

SÍNDROME DEL NERVIÓ INTERÓSEO ANTERIOR O DE KILOH NEVIN. ¿CÓMO RECONOCERLO? A PROPÓSITO DE UN CASO

Paloma Sevilla Ortega, Ignacio Puyuelo Jarne, Ana Coral Laga Cuen,
Amaia Aguirre Etxebarria, Paula Isla Sarasa

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital San Pedro. Logroño



INTRODUCCIÓN

El **síndrome del nervio interóseo anterior (NIA) o de Kiloh Nevin** es una enfermedad rara que representa el 1% de las lesiones de la extremidad superior. Se manifiesta principalmente como debilidad en el movimiento de pinza del primer y segundo dedos. Algunos casos se han asociado a neuritis transitorias, compresión nerviosa o traumatismos. Sin embargo, su etiología sigue siendo motivo de debate, por lo que el tratamiento óptimo no está establecido.

Presentamos el caso de un paciente varón de 39 años con dolor atraumático en región dorsolateral del antebrazo y muñeca izquierdos. Se objetiva un déficit para la extensión completa del codo e imposibilidad para flexionar la articulación interfalángica del pulgar izquierdo.

OBJETIVOS

A propósito de un único caso valorado en nuestro servicio, el objetivo es realizar una descripción de la incidencia, etiología, diagnóstico y tratamiento de la afectación del NIA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe un caso de síndrome del NIA diagnosticado en el Servicio de Urgencias de nuestro centro. Hemos realizado una revisión en la literatura sobre diagnóstico y manejo del mismo a través del PubMed y UpToDate.

RESULTADOS

Se realiza valoración posterior en consultas externas de Traumatología. La radiología simple descarta patología ósea aguda y el estudio ecográfico no muestra lesiones tendinosas. Los hallazgos en el electroneurograma y electromiograma (ENG-EMG) sugieren afectación del NIA izquierdo.

El estudio se completa con resonancia magnética nuclear (RMN) de antebrazo, que objetiva ocupación de la fosa olecraniana por tejido compatible lipoma pero que, por localización, no sugiere afectación neural. Tras tres meses de tratamiento conservador no efectivo, se decide realizar cirugía de liberación del NIA a nivel del codo. A las seis semanas de seguimiento los síntomas habían remitido.

CONCLUSIÓN

La sospecha clínica de un síndrome de NIA surge de la parálisis aislada de los músculos a los que inerva. A pesar de las imágenes con RMN, el electrodiagnóstico y los hallazgos intraoperatorios para aclarar su fisiopatología, hoy en día ésta sigue sin estar resuelta. Aún sin causa clara, se han propuesto varias opciones terapéuticas (conservadoras y quirúrgicas) con resultados igualmente favorables.