

NO HACER EN ELETROMIOGRAFÍA

La Sociedad Española de Electromiografía recomienda NO HACER:

1. NO se recomienda la realización de un estudio de electromiografía (EMG) y conducción nerviosa (ENG) antes de las tres semanas de evolución del inicio de una lesión radicular cervical o lumbosacra o de un traumatismo de nervio periférico
La máxima información que puede aportar la EMG-ENG en un solo estudio se produce a las 3-4 semanas de evolución, ya que se detectan tanto cambios en los estudios de conducción nerviosa junto con la presencia de signos de denervación. En lesiones de nervio periférico pueden producirse cambios más precoces a la semana, localizando el lugar de lesión por una ausencia de conducción en ese punto, pero no podríamos saber si es una lesión desmielinizante (bloqueo de conducción) o axonal (interrupción parcial o total del nervio). En lesiones radiculares se han descrito la presencia de cambios a nivel de la musculatura paravertebral a los 10 días de evolución, pero no permitirían concretar la raíz afectada y sólo sería en casos no operados. A los 3-4 meses se podrían evidenciar la presencia de fenómenos de reinervación para formular un pronóstico, pudiendo realizarse controles evolutivos cada 2 meses inicialmente.

Bibliografía

- Campbell WW. Evaluation and management of peripheral nerve injury. Clinical Neurophysiology 119 (2008) 1951–1965. PMID 18482862. Accesible en: <https://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?referer=https://www.google.es/&httpsredir=1&article=1002&context=usuhs>
- Feinberg J. EMG: Myths and Facts. HSSJ (2006) 2:1 19–2. PMID: 18751841 Accesible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2504120/pdf/11420_2005_Article_0124.pdf
- Gagliardo A, Toia F, Maggi F, Mariolo AV, Cillino M, Moschella F. Clinical neurophysiology and imaging of nerve injuries: preoperative diagnostic work-up and postoperative monitoring. Plast Aesthet Res 2015;2:149-55. DOI:10.4103/2347-9264.160877. Accesible en <http://parjournal.net/article/view/1196/650>
- Simon NG, Spinner RJ, Kline DG, et al Advances in the neurological and neurosurgical management of peripheral nerve trauma J Neurol Neurosurg Psychiatry 2016;87:198-208. PMID: 25922080 Accesible en: <http://jnnp.bmj.com/content/jnnp/87/2/198.full.pdf>
<http://dx.doi.org/10.1136/jnnp-2015-310420>

2. NO remita para cirugía un síndrome del túnel carpiano sin haberle hecho previamente un estudio de electrodiagnóstico, para confirmar el mismo y conocer el grado lesional del nervio

Aunque el diagnóstico inicial del síndrome del túnel carpiano es clínico, antes de remitir a un paciente para la liberación quirúrgica del túnel del carpo, es necesaria una exploración de la conducción nerviosa sensitiva y motora del segmento distal del nervio mediano por dos motivos:

- Los hallazgos de la conducción nerviosa o electroneurografía (ENG) permiten hacer un pronóstico evolutivo del resultado de la cirugía.
- Es necesario sentar un punto de partida con una ENG prequirúrgica, para poder comparar los resultados con una ENG postquirúrgica, si fuese necesario. A este respecto se aconseja que la ENG previa y posteriores, las haga el mismo laboratorio de neurofisiología, dada la falta de estandarización de las pruebas entre los distintos laboratorios. Combinar de forma adecuada los hallazgos clínicos y de la ENG tiene valor pronóstico y condiciona el tratamiento a seguir. Si fuera necesario, el momento adecuado de repetir la ENG sería a los 3 meses tras la neurectomía, que es cuando se objetiva la mejoría de los parámetros motores, aunque la máxima mejoría de los sensitivos se produce ya al mes y medio.

Bibliografía

- Middleton SD, Anakwe RE. Carpal tunnel syndrome. BMJ. 2014 Nov 6;349:g6437. PMID:25378457.
- Franklin GM, Friedman AS. Work-Related Carpal Tunnel Syndrome: Diagnosis and Treatment Guideline. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2015 Aug;26(3):523-37.
- Keith MW, et al. Diagnosis of carpal tunnel syndrome. J Am Acad Orthop Surg. 2009 Jun;17(6):389-96. PMID: 19474448.
- Ono S, et al. Optimal management of carpal tunnel syndrome. Int J Gen Med. 2010 Aug 30;3:255-61. PMID: 20830201
- Fowler JR, et al. Pre-operative electrodiagnostic testing predicts time to resolution of symptoms after carpal tunnel release. J Hand Surg Eur Vol. 2016 Feb;41(2):137-42. PMID: 25770901
- M.Rotman, et al Time course and predictors of median nerve conduction after carpal tunnel release J. Hand Surg, Vol 2004; 29 (3): 367-372
- Pinel González A. Síndrome del túnel carpiano idiopático: Correlación clínica, neurofisiológica y laboral. Evolución de los parámetros neurofisiológicos postratamiento conservador y/o quirúrgico. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2014

3. NO recomienda el uso de bastones en pacientes con artrosis de rodilla. El nivel de evidencia es insuficiente para demostrar beneficios sobre el dolor, la función y la calidad de vida.

Bibliografía

- Newberry SJ, FitzGerald J, SooHoo NF, Booth M, Marks J, Motala A, Apaydin E, Chen C, Raaen L, Shanman R, Shekelle PG: Treatment of Osteoarthritis of the Knee: An Update Review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). AHRQ Comparative Effectiveness Reviews; 2017 May. Report No.: 17-EHCO11-EF