



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

“PARÁLISIS DEL SÁBADO POR LA NOCHE”

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MÉDICO**

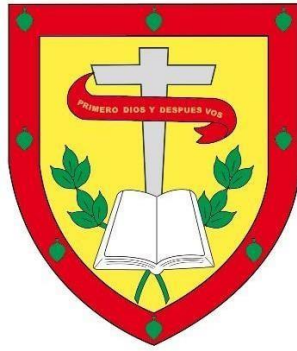
AUTOR: JHOSEBET ADRIANA CAÑAR LUDEÑA

DIRECTOR: DR. JORGE GUSTAVO YANZA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

“PARÁLISIS DEL SÁBADO POR LA NOCHE”

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: JHOSEBET ADRIANA CAÑAR LUDEÑA

DIRECTOR: DR. JORGE GUSTAVO CORDERO YANZA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Jhosebet Adriana Cañar Ludeña portadora de la cédula de ciudadanía N.º 0150704658. Declaro ser el autor de la obra: "**Parálisis del sábado por la noche**", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 2 de abril del 2024

F: 

Jhosebet Adriana Cañar Ludeña
C.I. 0150704658

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Parálisis del sábado por la noche** " realizado por **Jhosebet Adriana Cañar Ludeña** con documento de identidad **0150704658**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 2 de abril del 2024



Firmado electrónicamente por:
JORGE GUSTAVO
CORDERO YANZA

F:

Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza DIRECTOR / TUTOR

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con profundo cariño y gratitud a mis seres más queridos, especialmente a mi mamá y papá, Mariuxi Ludeña y Stalin Cañar. Ellos han sido mis pilares fundamentales durante todo el arduo proceso de formación académica, brindándome un apoyo incondicional durante este proceso de formación académica, brindándome un apoyo incondicional en cada etapa de mi carrera profesional.

A mi hermana, Catlyn Cañar, le dedico un reconocimiento especial por ser mi constante compañera y por su apoyo inquebrantable a lo largo de este recorrido académico. Su aliento y comprensión han sido un bálsamo para los desafíos que enfrenté. Así mismo, quiero expresar mi profundo agradecimiento a mis queridas abuelitas, tanto paterna como materna, cuyo amor y sabiduría han sido una inspiración constante en mi vida profesional.

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. Freddy Cárdenas y al Dr. Gustavo Cordero por su invaluable orientación y dirección durante el proceso de esta tesis. Su dedicación, sabiduría y apoyo constante han sido fundamentales para alcanzar este logro. Agradezco sinceramente su compromiso y guía, que han dejado una marca indeleble en mi formación académica y profesional.

RESUMEN

Antecedentes: Las lesiones del nervio radial o de sus ramas interósea posterior y sensitiva radial superficial son comunes en la práctica clínica de la extremidad superior. la prevalencia exacta de las lesiones nerviosas radiales no se conoce debido a la carencia de análisis epidemiológicos extensos sobre este tema. Sin embargo, se sabe que es más habitual que afecte al sexo masculino.

Presentación de caso: Paciente masculino de 28 años de edad inició su padecimiento actual presentando pérdida de función en la extensión de los dedos y parestesias en el antebrazo y la mano después de dormir con el brazo izquierdo apoyado sobre una mesa y la cabeza sobre el tercio proximal del antebrazo. En urgencias, El diagnóstico por cirugía de mano y microcirugía reveló un síndrome de sábado por la noche, mientras que el diagnóstico clínico indicó una lesión del nervio interóseo posterior. tras los resultados de la electromiografía en el cual presentó denervación parcial activa en los músculos extensor común de los dedos y supinador izquierdos. Tras tratamiento con neuromoduladores sin mejoría en 4 meses, se realizó procedimiento quirúrgico específicamente epineurolysis, resultando en mejoría notable después de 6 semanas.

Conclusiones esperadas: Mejoría en cuanto a la funcionalidad de la extensión metacarpofalángica y pulgar tras tratamiento con epineurolysis

Palabras clave: "lesión del nervio interóseo posterior, denervación, procedimiento quirúrgico"

ABSTRACT

Background: Injuries to the radial nerve or its posterior interosseous and superficial radial sensory branches are common in clinical practice cases regarding the upper extremities. The exact prevalence of radial nerve injuries is unknown due to the lack of extensive epidemiological analysis on this topic. However, it is known to be more common in males.

Case presentation: A 28-year-old male patient began his current condition with a loss of finger extension function and paresthesia in the forearm and hand after sleeping with his left arm resting on a table and his head on the proximal third of the forearm. In the emergency room, diagnosis by hand surgery and microsurgery revealed a Saturday night palsy. In contrast, after the electromyography results in which the patient presented partial active denervation in the left common extensor digitorum and supinator muscles, the clinical diagnosis indicated a lesion of the posterior interosseous nerve. After treatment with neuromodulators with no improvement in four months, a surgical procedure was conducted, particularly epineurolysis, leading to a remarkable improvement after six weeks.

Expected conclusions: Improvement in functionality of the metacarpophalangeal and thumb extension after treatment with epineurolysis

Key words: "Posterior interosseous nerve injury, denervation, surgical procedure".

ÍNDICE

RESUMEN	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN.....	10
REPORTE DEL CASO	12
DISCUSIÓN.....	17
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
GLOSARIO.....	24
ANEXOS.....	25

INTRODUCCIÓN

El síndrome de la parálisis del sábado por la noche, denominado así por su tendencia a manifestarse con mayor frecuencia en el surco espiral del húmero, resulta de una neuropatía compresiva que afecta al nervio radial. Esta condición se origina por la presión constante ejercida en la región posterior del brazo. (1,2). Es esencial comprender la anatomía del nervio radial, el cual se origina en el plexo braquial, derivándose de la porción posterior del fascículo que se origina de las raíces C5-T1 (3). Este nervio avanza entre las cabezas del tríceps y la arteria axilar, penetrando el compartimento posterior del brazo a través de una aberturatriangular y avanzando hacia el surco radial en el húmero. A medida que se desplaza hacia la parte lateral del brazo, atraviesa el tabique intermuscular lateral y emerge entre los músculos braquiorradial y braquial, posicionándose anteriormente al epicóndilo de manera lateral. El nervio radial bifurca en una rama sensorial superficial, la cual recorre el antebrazo, y en una rama motora profunda que se introduce en el túnel radial y pasa entre los músculos supinador superficial y profundo. Después de pasar por la cara posterior del supinador, el nervio radial se convierte en el nervio interóseo posterior, inervando los músculos extensores de la muñeca. Su rama superficial, junto con la arteria radial, proporciona sensibilidad táctil al seguir el trayecto del músculo braquiorradial hacia la mano (4).

En cuanto a la epidemiología las lesiones del nervio radial son comunes y representan la mayoría de las mononeuropatías. Estas lesiones están frecuentemente asociadas con fracturas de la diáfisis humeral, especialmente en su tercio medio y distal, debido a la proximidad y trayecto a lo largo del húmero. Aunque la prevalencia exacta no está bien establecida por la falta de estudios epidemiológicos exhaustivos, es importante destacar esta relación (5). Las lesiones del nervio radial se clasifican en proximales o distales según su ubicación con respecto a la ramificación nerviosa. Las parálisis altas afectan la muñeca y los dedos, causandola “manopéndula”. En cambio, las parálisis bajas, como la lesión del nervio interóseo dorsal, afectan la extensión de los dedos, usualmente causadas al dormir con el brazo colgando (6).

Las manifestaciones clínicas de la compresión del nervio radial varían según el sitio anatómico donde ocurra la compresión. Por ejemplo, cuando la compresión ocurre en el surco espiral del húmero, puede manifestarse como el síndrome de la parálisis del sábado por la noche (7). El manejo de la parálisis del nervio radial puede abordarse mediante intervención quirúrgica o no quirúrgica. El enfoque inicial no quirúrgico es fundamental, ya que muchas veces las lesiones del nervio radial son temporales y pueden tratarse sin cirugía. Inicialmente, se recomienda reposo, modificaciones en la actividad y fármacos antiinflamatorios (8,9). Según estudios, hasta el 80% de los pacientes experimentan una resolución de los síntomas con este enfoque. En nuestro caso, aunque el abordaje quirúrgico es poco común, la epineurolisis emerge como un procedimiento vital para restaurar la función nerviosa al liberar el nervio de las estructuras circundantes en casos de compresión nerviosa (10).

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 28 años, sin antecedentes de importancia inició su padecimiento actual presentandopérdida de función de extensión de los dedos (metacarpofalángica y pulgar) y parestesias en el antebrazo y la mano con cuatro meses de evolución., posterior a dormir en sedestación apoyando el brazo izquierdo sobre una mesa y la cabeza sobre el tercio proximal, se estima 12 horas no se puede precisar con exactitud el tiempo debido a que se encontraba en estado de embriaguez. Razón por el cual fue valorado por urgencias, con diagnóstico de lesión de nervio radial Según la clasificación de Seddon y Sunderland, los niveles serían el 2 y el 3, respectivamente. Esto quiere decir El nivel 2 corresponde a una lesión de tipo axonotmesis, caracterizada por una interrupción del axón mientras que la vaina de mielina y la endoneuro permanecen sin daños mientras que el nivel 3 Se refiere a una lesión más severa que compromete tanto al axón como a los fascículos nerviosos (2).

Al ser tratado inicialmente de forma conservadora con neuromoduladores, después de 4 meses el paciente muestra cierta mejoría en la extensión de la articulación metacarpofalángica del dedo medio hasta el nivel M3 según la Escala de Daniels, lo que indica la capacidad de realizar movimientos activos contra la resistencia en esta articulación. Además, logra extender el pulgar hasta el nivel M2, lo que implica la capacidad de realizar movimientos activos sin resistencia en la articulación del pulgar.

A las 16 semanas, el paciente exhibe extensión metacarpofalángica hasta el nivel M4 y extensión del pulgar hasta el nivel M3, según la Escala de Daniels. A pesar de esta mejoría, presenta claudicación neurogénica después de 30 segundos, lo que impacta su capacidad para trabajar. Por esta razón, el paciente busca la atención de un cirujano especializado en mano y microcirugía. En la exploración física realizada a las 17 semanas, se confirma la extensión metacarpofalángica M4 y la extensión del pulgar M3, nuevamente con claudicación neurogénica a los 30 segundos. Tras la evaluación, se establece el diagnóstico de síndrome de sábado por la noche por parte del equipo de cirugía de mano y microcirugía, mientras que el diagnóstico clínico apunta a una lesión del nervio interóseo posterior.

Fotografías de la exploración física a las 17 semanas



Figura 1



Figura 2

Figura 1 y 2: Extensión de la muñeca completo fuerza M4

Fuente: Fotografías tomadas por el Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza.



Figura 3



Figura 4

Figura 3 y 4: Extensión metacarpofalángica 0 grados M3

Fuente: Fotografías tomadas por el Dr. Jorge Gustavo Cordero Yanza.



Figura 5 y 6: Extensión del pulgar metacarpofalángica -30grados

Fuente: Fotografías tomadas por elDr. Jorge Gustavo Cordero Yanza.

En cuanto a la evaluación electromiografía con aguja presentan abundantes ondas positivas y fibrilaciones en los músculos extensor común de los dedos y supinador izquierdos, al esfuerzo voluntario se obtienen unidades motoras de baja amplitud y polifásicas en el músculo extensor común de los dedos. El primer interóseo dorsal presenta unidades motoras con reclutamiento y patrón de interferencia disminuidos. El tríceps braquial presenta unidades motoras con sus caracteres dentro de los límites normales.

Desde el punto de vista electrofisiológica existe evidencia de una neuropatía motora del nervio radial izquierdo, con denervación parcial activa de severa entidad en su territorio muscular, y con discretas unidades de re inervación, caracteres observados en la neuro praxias.

Fotografías de la electromiografía conjunto con su reporte (Ver anexo 3 reporte):

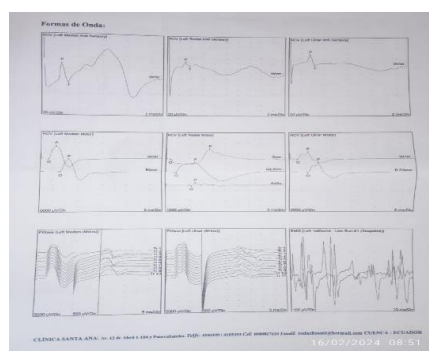
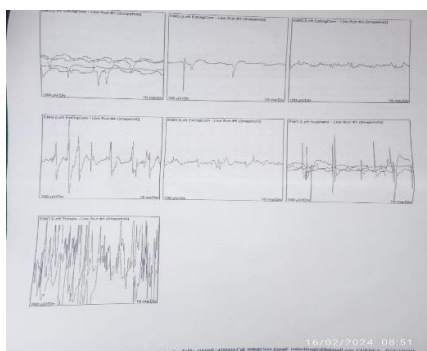




Figura 8



Figura 9



Figura 10



Figura 11

Fuente: Fotografías tomadas por el Dr. Gustavo Cordero

DISCUSIÓN

La “parálisis del sábado por la noche” se encuentra dentro de la categoría de neuropatías compresivas, las cuales se caracterizan por la presión que se ejerce sobre un nervio en una región específica del cuerpo. Este síndrome afecta al nervio radial, el cual se comprime en el surco espiral del húmero. Las lesiones del nervio radial suelen ser categorizadas con respecto a la ramificación nerviosa en otras palabras se dividen en parálisis bajas y altas (Ver tabla 1) (11,12). La clasificación de Herbert Seddon, ampliamente usada, comprende tres formas de lesiones nerviosas: Axonotmesis, neurotmesis y neuropraxia. Además de simplificar la comprensión de las lesiones, facilita el pronóstico y la determinación del tratamiento. Posteriormente Sydney Sunderland amplió esta clasificación al agregar dos grados entre la axonotmesis y la neurotmesis (Ver tabla 2)(2).

Se describen las diversas manifestaciones clínicas de la compresión del nervio radial según el sitio anatómico donde ocurran. Incluyen la caída de la muñeca y de los dedos (Ver tabla 3) (13-16). Los pacientes suelen experimentar una debilidad súbita en los músculos extensores de la muñeca y los dedos al despertar, como resultado de dormirse con el brazo extendido sobre el respaldo de una silla. Este fenómeno puede ser exacerbado por el consumo de alcohol u otras sustancias (1). Como en este caso clínico quien tras estado de embriaguez inicia con las siguientes manifestaciones pérdida de función de extensión de los dedos (metacarpofalángica y pulgar) y parestesias en el antebrazo y la mano, posterior a dormir en sedestación apoyando el brazo izquierdo sobre una mesa y la cabeza sobre el tercio proximal del antebrazo cabe recalcar que se encontraba en estado de embriaguez. Phansopkar P et al(11), describen el caso de un paciente que, tras un accidente de tráfico, no mostró mejoría en una lesión diagnosticada como axonotmesis del nervio radial en la extremidad superior derecha, a pesar de haber recibido tratamiento inicial con férula y medicamentos.

En resumen, esta condición implica daño parcial a los axones nerviosos en la extremidad, donde la cubierta externa del nervio y el tejido circundante pueden permanecer intactos. En este tipo de lesión,

los axones internos pueden sufrir daños, lo que dificulta la recuperación y el funcionamiento adecuado de la extremidad afectada. Como resultado, se llevó a cabo una cirugía reconstructiva con transferencia de tendones para abordar la falta de mejoría. En el reporte de micaso sobre la “parálisis del sábado por la noche”, se decide realizar una epineurolisis. Esta elección se basa en el hecho de que mi condición se trata de una neuropatía compresiva del nervio radial, con la compresión ubicada en el surco espiral del húmero.

La epineurolisis es un procedimiento quirúrgico destinado a liberar la presión sobre el nervio comprimido, permitiendo así que recupere su función normal. Esto se difiere del otro caso basada en la falta de mejoría observada después del tratamiento inicial, en este caso clínico la decisión de realizar una cirugía reconstructiva con transferencia de tendones. Esta intervención tiene como objetivo abordar las preocupaciones del paciente, que incluyen dolor en la articulación de la muñeca, dificultad para agarrar objetos y disminución del rango de movimiento. Por otro lado, Schmidt L et al (17), describen que la paciente de este caso presentó neuropatía periférica radial izquierda durante un lapso de dos años, manifestada por una debilidad progresiva en la muñeca y la extensión de los dedos.

En cuanto al tratamiento involucró el uso de glucocorticoides y vitamina B12, junto con una férula de muñeca, evitando la aparición de rigidez o contracturas en la articulación, a pesar de haberse sometido a resonancias magnéticas, electromiografías y análisis de sangre para diagnosticar la condición, no se pudo determinar el origen de la neuropatía. La parálisis del nervio radial no traumática, o “no relacionada con un trauma”, es una condición poco común. La patogénesis de la neuropatía periférica radial no traumática puede estar vinculada al atrapamiento local del nervio radial por tumores benignos o malignos que se originan en el hueso, el nervio y el tejido blando. Cuando se produce un atrapamiento de un nervio periférico, la recomendación es llevar a cabo una descompresión quirúrgica del nervio con neurólisis lo antes posible. En términos generales, el pronóstico de una lesión desmielinizante es considerablemente más favorable que el de una lesión de pérdida axonal. El resultado suele ser favorable si se aborda adecuadamente con el tratamiento quirúrgico oportuno. Por otra parte, las manifestaciones coinciden con el reporte de caso de los autores Dumbraveanu et al

(18), expone que el paciente se quedó dormido con la cabeza apoyada en la mano, en una posición donde la muñeca estaba hiperextendida y el brazo completamente flexionado en el codo, descansando sobre el brazo no acolchado en un sillón.

A pesar de que ambos casos coinciden en cuanto a la clínica en la manera en la cual fue tratada, la diferencia de acuerdo a los hallazgos de electromiografía presenta una lesión severa y parcial del nervio interóseo posterior izquierdo a nivel de la arcada de Frohse, con marcados signos de denervación que sugieren una lesión aguda y progresiva de los axones nerviosos.

Razón por la cual fue tratado durante los primeros días, se administraron antiinflamatorios no esteroideos y en ningún momento se utilizaron corticoides. Además, se aplicó una férula para mantener la muñeca en posición de extensión. En el caso actual, luego de recibir fisioterapia y transcurrir doce semanas, se ha observado una mejora significativa. Aunque persistía una leve parálisis en el extensor del índice, en el momento presente, esta ha desaparecido por completo. El caso del paciente muestra la necesidad de considerar la intervención quirúrgica luego de un tratamiento conservador infructuoso con neuromoduladores. A pesar de observar cierta mejoría en la extensión de la articulación metacarpofalángica del dedo medio, la falta de una mejora satisfactoria justifica la decisión de optar por la intervención quirúrgica, que incluye la exploración y la epineurolysis del nervio radial e interóseo posterior izquierdo.

Además, la investigación de Mackinnon S et al (19) resalta la importancia de la llegada adecuada de axones motores y la reinervación para la recuperación funcional después de la reparación nerviosa. Estos hallazgos subrayan la complejidad del proceso de recuperación y la necesidad de considerar múltiples factores para optimizar los resultados clínicos en lesiones nerviosas periféricas. Según el artículo de Salvá, G. et al. (10), se menciona un estudio en el que Kaplan evidenció que después de cinco años de manejo conservador, el 80% de los pacientes con lesiones del nervio interóseo posterior confirmadas por electromiograma experimentan una resolución de los síntomas. Varios estudios indican que entre el 67% y el 95% de los pacientes presentan un resultado bueno, mientras que, en otros casos, hasta el 60% de los pacientes tratados quirúrgicamente reportan insatisfacción.

CONCLUSIONES

Tras la intervención quirúrgica de epineurolisis en el caso clínico presentado, se observa una mejora significativa en la extensión tanto de la articulación metacarpofalángica como del pulgar a las seis semanas postcirugía. Esta mejoría se refleja en la exploración física actual del paciente, donde se evidencia una extensión de la muñeca de 70 grados con una fuerza muscular de 4/5. Aunque la extensión de la articulación metacarpofalángica y la extensión del pulgar están limitadas a 20 grados, la fuerza muscular en estas áreas también se evalúa en 4/5.

CONFLICTO DE INTERESES

No existe ningún conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Bumbasirevic, M., Palibrk, T., Lesic, A., & Atkinson, H. D. E. (2016). Radial nerve palsy. *EFORT Open Reviews*, 1(8), 286–294. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.1.000028>.
- 2) Doughty, C. T., & Bowley, M. P. (2019). Entrapment neuropathies of the upper extremity. *The Medical Clinics of North America*, 103(2), 357–370. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.012>.
- 3) García Soto, J. H., & Sánchez Gutiérrez, L. E. (2023). Compresión de la rama sensitiva del nervio radial en el antebrazo: síndrome de Wartenberg. Una revisión actual. *Ortho-tips*, 19(2), 88–95. <https://doi.org/10.35366/110715>.
- 4) Muñoz, S. R., Escobar, F. A., & Miranda, E. A. (2023). Ultrasonido de nervios periféricos II: neuropatías por atrapamiento de extremidad superior. *Revista chilena de radiología*, 28 (4), 135–155. <https://doi.org/10.24875/rchrad.22000034>.
- 5) Aguirre I. (2021). Transferencia del nervio mediano como tratamiento para la lesión traumática del nervio radial: revisión de la literatura. Obtenido de: <http://www.scielo.org.co/pdf/unmed/v62n2/2011-0839-unmed-62-02-e32264.pdf>
- 6) Levina, Y., & Dantuluri, P. K. (2021). Radial tunnel syndrome. *Current Reviews in Musculoskeletal Medicine*, 14(3), 205–213. Obtenido de: <https://doi.org/10.1007/s12178-021-09703-w>
- 7) Hurtarte Sandoval, A. R., Carlos Zamora, R., Gomez Carrasco, J. M., & Jurado Ramos, A. (2014). Ortner's syndrome: a case report and review of the literature. *BMJ Case Reports*, 2014(jul17 1), bcr2013202900–bcr2013202900. <https://doi.org/10.1136/bcr-2013-202900>.
- 8) Poglia, P., Wehrli, L., Steinmetz, S., & Zermatten, P. (2016). Radial nerve palsy after the use of an adjuvant hinged external fixator in a complex fracture–dislocation of the elbow: a case report and review of the literature. *Journal of Medical Case Reports*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13256-016-0904-9>
- 9) Chang, G., & Ilyas, A. M. (2018). Radial nerve palsy after humeral shaft fractures. *Hand Clinics*, 34(1), 105–112. Obtenido de: <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2017.09.011>

- 10) Vázquez Manjarrez S, Rico Rodriguez C, Guzmán Martínez N. Imaging and diagnostic approach of the adnexal mass: what the oncologist should know. *Chin Clin Oncol*. 2020;9(5).
- 11) Eskander R, Berman M, Keder L. Practice Bulletin No. 174: Evaluation and Management of Adnexal Masses. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2024 Mar 6];128(5):e210–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27776072/>
- 12) Morgan-Ortiz F, Quevedo-Castro E, Valentín Morgan-Ruiz F, Josefina Báez-Barraza D, López-Manjarrez G. Masas anexiales: Tumores benignos de ovarios, salpinges y misceláneos. *REVMEDUAS 81 Rev Med UAS*. 2019;6(2).
- 13) Mounir B, anas E, Yassine E, Abdelilah EB, Khalid EH, Bensardi F, et al. Incidental discovery of a giant ovarian cystadenoma. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022 Oct 1;82.
- 14) Balhara K, Mallya V, Khurana N, Tempe A. Coexisting ovarian serous cystadenoma with fibroma: A very unusual combination. *J Cancer Res Ther* [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 4];19(5):1474–6 Available from: https://journals.lww.com/cancerjournal/fulltext/2023/19050/coexisting_ovarian_serous_cystadenoma_with.70.aspx
- 15) Pramana C, Almarjan L, Mahaputera P, Wicaksono SA, Respati G, Wahyudi F, et al. A Giant Ovarian Cystadenoma in A 20-Year-Old Nulliparous Woman: A Case Report. *Front Surg*. 2022 May 5;9.
- 16) Vicario FJ, Estalella L, Hermoso J, Díaz F, Gris P. Cistoadenoma mucinoso retroperitoneal primario. Tumoración infrecuente en mujer joven. *Cir Esp* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2024 Mar 4];94(4):243–5. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-cistoadenoma-mucinoso-retroperitoneal-primario-tumoracion-S0009739X15000688>
- 17) Schmidt, I. (2017). Irreparable radial nerve palsy due to delayed diagnostic management of a

giant lipoma at the proximal forearm resulting in a tripletendon transfer procedure: Casereport and brief review of literature. *The OpenOrthopaedics Journal*, 11(1), 794–803.
<https://doi.org/10.2174/1874325001711010794>

18) Dumbraveanu, A., Orellana, B. S., Abrudan, D., Gosling, I. L., & Herráez, P. C. (2013). Parálisis del sábado noche. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 6(2), 105–108.
<https://doi.org/10.4321/S1699-695X2013000200005>

19) Mackinnon, S. E., Roque, B., & Tung, T. H. (2007). Median to radial nerve transfer for treatment of radial nerve palsy: Case report. *Journal of Neurosurgery*, 107(3), 666–671.
<https://doi.org/10.3171/jns-07/09/0666>

GLOSARIO

Parálisis: Pérdida de la capacidad de movimiento consciente en una parte o la totalidad de su cuerpo.

Nervio radial: se origina en el plexo braquial, derivándose de la porción posterior del fascículo que se origina de las raíces C5-T1.

Parestesias: sensaciones anormales en la piel, como hormigueo, entumecimiento.

Mano péndula: Incapacidad funcional para la extensión y flexión dorsal de la muñeca y la separación de los dedos.

Neuro praxia: Una alteración temporal en la conducción del impulso nervioso a lo largo de un nervio periférico, sin lesiones estructurales permanentes.

Electromiografía: Mide la actividad eléctrica en los músculos mediante la inserción de electrodos delgados y de aguja.

Ondas F: En la electromiografía analiza los patrones de actividad eléctrica durante la estimulación nerviosa recurrente.

Epineuro: La capa exterior del tejido conectivo que envuelve los nervios periféricos.

Epineurolisis: Procedimiento quirúrgico que sirve para restaurar la función nerviosa y reducir los síntomas asociados al liberar el nervio de las estructuras que lo rodean en trastornos de compresión nerviosa.

Arcada de frohse: Región anatómica ubicada en la región superior de la articulación del hombro

ANEXOS

Anexo #1: Tabla de discusión

Tipo de parálisis	Características clínicas
Parálisis bajas	la lesión del nervio interoseo dorsal o posterior, se producen debajo del codo, lo que resulta en la afectación de la extensión de los dedos. Dormirse con el brazo colgando o comprimido por el propio peso del cuerpo suele ser la causa común de esta lesión.
Parálisis altas	Se caracteriza por la incapacidad funcional para la extensión y flexión dorsal de la muñeca y la separación de los dedos, lo que provoca la denominada "mano péndula". Además, es importante mencionar que se ve limitada la habilidad para agarrar y soltar objetos.

Tabla 1: Parálisis del nervio radial clasificados en bajas y altas (11,12)

Niveles de lesión según Seddon	Clasificación de Sunderland	Características de la lesión	Necesidad de intervención quirúrgica.	Mejoría
Neuropraxia	I	Interrupción en la conducción axonal sin lesión anatómica del axón.	Ninguna	Completa
Axonotmesis	II	Lesión exclusiva del axón con preservación de la capa endoneural.	Ninguna	Completa
Axonotmesis	III	Se conserva la estructura fascicular, sin embargo, hay una lesión anatómica.	Ninguna o neurolisis	Variable
Axonotmesis	IV	Lesión a nivel del axón, epineuro y endoneuro	Injerto o reparación nerviosa	Ninguna
Neuronotmesis	V	Lesión completa del nervio.	Injerto o reparación nerviosa	Ninguna

Tabla 2: Clasificación de las lesiones nerviosas sunderland y Seddon (2)

Parálisis radial por compresión en la axila	<p>Manifestaciones clínicas</p> <ul style="list-style-type: none"> -La extensión completa del brazo y la muñeca, la supinación del antebrazo, la extensión de los cinco metacarpo-falángicas, se ven afectadas. -Ddebilidad parcial en la flexión del brazo (braquial y braquiorradial).]
Parálisis del nervio radial en el brazo	<p>Manifestaciones clínicas: Mantiene la sensibilidad en la parte posterior del brazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La función del tríceps se conserva. - El déficit motor produce fatiga del músculo braquiorradial. - Incapacidad para estirar la muñeca (mano en péndula) - Los dedos muestran una limitación en su extensión completa, a excepción de las falanges distales.
Síndrome de compresión del nervio radial en el codo (síndrome de túnel radial y síndrome del nervio interóseo posterior)	<p>Manifestaciones clínicas del síndrome de túnel radial: Se caracteriza por la presencia de dolor en los músculos epicondíleos laterales y en la región proximal del antebrazo, que puede irradiarse hacia el brazo y otras áreas del antebrazo.</p> <p>Manifestaciones clínicas del Síndrome del nervio interóseo posterior: No se presentan cambios en la sensibilidad debido a que la afectación se concentra en la rama profunda motora (nervio interóseo posterior), lo que resulta en parálisis o debilidad muscular sin dolor. Se origina una disminución de la fuerza en los músculos extensores de los dedos, lo que impide la extensión de la articulación metacarpofalángica.</p>
Compresión del nervio radial en la muñeca: Síndrome de Wartenberg	<p>-Dolor neuropático en la superficie distal radial del antebrazo. En algunas ocasiones, se experimentan parestesias en el borde dorso-radial de la mano y en la parte dorsal radial de los dedos pulgar e índice.</p>
Daño en la rama digital del nervio radial.	<p>Se presenta parestesias y dolor en la parte lateral de la falange proximal del dedo pulgar.</p>

Tabla 3: Presentaciones clínicas de la compresión del nervio radial de acuerdo a su localización anatómica (13-16).

Anexo #2



Dra. María Noemí Lisanti
Neuróloga

**Conclusiones:**

La conducción motora en el nervio radial izquierdo presenta una velocidad severamente disminuida en el segmento antebrazo superior tercio inferior del brazo, no se pudo obtener respuesta a nivel de la axila. El resto de nervios explorados presentan todos sus caracteres dentro de los límites normales. Las ondas F en los nervios estudiados presentan sus latencias dentro de los límites normales.

La evaluación electromiografica con aguja presentan abundantes ondas positivas y fibrilaciones en los músculos extensor común de los dedos y supinador izquierdos, al esfuerzo voluntario se obtienen unidades motoras de baja amplitud y polifásicas en el musculo extensor común de los dedos. El primer interóseo dorsal presenta unidades motoras de con reclutamiento y patrón de interferencia disminuidos. El tríceps braquial presenta unidades motoras con sus caracteres dentro de los límites normales.

EN SUMA


Desde el punto de vista electrofisiológico existe evidencia de una neuropatía motora del nervio radial izquierdo, con denervación parcial activa de severa entidad en su territorio muscular, y con discretas unidades de reinervación, caracteres observados en la neuropraxias a nivel del canal espiral del brazo.

Atte.

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Jhosebet Adriana Cañar Ludeña portadora de la cédula de ciudadanía N.º **0150704658**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Parálisis del sábado por la noche”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 2 de abril del 2024

F: 

Jhosebet Adriana Cañar Ludeña
C.I. 0150704658