

SÍNDROME DO TÚNEL CUBITAL CAUSADA PELO MÚSCULO ANCÔNEO EPITROCLEAR – DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO

ANCONEUS EPITROCHLEARIS MUSCLE CAUSING CUBITAL TUNNEL SYNDROME – ULTRASONOGRAPHIC DIAGNOSIS

ÉLCIO ROBERTO DUARTE ¹, MÁRCIO LUÍS DUARTE ²

RESUMO

A síndrome do túnel cubital é a segunda neuropatia mais prevalente na extremidade superior, depois da síndrome do túnel do carpo. O diagnóstico deve ser feito com base na história, exame físico e exames de imagem. Na neuropatia ulnar geralmente ocorre parestesia noturna no quarto e quinto dedos, além de dor no cotovelo, irradiando para a axila, geralmente acompanhada de fraqueza de preensão. Na maioria dos casos o sinal de Tinel está presente. O músculo ancônio epitrocLEAR é uma causa rara, mas tratável de compressão do nervo ulnar, sendo provável que a síndrome seja mais comum do que se pensa ser.

PALAVRAS-CHAVE: SÍNDROME DO TÚNEL CUBITAL, ULTRASSONOGRAFIA, MÚSCULO ANCÔNEO EPITROCLEAR.

ABSTRACT

Cubital tunnel syndrome is the second most prevalent neuropathy in the upper extremity, after carpal tunnel syndrome. Diagnosis should be made on the basis of history, physical examination, and diagnostic imaging studies. In ulnar neuropathy we generally see nocturnal paresthesias in digit IV and V and pain at the elbow, irradiating in the underarm, usually accompanied by weakness of grip. In most cases Tinel's sign is present across the medial epicondyle. The anconeus epitrochlearis muscle is a rare cause, but treatable of ulnar nerve entrapment. It is probable that the syndrome is more common than it is thought to be.

KEYWORDS: CUBITAL TUNNEL SYNDROME, ULTRASOUND, ANCONEUS EPITROCHLEARIS MUSCLE.

INTRODUÇÃO

A síndrome do túnel cubital é a segunda neuropatia mais prevalente na extremidade superior¹, depois da síndrome do túnel do carpo^{2,3}.

A maioria dos casos tem apresentação crônica⁴. Raramente, a síndrome do túnel cubital pode se desenvolver de forma aguda com movimentos da extremidade relacionados a atividade⁴. Esta apresentação única levou ao termo síndrome do túnel cubital “dinâmica”⁴.

O nervo ulnar deriva das raízes mediais do plexo braquial e transporta fibras de C8 e T13. No braço, essas raízes passam posteriormente ao septo intermuscular medial e sob a margem medial do tríceps³. O nervo ulnar passa por dentro do túnel cubital sob o epicôndilo medial, no sulco do nervo ulnar, e vem contra a porção posterior do ligamento

colateral medial, aonde um sulco no ligamento acomoda o nervo³.

No cotovelo, o nervo ulnar está sujeito a traumas ou ao aprisionamento em dois locais principais⁵:

- Entre o processo do olécrano e o epicôndilo medial, o nervo ulnar entra no túnel cubital e passa sob o ligamento Osborne.
- O nervo ulnar também pode ser comprimido mais distalmente, ao nível da origem dupla do músculo flexor ulnar do carpo, que é atravessado pelo ligamento arqueado.

Entre o epicôndilo medial e olécrano, um pequeno músculo acessório epitrocLEAR pode ser identificado^{5,6}, e não é incomum em cotovelos humanos, com presença relatada em 3% a 28% dos cadáveres^{3,7}, com função incerta^{2,3}. Observações do músculo em cadáveres mostraram que o músculo

1. Clínica Brasil Imagem, Santos, São Paulo.

2. Centro de Especialidades Médicas e Radiológicas São Gabriel, Praia Grande, São Paulo

Endereço para correspondência:

Élcio Roberto Duarte

Clínica Brasil Imagem, Santos, São Paulo

encurta durante a extensão do cotovelo, altamente sugestivo de que pode ser um músculo acessório para a cabeça medial do tríceps^{2,3}.

Embora seja incomum, o músculo ancôneo epitrocLEAR deve ser pesquisado em pacientes com a síndrome do túnel cubital². Em esportistas, mais de 40% dos casos de compressão do nervo ulnar é causado pelo desenvolvimento atípico de grupos musculares durante a vida esportiva³.

O músculo ancôneo epitrocLEAR tem sido postulado como uma fonte de dor medial no cotovelo de atletas². No entanto, o diagnóstico clínico de neuropatia ulnar secundária a este músculo anômalo é rara e sua prevalência não é conhecida⁷. Este músculo recobre o nervo ulnar posteriormente, tornando-se mais tenso na flexão, sendo uma potencial fonte de compressão².

RELATO DO CASO

Mulher de 34 anos com dor intermitente entre o epicôndilo medial do cotovelo esquerdo e o olécrano, com dormência na mão esquerda a dois meses. Nega prática esportiva. Apresenta sinal de Tinel positivo no cotovelo esquerdo ao exame físico.

A ultrassonografia (US) demonstrou músculo ancôneo epitrocLEAR entre o epicôndilo medial e o olécrano, adjacente ao nervo ulnar com área de 8,0mm² e perda do padrão fascicular – Achados compatíveis com síndrome do túnel cubital causada por músculo ancôneo epitrocLEAR (Figuras 1 e 2).

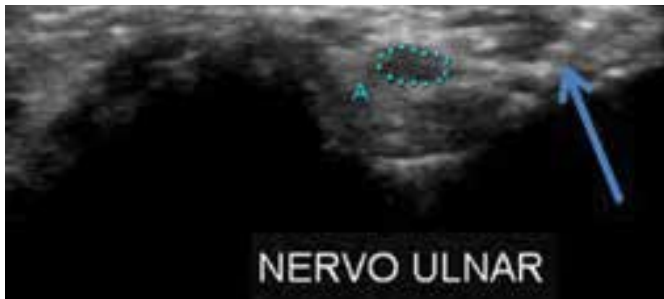


Figura 1: US do cotovelo esquerdo mostrando músculo ancôneo epitrocLEAR (seta azul) entre o epicôndilo medial e o olécrano, adjacente ao nervo ulnar (círculo pontilhado).

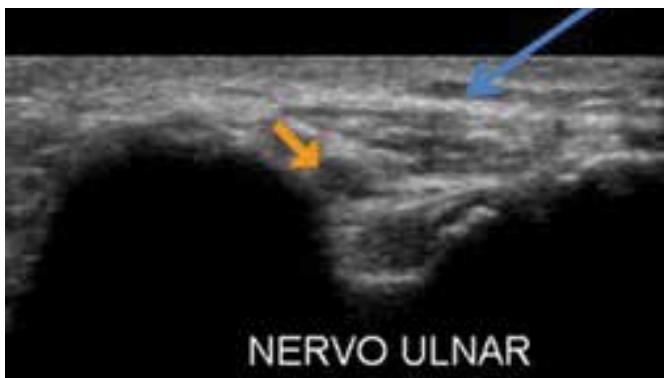


Figura 2: US do cotovelo esquerdo mostrando músculo ancôneo epitrocLEAR (seta azul) entre o epicôndilo medial e o olécrano, adjacente ao nervo ulnar (seta laranja).

DISCUSSÃO

Os sintomas da síndrome do túnel cubital variam de um vago desconforto à hipersensibilidade no cotovelo⁴. Na neuropatia ulnar geralmente ocorre parestesia noturna no quarto e quinto dedos, além de dor no cotovelo, irradiando para a axila, geralmente acompanhada de fraqueza de preensão⁴. Na maioria dos casos, o sinal de Tinel está presente³.

Possíveis causas da síndrome do túnel cubital^{1,3}:

- Anomalia muscular, ex: músculo ancôneo epitrocLEAR.
- Compressão devido ao espessamento do retináculo (ou ligamento arqueado).
- Compressão externa aguda ou crônica, ex: lesão cirúrgica.
- Esporão ósseo do epicôndilo medial ou do olécrano.
- Fratura do úmero com corpos livres ou formação de calo ósseo.
- Gânglio.
- Hemorragia.
- Infecção, ex: tuberculose.
- Massa nas partes moles.
- Osteocondroma.
- Sinovite secundária a artrite reumatóide.
- Subluxação do nervo ulnar devido à frouxidão congênita do tecido fibroso.
- Trauma, ex: uso de britadeira.
- Uso excessivo - "Overuse".

O diagnóstico deve ser feito com base na história, exame físico e exames de imagem⁴. A eletroneuromiografia é o exame padrão-ouro na síndrome do túnel cubital, mas não esclarece a etiologia⁶. A US de alta resolução analisa as anormalidades anatômicas e propriedades físicas do nervo ulnar, além de permitir o estudo dinâmico⁶. A ultrassonografia e a ressonância magnética (RM) localizam as lesões do nervo ulnar, mas principalmente as causas de compressão, além de ajudar no tratamento. O principal sinal ultrassonográfico da síndrome do túnel cubital é o edema com perda do padrão fascicular do nervo ulnar⁷.

O músculo ancôneo epitrocLEAR pode ser identificado pela US ou, com maior acurácia, pela RM^{3,4}. A RM também pode ser útil na elucidação do túnel cubital e das estruturas circundantes².

- O músculo ancôneo epitrocLEAR é melhor visualizado nas imagens axiais, onde a relação do nervo ulnar com tecidos moles adjacentes é claramente delineada².
- Se o músculo está edemaciado, ele será melhor avaliado na sequência STIR e indica neurite e / ou compressão nervosa^{2,8}.

A excisão completa do músculo é amplamente aceita como tratamento definitivo⁸.

CONCLUSÃO

O músculo ancôneo epitrocLEAR é uma causa rara, mas tratável de compressão do nervo ulnar, sendo provável que a síndrome seja mais comum do que se pensa ser.

Os exames de imagem, em especial a US, devido ao seu baixo custo e fácil acesso, detectam, muitas vezes, a causa da compressão do nervo ulnar.

REFERÊNCIAS

1. Andreisek G, Crook DW, Burg D, Marincek B, Weishaupt D. Peripheral neuropathies of the median, radial, and ulnar nerves: MR imaging features. *Radiographics*. 2006;26(5):1267-87.
2. Li X, Dines JS, Gorman M, Limpisvasti O, Gambardella R, Yocum L. Anconeus epitrochlearis as a source of medial elbow pain in baseball pitchers. *Orthopedics*. 2012;35(7):e1129-32.
3. Dekelver I, Van Glabbeek F, Dijks H, Stassijns G. Bilateral ulnar nerve entrapment by the M. anconeus epitrochlearis. A case report and literature review. *Clin Rheumatol*. 2012;31(7):1139-42.
4. Morgenstein A, Lourie G, Miller B. Anconeus epitrochlearis muscle causing dynamic cubital tunnel syndrome: a case series. *J Hand Surg Eur* 2014;18.
5. Konin GP, Nazarian LN, Walz DM. US of the elbow: indications, technique, normal anatomy, and pathologic conditions. *Radiographics*. 2013;33(4):E125-47.
6. Babusiaux D, Laulan J, Bouilleau L, Martin A, Adrien C, Aubertin A, Rabarin F. Contribution of static and dynamic ultrasound in cubital tunnel syndrome. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2014;100(4 Suppl):S209-12.
7. Draghi F, Bortolotto C. Importance of the ultrasound in cubital tunnel syndrome. *Surg Radiol Anat*. 2016;38(2):265-8.
8. Nellans K, Galdi B, Kim HM, Levine WN. Ulnar neuropathy as a result of anconeus epitrochlearis. *Orthopedics*. 2014;37(8):e743-5.