes	EMG	Síntomas sensitivos	Signos				Movilidad	Abordaje	Otras Compresiones	Resultados Roles y Maudsley
			RT	SU	MR	Fuerza				
1	Bien	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	S. túnel cubital	Excelente
2	Bien	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	No	Excelente
3	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	STC	Bueno
4	Bien	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	STC	Bueno
5	Bien	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	De Quervain	Bueno
6	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	Buena	Posterior	Dedo resorte	Excelente
7	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	Buena	Posterior	No	Excelente
8	Bien	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	Buena	Posterior	STC, resorte	Regular
9	Bien	NO	SÍ	SÍ	NO	NO	Buena	Posterior	STC	Bueno
10	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	No	Bueno
11	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	Buena	Posterior	No	Excelente
12	NO	NO	SÍ	NO	NO	NO	Buena	Posterior	No	Excelente
13	Bien	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	No	Regular
14	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	STC	Bueno
15	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	No	Regular
16	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ	Buena	Posterior	No	Excelente
17	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	STC	Excelente
18	Bien	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	No	Bueno
19	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	Buena	Posterior	No	Bueno
20	Bien	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	De Quervain	Regular
21	Bien	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	No	Excelente
22	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ	Buena	Posterior	No	Regular
23	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	No	Excelente
24	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	No	Excelente
25	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	Dedo resorte	Excelente
26	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	NO	Buena	Posterior	STC	Bueno

➤ Regulares: síntomas después de actividades prolongadas.

➤ Malos: dolor que limita la actividad.

- Grado de satisfacción del paciente.

Todos los procedimientos quirúrgicos fueron llevados a cabo por el mismo cirujano, que utilizó la misma técnica quirúrgica.

La técnica quirúrgica empleada fue la siguiente:

- Incisión postero-externa en la línea que une el epicondilo lateral con la estiloides radial, 2-3 cm distal al epicondilo de 8-9 cm de longitud.
- Disección entre el segundo radial y el ex-

tensor común de los dedos tras la apertura de la fascia (**Figura 2**).

- Visualización de todas las posibles zonas de compresión del NIP.
- Liberación de las adherencias fibrosas y los vasos recurrentes radiales, si fuera necesario.
- Liberación del nervio a nivel de la inserción del segundo radial, si fuera necesario (**Figura 4**).
- Sección de la parte superficial del borde proximal del músculo supinador corto.
- En ocasiones se observa compresión en el borde distal del supinador liberándolo a ese nivel.

Tabla 3

Pacientes	Comentarios
1	Epicondilitis-Bosword
2	
3	
4	
5	
6	Epicondilitis-Bosword
7	Epicondilitis-Bosword
8	Poliartralgias. Incapacidad laboral
9	
10	Epicondilitis-Bosword; cambio laboral
11	Epicondilitis-Bosword
12	Epicondilitis-Bosword
13	Paresia extensor común de los dedos recuperado parcialmente
14	
15	Paresia extensor común de los dedos recuperado totalmente
16	Epicondilitis-Bosword
17	
18	
19	Epicondilitis-Bosword
20	Paresia extensor común de los dedos recuperado totalmente
21	
22	Epicondilitis-Bosword; cambio laboral
23	
24	
25	
26	

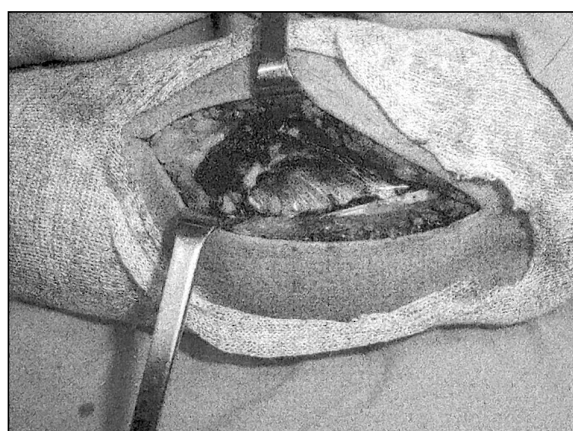


Figura 2. Diseción entre el segundo radial y el extensor común de los dedos.

- Cierre por planos de la fascia con incisiones transversales de la fascia de los epicondileos, subcutáneo y piel (**Figura 5**).
- Férula de yeso durante 2 semanas.

RESULTADOS

Características clínicas (Tablas 1, 2 y 3)

De los 25 pacientes tratados de STR, 20 son mujeres (80%) y 5 hombres (20%) con edades comprendidas entre los 10 y los 56 años (edad media de 38,11 años) en el momento de la intervención.

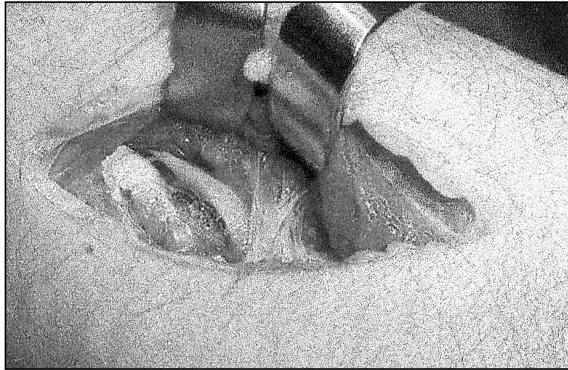


Figura 3. Liberación del nervio a nivel de la inserción del segundo radial.

La mayoría de los pacientes realizaban trabajos manuales repetitivos (amas de casa, peluquera, auxiliar de clínica, mecánicos, estudiantes...).

En 18 pacientes afectó a la extremidad dominante (72%), 2 pacientes a la extremidad no dominante (24%) y 1 paciente a ambas extremidades (4%).

Presentaban un antecedente previo de traumatismo 3 pacientes (11,53%).

La duración de los síntomas fue de 3 a 36 meses (media de 11,27 meses).

En 11 pacientes previamente se les había diagnosticado como una epicondilitis lateral (42,3%), habiendo sido tratados con múltiples tratamientos conservadores como: medicación antiinflamatoria: 6 pacientes (23%), infiltraciones: 11 pacientes (42,3%) y rehabilitación: 7 pacientes (26,9%) y por dos o más tratamientos 6 pacientes (23%). Un paciente fue interve-

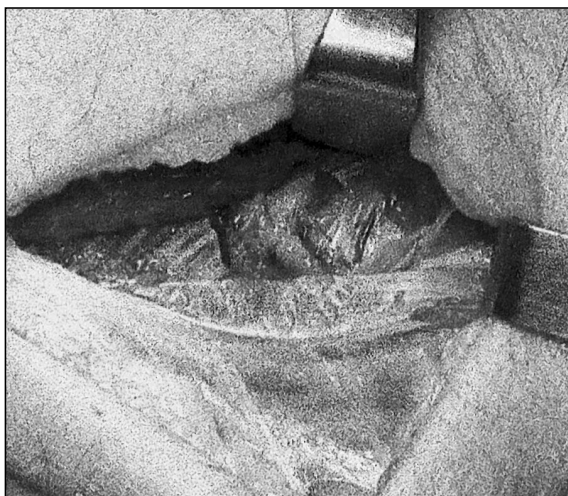


Figura 4. Varicosidades en los vasa nervorum del NIP.

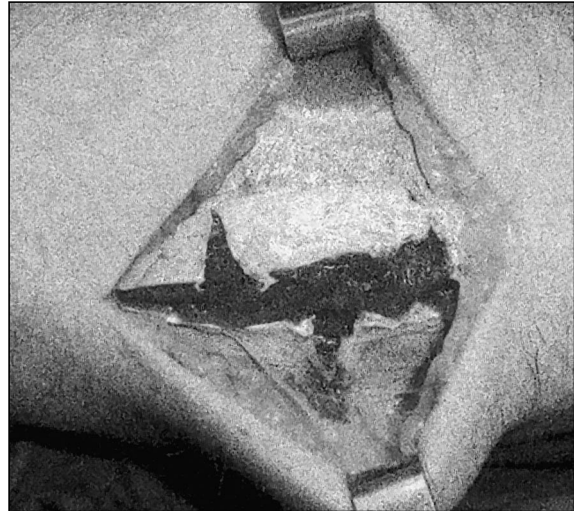


Figura 5. Incisiones transversales de la fascia de los epicondileos.

nido previamente de epicondilitis lateral no mejorando su sintomatología (3,8%).

El 100% de los pacientes se quejan de dolor a nivel del túnel radial que aumenta con la presión con debilidad y pesadez crónica a nivel del antebrazo. 23 pacientes tienen positiva la prueba de la supinación contrarresistencia (88,46%) y 17 pacientes la prueba de resistencia a la extensión del 3^{er} dedo (65,38%).

Se observó una pérdida de fuerza de la muñeca en 5 pacientes (19,23%).

Ningún paciente presentaba parestesias o disestesias en la zona de inervación radial, en 6 pacientes había parestesias en la zona del mediano (23%) y 1 en la zona del cubital (3,8%) relacionado respectivamente por la presencia de STC y síndrome del túnel cubital.

La movilidad del codo fue completa en todos los arcos de movimiento en todos los pacientes estudiados (100%).

Diez pacientes presentaban también un dolor selectivo a nivel del epicondilo lateral, relacionado con una entesitis de los músculos epicondileos en su inserción, asociada a un túnel radial (38,46%).

Siete pacientes presentaban otros síndromes de compresión nerviosa asociada (26,9%), 6 pacientes con síndrome del túnel carpiano (23%) y 1 paciente con un síndrome cubital (3,8%).

Las radiografías del codo se realizaron en 8 pacientes, fueron normales en 7 y 1 paciente presentó una esclerosis del epicondilo lateral se-

cundaria a las múltiples infiltraciones realizadas.

El EMG se realizó en 9 pacientes, siendo normal en todos ellos la velocidad de conducción nerviosa (34,6%).

Hallazgos quirúrgicos

En todos ellos se realizó un abordaje postero-externo en la línea epicondiloestiloidea, liberándose el nervio de todos los posibles lugares de compresión.

En ningún paciente se observó la presencia de masas o alteraciones anatómicas ni signos de posible adelgazamiento del nervio interóseo posterior.

Todos ellos presentaban una mayor compresión del nervio en las maniobras de provocación intraoperatorias a nivel del borde proximal del supinador corto (100%) y en 7 pacientes se observó también a nivel del borde distal del mismo (26,9%).

Se percibió la aparición de varicosidades en los vasa nervorum del NIP a nivel del túnel radial en 17 pacientes (**Figura 3**).

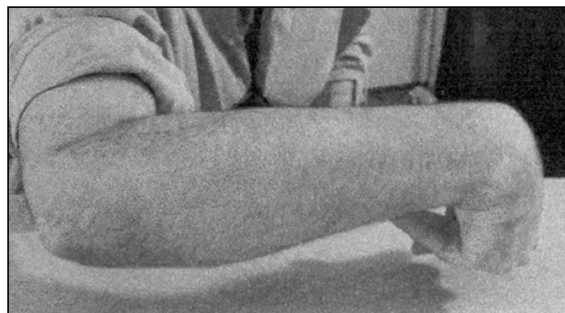
Se observó una gran fibrosis por debajo del epicondilo lateral en la inserción de la musculatura extensora en 5 pacientes que habían recibido múltiples infiltraciones (19,23%).

En 10 pacientes (38,46%) se realizó a la vez una operación de Bosword modificada al presentar sintomatología de epicondilitis lateral además del síndrome del túnel radial.

El tiempo de seguimiento de los pacientes fue de 4 meses a 6 años y 4 meses (tiempo medio de 22 meses).

En la actualidad no presentaban ninguna sintomatología 12 pacientes (46,15%) (**Figuras 6 y 7**), sintomatología ocasional 9 pacientes (34,61%) y 5 pacientes presentaban sintomatología con las actividades repetitivas (19,23%). La movilidad del codo es completa en todos los pacientes; todos los pacientes excepto 1 (3,84%) recuperaron la pérdida de fuerza de la muñeca.

Respecto a las complicaciones asociadas a la intervención observamos en 3 pacientes (11,5%) una paresia del extensor común de los dedos (falta de extensión completa del 3º y 4º dedo), 2 pacientes lo recuperaron totalmente en poco tiempo y una paciente sólo parcialmente, pero con un estudio EMG posterior que no ha



Figuras 6 y 7. Resultados posquirúrgicos.

demostrado alteraciones en la conducción nerviosa.

Se les realizó una encuesta subjetiva para conocer el grado de satisfacción de la intervención y se observó que todos los pacientes afirmaban haber mejorado tras la intervención y sólo 1 paciente no se volvería a operar conociendo los resultados si le volviera a ocurrir.

Los resultados fueron excelentes en 46,15% de los pacientes, buenos en 34,61% de los pacientes y regulares 19,23% de los pacientes según los criterios de Roles y Maudsley.

Un paciente con poliartrosis y con un resultado regular solicitó la incapacidad laboral y dos pacientes un cambio de su puesto de trabajo por diversos motivos (11,53%).

DISCUSIÓN

El síndrome del túnel radial es un síndrome de compresión de un nervio periférico con sus peculiaridades ya que a pesar de comprimir un nervio motor, NIP, no produce alteraciones motoras ni de la conducción nerviosa (Jebson, 97; Kleinert, 96; Lister, 91; Martín, 01; Van Rossum, 78; Soteranos, 99).

Desde que en 1972 Roles y Maudsley describieron este síndrome, con unos resultados excelentes tras el tratamiento quirúrgico de des-

compresión del túnel radial, múltiples autores publicaron sus resultados quirúrgicos que también eran buenos pero no tan exitosos como los publicados por Roles y Maudsley (Jebson, 97; Lawrence, 95; Sahardy, 98; Soteranos, 99).

El diagnóstico del síndrome del túnel radial es principalmente clínico, siendo la sintomatología más características el dolor a nivel del túnel radial que aumenta a la presión y una debilidad y pesadez en el antebrazo sobre todo tras esfuerzos; todos nuestros pacientes cursaban sin alteraciones motoras y presentaban en un porcentaje elevado maniobras de provocación, supinación contrarresistencia y el test del tercer dedo, positivas (Kleinert, 96; Lister, 91; Martín, 01; Ritts, 87; Sahardy, 98; Soteranos, 99).

No es frecuente la aparición de parestesias ni de limitación de la movilidad del codo (Lawrence, 95; Lister, 91).

Observamos que un número importante de pacientes se quejan de pérdida de fuerza en la muñeca, probablemente debido al dolor que les provoca coger pesos por la contracción de los músculos extensores.

Este síndrome se asocia a un estudio neurofisiológico estático normal con una velocidad de conducción nerviosa normal (Jebson, 97; Kupfer, 98; Lawrence, 95; Lister, 91; Martín, 01; Ritts, 87; Sahardy, 98; Van Rossum, 78).

Todo esto se debe a que el nervio interóseo posterior (NIP) es comprimido intermitentemente, ya que el túnel por el que pasa está formado por músculos que al contraerse comprimen el NIP provocando el dolor (Lister, 91; Sahardy, 98).

Así este síndrome de compresión nerviosa es principalmente dinámico; esto fue demostrado en varios estudios en los que se observó en el EMG una disminución de la velocidad de conducción nerviosa durante la supinación contrarresistencia (Jebson, 97; Kupfer, 98; Lister, 91; Verhaars, 91).

Muchas veces se confunde con una entesitis de la inserción de los músculos epicondileos, por ello algunos autores denominaron a este síndrome epicondilitis resistente al tratamiento (Kleinert, 96; Lawrence, 95); ambas patologías a veces son difíciles de diferenciar y en ocasiones pueden presentarse asociadas, en ese caso se deben intervenir los dos procesos a la vez.

También hemos observado en nuestra serie una

relación con otros síndromes de compresión nerviosa como el STC, síndrome cubital y tendinitis de repetición como múltiples autores (Jebson, 97; Lawrence, 95; Ritts, 87; Sotereanos, 99).

Respecto a la técnica quirúrgica empleada nosotros utilizamos en todos los casos el abordaje postero-externo siguiendo la línea epicondilo-estiloides radial porque nos permite una visualización de todo el NIP, incluso en el borde distal al supinador (Lister, 91). El abordaje anterior nos permite ver con mayor facilidad la zona proximal pero no la distal de la arcada de Frohse y tiene mayor riesgo de lesionar la rama superficial sensitiva radial (Lister, 91; Sotereanos, 99).

Es importante tener en cuenta la variabilidad del patrón de inervación de nervio radial en este nivel, como hemos podido observar en nuestro estudio (Branovacki, 98), esto explica las 3 parestias del extensor común de los dedos (ECD) recogidas en nuestro estudio.

Ninguno de nuestros pacientes presentaba masas ni alteración anatómica, más típico del síndrome del nervio interóseo posterior (Kleinert, 96; Lister, 91; Sahardy, 98; Soteranos, 99; Van Rossum, 78).

El lugar donde sospechamos en el campo quirúrgico que podría existir compresión del NIP es en la entrada proximal del túnel radial, aunque en 7 pacientes se ha observado una compresión a nivel del borde distal, por ello pensamos que el abordaje posterior es mejor (Jebson, 97; Lister, 91, Ritts, 87; Sotereanos, 99); en algunos pacientes se percibe una gran fibrosis entre el segundo radial y el supinador corto.

Tras el seguimiento de los pacientes en la actualidad todos ellos presentan una mejoría clínica respecto a antes de la intervención quirúrgica, con resultados satisfactorios en la mayoría de los pacientes, volviendo a las actividades cotidianas en 2 ó 3 meses (Jebson, 97; Lawrence, 95; Lister, 91, Sotereanos, 99).

CONCLUSIONES

- El síndrome del túnel radial es un síndrome de compresión nerviosa intermitente del NIP, rama motora del nervio radial en el antebrazo.

- Esto es debido a que el túnel radial es muscular y al contraerse los músculos que lo formaban favorecen su compresión.
- No existen alteraciones sensitivas, motoras, movilidad completa.
- No hay alteraciones del EMG.
- Se confunde con frecuencia con una entesitis de la inserción de los músculos epicondileos por lo que se debe sospechar ante una epicondilitis resistente al tratamiento; muchas veces se asocian ambas entidades.

- Se asocia a otros síndromes de compresión nerviosa.
- El tratamiento más efectivo demostrado es el quirúrgico liberando todos los posibles lugares de compresión nerviosa.
- Abordaje posterior es el que permite una mejor visualización total del NIP según nuestro criterio.
- Los resultados obtenidos son buenos con un grado de satisfacción de los pacientes alto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Branovacki, G.; Hanson, R.; Cash, R.; González, M.: The innervation pattern of radial nerve at the elbow and in the forearm. *J. Hand Surg*, 1998; 23 B: 167-169.
2. Crawford, G. P.: Late radial tunnel syndrome after excision of radial head. *J. Bone Joint Surg*, 1998; 1416-1418.
3. Jebson, P. J. L.; Arbor, A.; Enger, W. D.; Madison, W.: Radial tunnel syndrome: Long-term results of surgical decompression. *J. Hand Surg*, 1997; 22A: 889-896.
4. Kleinert, J. M.; Metha, S.: Radial nerve entrapment. *Clin Orthop*, 1996, 27: 305-315.
5. Kupfer, D. M.; Bronson, J.; Lee G.; Beck, J.; Gillet, J.; Diego, S.: Differential latency testing: a more sensitive test for radial tunnel syndrome. *J. Hand Surg*, 1998. 23A: 859-864.
6. Lawrence, T.; Mobbs, P.; Fortems, Y.; Stanley, J. K.: Radial tunnel syndrome. *J. Hand Surg*, 1995. 20B: 454-459.
7. Lister, G. D.: Radial tunnel syndrome. Gelberman, R. H. *Operative nerve repair and reconstruction*. Pp.: 1023-1037. Lippincott Company. Philadelphia, 1991.
8. Martín Ferrero, M. A.: Síndromes de compresión nerviosa. Sánchez Martín, M. A. *Traumatología y Ortopedia*. Universidad de Valladolid, 2001. Cap. 26. Pp. 483-494.
9. Ritts, G. D.; Wood, M. B.; Linscheid, L.: Radial tunnel syndrome. *Clin Orthop Related Research*, 1987. 219: 201-205.
10. Sarhady, N. S.; Korday, S. N.; Bainbridge, L. C.: Radial tunnel syndrome: diagnosis and management. *J. Hand Surg*, 1998. Vol. 23A: 617-619.
11. Sotereanos, D. G.; Varitimidis, S. E.; Giannakopoulos, P. N. et al.: Results of Surgical Treatment for Radial Túnel Síndrome. *J. Hand Surg*, 1999. Vol. 24A: 566-570.
12. Van Rossum, J.; Buruma, J. S.; Kamphuisen, H. A. C.; Onvlee, G. J.: Tennis elbow-a radial tunnel syndrome? *J. Bone Joint Surg*, 1978. Vol. 60-B: 197-198.
13. Verhaar, J.; Spaans, F.: Radial Tunnel Syndrome. *J. Bone Joint Surg*, 1991. Vol. 73-A: 539-544.