

# El síndrome del pronador redondo como causa de cirugía fallida de descompresión del túnel carpiano

Pujol-Oliver T, Sánchez-Jiménez M, Ruiz-Hernández IM, Esteras-Serrano MJ, Far-Riera A, Pérez-Uribarri C

## INTRODUCCIÓN

La compresión del nervio mediano a nivel de la parte alta del antebrazo se conoce como el síndrome del pronador redondo (SPR). Debido a que el síndrome del túnel carpiano (STC) es hasta 200 veces más frecuente y a su clínica similar, el SPR suele ser de diagnóstico tardío. En la literatura se describen numerosas estructuras anatómicas que pueden causar este síndrome, precisando de un abordaje amplio para su liberación. Por el contrario, en el abordaje mínimamente invasivo descrito por Zancolli ER III en 2012, únicamente se realiza la liberación de la fascia profunda de la cabeza superficial del PR.

## OBJETIVO

- Analizar el diagnóstico y manejo terapéutico en pacientes intervenidos quirúrgicamente de STC con mala evolución en que debemos sospechar un SPR concomitante o aislado.
- Comprobar la reproducibilidad y efectividad del abordaje mínimamente invasivo en el SPR.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Hemos registrado la evolución clínica de tres casos recientemente intervenidos en nuestro hospital, en que tras cirugía fallida de STC y con sospecha de SPR asociado, realizamos la técnica quirúrgica mínimamente invasiva de descompresión del SPR descrita y revisada por Zancolli ER III en 2012.
- Exponemos a continuación uno de los casos adjuntando imágenes intraoperatorias.

## CASO CLÍNICO

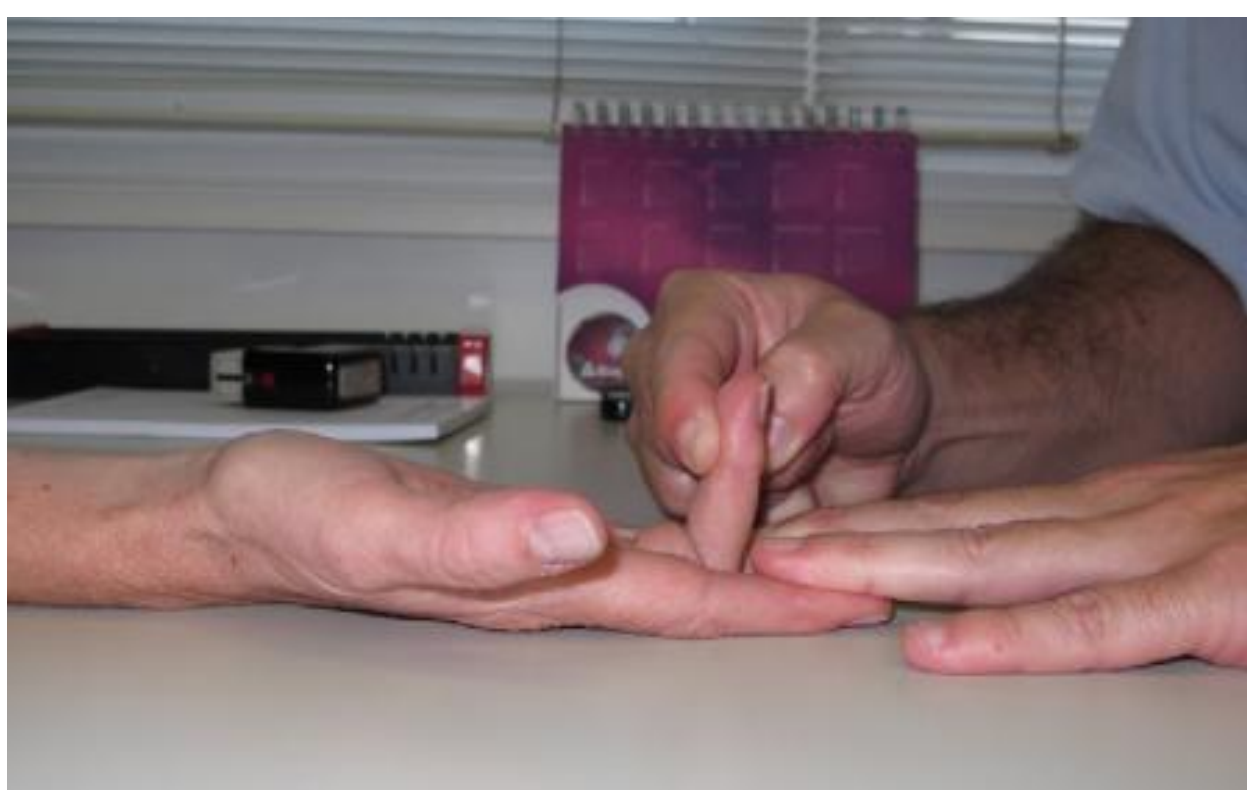
- Mujer de 77 años con clínica en territorio del nervio mediano.
- Descompresión a nivel del túnel carpiano en dos ocasiones sin mejoría.
- Sospecha clínica de SPR. Pruebas clínicas para el SPR positivas. (Figura 1)
- Descompresión proximal. (Figura 2)



Test de compresión.



Test de pronación activa.



Test del flexor superficial de los dedos (FSD).

**Figura 1.** Pruebas clínicas para el diagnóstico del SPR. Son positivos si aparecen parestesias en el territorio del mediano tras 30 segundos.



**Figura 2.** Abordaje mínimamente invasivo en el SPR. **A)** Incisión oblicua de 3-4 cm. **B)** Protección del nervio cutáneo antebraquial medial. **C)** Disección del septo que separa el flexor radial del carpo y el PR, que se continúa con la fascia profunda de la cabeza superficial del PR. **D)** Tras su liberación, se consigue visualización del nervio mediano, descartando otras causas de compresión a dicho nivel. **E)** Liberación de la arcada del FSD si el test del FSD es positivo.

## RESULTADO

En nuestra experiencia, siguiendo de forma estricta las indicaciones para el tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo del SPR descrito por Zancolli ER III, se consiguió la resolución completa de la sintomatología de los pacientes.

## CONCLUSIONES

- ✓ Siendo el SPR una causa poco frecuente de compresión del nervio mediano, es importante la sospecha diagnóstica para evitar cirugías innecesarias de descompresión a otro nivel. Mediante la cirugía mínimamente invasiva, se consigue una intervención sencilla, reproducible y eficaz para el tratamiento del SPR.

1. Zancolli ER III, et al. New Mini-invasive Decompression for Pronator Teres Syndrome. ASSH, 2012.  
2. Luangjarmekorn P, et al. Role of pronator teres release in revisión carpal tunnel surgery. SICOT, 2016  
3. Asheghan M, et al. The prevalence of pronator teres among patients with carpal tunnel Syndrome: cross-sectional study. IJBM, 2016.