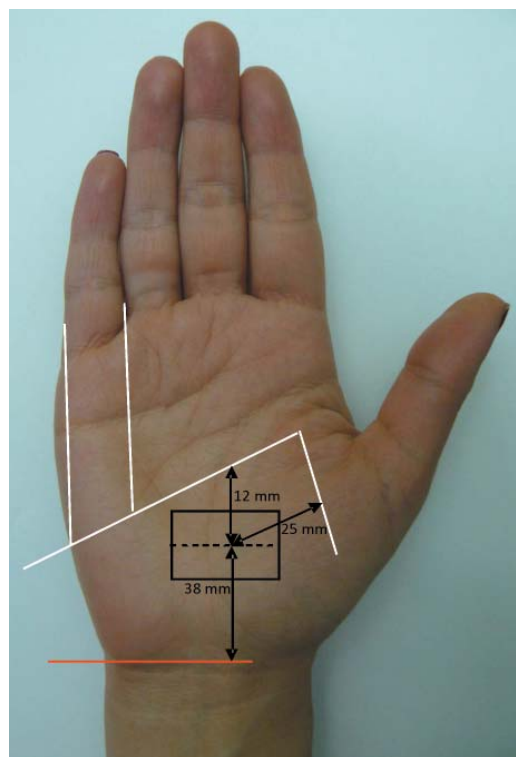


**Figura 6.** Anastomosis de Richie-Cannieu. **A:** 1. Ramo profundo del nervio cubital. 2. Rama terminal superficial. 3. Rama terminal profunda. 3. Rama terminal superficial. **B:** Nervio recurrente (R) del nervio mediano (M) formando un asa alrededor del tendón del FPL, con la rama terminal superficial (S) del nervio cubital (C) profundo.

cursan con síndrome del túnel del carpo severo, o en los que presentan lesión nerviosa periférica del mediano, proximal a la muñeca; y no cursan con limitación funcional motora de la región tenar<sup>12</sup>. Estudios electromiográficos comprueban la dominancia del nervio cubital en estos pacientes<sup>12</sup>.

La prevalencia de esta anastomosis en la literatura mundial oscila entre 77 y 91%<sup>4,11-15</sup>.



**Figura 7.** Mapa topográfico de la anastomosis de Richie-Cannieu utilizando parámetros de superficie descritos.

La anastomosis de Richie-Cannieu se puede presentar clínicamente de dos formas:

1. Suplencia completa de la región tenar dada por el nervio cubital.
2. Suplencia compartida de la región tenar con el nervio mediano, con la distribución típica de los músculos inervados por cada uno.

Los hallazgos de las anastomosis entre los nervios mediano y cubital en la región tenar de la mano son constantes en el presente estudio, lo cual puede ser representado topográficamente en la superficie para su localización (figura 7). Esto tiene una relevancia clínica muy importante; el conocimiento de su existencia permite realizar diagnósticos diferenciales de lesiones nerviosas que podrían parecer aisladas, así como el planeamiento de reparaciones nerviosas en casos de lesiones agudas y transferencias nerviosas en casos de lesiones distales de estos nervios.

Un gran aporte del presente estudio es la forma en que se presenta la anastomosis de Richie-Cannieu, es decir, el asa que