

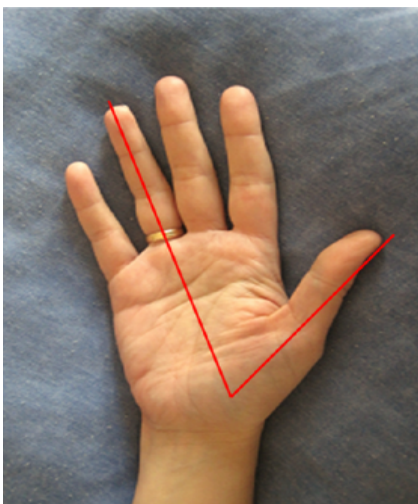
Síndrome del túnel carpiano

El síndrome del túnel carpiano, constituye la neuropatía de compresión más frecuente de las extremidades superiores. Se produce una compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca. En la mayoría de los casos afecta a mujeres de mediana edad, pudiendo afectar también a embarazadas.

Cualquier causa que disminuya el tamaño o el espacio del túnel carpiano, puede provocar una compresión del nervio mediano. Los trastornos desencadenantes más comunes incluyen la tenosinovitis de los tendones flexores, los tumores y trastornos médicos como el embarazo, la diabetes y la disfunción tiroidea.

Síntomas:

El paciente habitualmente presenta hormigueos o adormecimiento de los tres primeros dedos y de la mitad radial del 4º dedo de la mano. Además es frecuente que se le caigan objetos de la mano, o que no puedan abrir tarros o girar tapas. En ocasiones la sintomatología empeora con actividades que requieren de la realización de movimientos repetitivos, o también en situaciones en las que la muñeca permanece doblada o extendida durante mucho tiempo (hablar por teléfono, conducir, peinarse).



Territorio mediano: 3 primeros dedos y mitad radial del 4º

Es frecuente que los pacientes se despierten por la noche con la mano dormida y que la tengan que agitarla y moverla para que “vuelva la circulación”

Cuando la compresión es grave, la hipostesia puede hacerse persistente o producirse una atrofia tenar.

Exploración física:

- Podemos encontrar una disminución de la fuerza de oposición del pulgar.
- Una atrofia de musculatura tenar.
- Una disminución de la sensibilidad de los tres primeros dedos y la mitad radial del 4º dedo.
- Phallen: maniobra muy útil, se mantiene las muñecas en flexión durante 60 segundos, y si aparece un dolor sordo y una hipoestesia en territorio mediano, la maniobra es positiva,



- Tinel: golpecitos ligeros sobre el nervio mediano a nivel de la muñeca, provocan un cosquilleo en los dedos que pertenecen al nervio mediano.
- Durcan: es la compresión del nervio mediano por el pulgar sobre el talón de la palma durante un máximo de 30 segundos, que también distribuyen los síntomas en el territorio mediano.



Test de Durcan

Diagnostico:

- Clínica
- Radiografías de muñeca
- Electromiograma, es la prueba de confirmación más útil. No se puede interpretar de forma aislada, ya que entre el 5 y el 10% de los pacientes con clínica tienen resultados normales.
- El diagnostico de confirmación más seguro es el que engloba la historia clínica y la exploración, utilizando las pruebas electrofisiológicas como confirmación.
- La ecografía, permite valorar la compresión del nervio mediano en el interior del túnel carpiano, medir su calibre y planificar la posible intervención quirúrgica.
- Es importante hacer diagnostico diferencial con la radiculopatía cervical C6, y con el síndrome de doble compresión.

Diagnostico diferencial:

Artrosis de base de pulgar (asociada en un 40%)

Diabetes con neuropatía.

Tenosinovitis de palmar mayor

Tratamiento:

En algunas situaciones como el embarazo, el tratamiento quirúrgico no está indicado al haber un desbalance hormonal que se suelen resolver al tener el bebé.

En los casos leves se indica la utilización de férulas de muñeca en posición neutra (generalmente de uso nocturno) y el uso a corto plazo de AINE.

La infiltración con corticoides, se puede realizar también en síndrome del túnel del carpo leve y moderado. Personalmente no me gusta infiltrar en los casos severos, porque enmascara los síntomas y no obtiene buenos resultados. La infiltración guiada por ecografía, permite introducir con seguridad y sin riesgos la inyección, además de asegurar que con una menor cantidad de líquido podemos obtener un mayor beneficio para nuestros pacientes. La infiltración puede tener un efecto beneficioso y terapéutico, pero también pronóstico. Si la infiltración alivia los síntomas probablemente podamos garantizar que la cirugía proporcionara un buen resultado clínico, pero si no es efectiva debemos de buscar otras causas de dolor como puede ser un síndrome de doble compresión.

Cuando el STC tiene un origen laboral, puede mejorar con modificaciones ergonómicas como la utilización de apoyos para el teclado, el ajuste de la altura del teclado del ordenador y evitar como en los higienistas dentales, una posición en flexión muy forzada.

Cuando la férula y el tratamiento sintomático fracasan, la cirugía es la indicación.

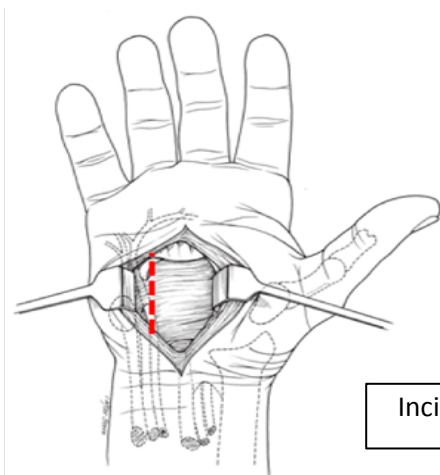
La cirugía puede realizarse de dos formas:

Cirugía convencional: Es lo que se ha hecho siempre hasta la llegada de la nueva era ecoguiada. Se realiza una incisión en eje de 4º radio de 1 cm y medio de longitud, y se secciona el ligamento anular del carpo. Se libera el nervio mediano y se realiza la sutura cutánea con suturas de 5/0. Se coloca un vendaje compresivo almohadillado y se permite la movilidad inmediata de los dedos y muñeca.



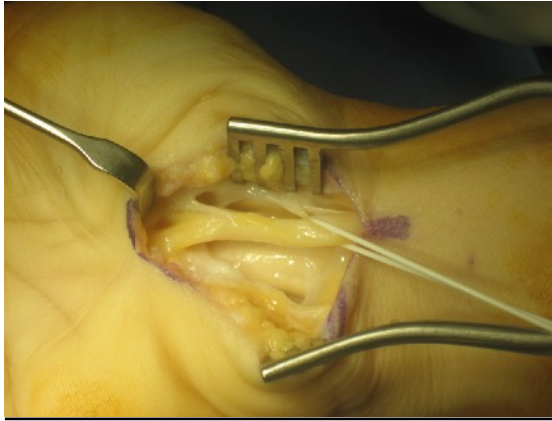
Incisión quirúrgica en eje de 4º dedo

A los 10 días aproximadamente se retiran los puntos, y el tiempo aproximado de baja laboral es de 3 semanas para los trabajos que no requieren grandes esfuerzos ni coger pesos, y a las 6 semanas para aquellos trabajadores que cogen pesos.



Incisión cutánea y abordaje del ligamento anular en su lado cubital

Los riesgos más importantes de la cirugía aunque escasos son: lesión del nervio mediano, recurrencia del síndrome del túnel carpiano (aproximadamente un 10%), y cicatriz dolorosa.



Liberación amplia nervio mediano tras recidiva

Cirugía guiada por ecografía.

La ecografía nos permite visualizar todas las relaciones anatómicas del nervio mediano, y las variaciones anatómicas que podamos encontrarnos durante la intervención quirúrgica.

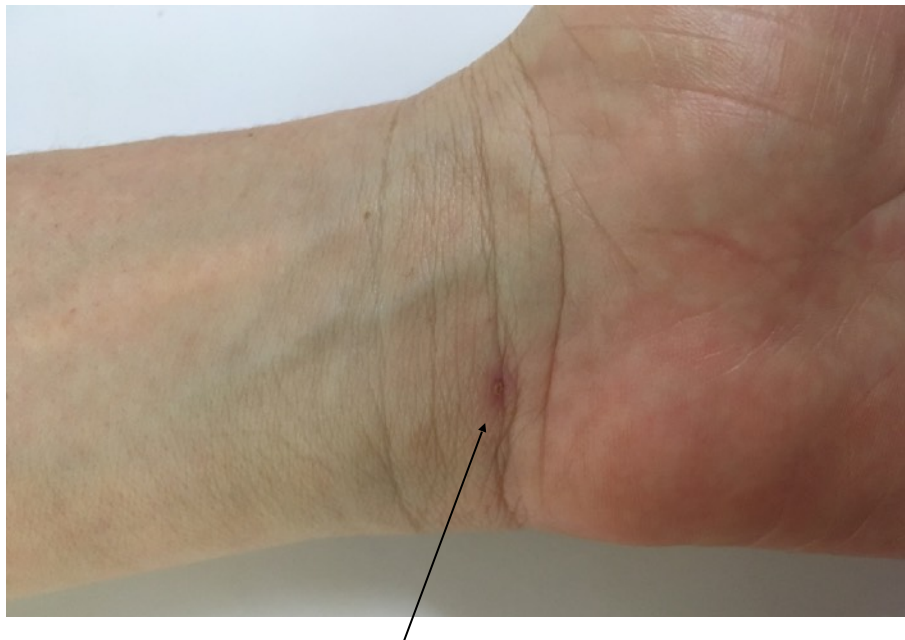
Con anestesia local, sin manguito de isquemia y realizando una apertura del ligamento anular del carpo a través de una incisión de aproximadamente 1 mm, podemos disminuir la agresividad quirúrgica de la cirugía convencional y obtener una recuperación más temprana.

Esta menor agresividad quirúrgica, permite a nuestros pacientes realizarse la cirugía de las dos manos a la vez, algo impensable con una técnica convencional.

Sin duda ha supuesto un gran avance para nuestros pacientes, que ven muy disminuida su limitación en el postoperatorio inmediato. Herida mínima que no precisa de puntos, apertura del ligamento sin necesidad de dañar la piel y el control del sangrado sin isquemia durante toda la cirugía, permiten que se trate de un procedimiento que ha revolucionado la cirugía de la mano.



Ecografía de STC, para identificar compresión de nervio mediano previo a cirugía



Incisión utilizada en procedimiento ecoguiado de Síndrome del túnel carpiano



Movilidad a los 7 días de la cirugía ecoguiada de Síndrome del túnel carpiano