“Síndrome del Túnel Carpal”

M. Chinchilla Cooper *

J. E. Mangel León **

INTRODUCCION

Se entiende por Síndrome del Túnel Carpal (de ahora en adelante lo llamaremos STC) a la compresión, por diversas causas, del Nervio Mediano a su paso por la corredera comprendida entre el ligamento anular anterior y los huesecillos subyacentes de la primera fila del carpo. Desde antiguo ha sido conocido como Espasmo Del Escribiente” por su asociación con este tipo de oficio y en épocas recientes, como una frecuente manifestación sicosomática de tipo conversivo, al ser considerada como Enfermedad Profesional, sujeta a indemnización e incapacidad permanente por los actuales Sistemas de Seguridad Social. La repercusión Médico-Social de este Síndrome ha llevado a un sin número de autores a profundizar sobre sus causas etiopatogénicas y al logro de una terapéutica adecuada, que condicione la recuperación ad-integrum, lo que a nuestro parecer ha sido logrado a plenitud en la actualidad. La introducción del Estudio Electromiográfico (Velocidad de Conducción Nerviosa: VCN) en el Hospital México de la CCSS, nos ha permitido en forma objetiva, completar el estudio clínico de estos pacientes, en un número de casos que consideramos representativo. Hemos decidido revisar dicho material con el fin de obtener las “CIFRAS PROMEDIO” de la VCN y el Período de Latencia (P.L.); que nos permitan concluir si representan o no una ayuda para confirmar la sospecha clínica del STC, ya que tales dudas aún están vigentes en la Literatura Médica Mundial. Este aporte lo consideramos de gran valor en nuestro medio, por ser el primero en su género.

MATERIAL Y METODO.

Se revisaron 115 Historias Clínicas de pacientes de la Consulta Externa del Hospital México Setiembre de 1969 a Setiembre de 1971) aportados principalmente por los Servicios de Reumatología y Neurología. Se eliminaron 49 casos por falta de datos clínicos claros y/o estudio incompleto. Clínicamente fueron clasificados en base a la “TRIADA CARPAL”:

- 1)—PARESTESIAS DE CARACTER DOLOROSO, de predominio nocturno con exacerbación a mayor trabajo manual.
- 2)—SIGNO DE TINEL.
- 3)—ATROFIA MUSCULAR DE LA REGION TENAR.

De los 66 casos, 31 presentaron sintomatología bilateral completando un total de 97 síndromes. Se practicaron estudios de V.C.N. con “Estímulo Superior” a nivel de la flexura del codo, sobre el borde interno del bíceps braquial, con una Duración de 200 u seg. y Voltaje variable supramaximal, y “Estímulo Inferior”, a nivel de la cara

* Asistente Servicio de Neurología. Hosp. México C. C. S. S.

** Servicio de Reumatología. Hospital México C.C.S.S.

palmar de la muñeca a 1 cm. por encima del pliegue de flexión, en el borde externo del flexor común superficial de los dedos, con una Velocidad de Estímulo constante a 200 milisegundos por metro y Amplitudes variables, dependiendo de la respuesta neuromuscular. Utilizamos la infiltración de corticoides, (Acetonida de Triamcinolona), 15 mgrs asociado a 1.5 cc de novocaina al 2%, sin epinefrina, a nivel de las vainas tendinosas del Túnel Carpal con fines terapéuticos. Con el mismo fin, analizaremos brevemente los resultados del tratamiento quirúrgico. Se valora además la asociación con otras enfermedades que pueden provocar y/o simular un STC.

RESULTADOS.

SEXO: De los 66 casos, 60 pertenecían al sexo femenino y 6 al masculino, con una proporción de 10:1.

EDAD: Oscilaron entre 19 y 71 años, con casi la totalidad de los casos entre 30 y 60 años, que representan 58 casos (87,8%).

EVOLUCION: El inicio de la sintomatología osciló desde una semana hasta 25 años.

OFICIO:

OFICIOS DOMESTICOS: 44 casos (66%).

ESCRIBIENTES: Maestras y secretarias 9 casos (13.6%).

ACTIVIDADES PARAMEDICAS: 5 casos.

ARTESANOS: 3 casos.

ORDEÑADOR: 2 casos.

TELEGRAFISTA: 1 caso.

CHOFER: 1 caso.

ELECTRICISTA: 1 caso.

ESTUDIO CLINICO.

1)---PARESTESIAS: la presentaron el 100% de los pacientes.

2)---SIGNO DE TINEL: se encontró en el 83%.

3)---ATROFIA TENAR: presente en el 78.7%.

4)---INFILTRACION: Se obtuvo mejoría transitoria en el 100% de los casos, que en ninguno de ellos se prolongó más allá de los 2 meses.

ESTUDIO ELECTROMIOGRAFICO.

Se practicaron 97 estudios de VCN del Nervio Mediano en 63 pacientes, dada la existencia de bilateralidad en el 47%. Los resultados del "Estímulo Inferior" en 72 estudios electromiográficos, mostraron arriba de los 3.2 milisegundos, lo que representa un 74,2%. La VCN en el trayecto del mediano entre el "Estímulo Superior" y el "Estímulo inferior", dio cifras superiores a 50 metros por segundo

en 65 estudios, con cifras extremas de 50 a 68.7 metros por segundo, sin correlacionarse, por no ser el objetivo del estudio, con la edad, sexo, tiempo de evolución, ni enfermedades concomitantes.

ENFERMEDADES CONCOMITANTES.

- 1)—POLINEUROPATIAS en 7 casos, incluyendo en ellas la Diabetes Mellitus y las manifestaciones paraneoplásicas.
- 2)—ARTRITIS REUMATOIDE en 6 casos.
- 3)—NEUROSIS en 3 casos.
- 4)—TENOSINOVITIS DE QUERVAIN en dos pacientes.
- 5)—FRACTURA DE COLLES en 1 caso.

TRATAMIENTO QUIRURGICO.

Se practicaron 48 descompresiones quirúrgicas, (el 75% de los casos (36) habían sido infiltrados previamente), encontrándose engrosamiento de las vainas tendinosas, adherencias y compresión palpable del nervio; y en 7 casos, la presencia de pseudoneuromas (14.5%). Anatomopatológicamente se demostró fibrosis, y en los portadores de Artritis Reumatoide, infiltración de células mononucleares. De todos los casos operados solamente una paciente, que era además portadora de una Psiconeurosis, no se recuperó totalmente, en los otros la recuperación fue excelente y lo único desfavorable que se observó en su evolución, fue la cicatriz hipersensible que cedió invariablemente. Todos los pacientes operados fueron referidos a la Consulta de Rehabilitación para su tratamiento consolidatorio.

COMENTARIO.

De nuestro material analizado se desprende que el STC es una entidad frecuente en nuestro medio, en la que existe un franco predominio del sexo femenino, (10:1) y en la edad adulta media de la vida (Tercera o Quinta década) representando el 87.8%; lo que parece ser explicable por las condiciones socio-económicas y laborales del material analizado, ya que los oficios domésticos constituyen el 66%, ocupando el segundo lugar aquellos pacientes obligados a la escritura manual y mecánica, como lo son las maestras y secretarias, con un porcentaje de 13.6%. Cabe anotar que en nuestro medio además de las funciones profesionales que desempeñan estas últimas, lo hacen también como amas de casa. El 20.4% restante está representado por varios oficios, que por su tipo de labor, serían desencadenantes de su cuadro clínico. Dentro de este último grupo es donde cabría la valoración como Enfermedad Profesional. Dato de tomar en cuenta es que entre los 6 hombres, se dedicaban al oficio de ordenador. Consideramos que el diagnóstico del STC es de carácter eminentemente clínico y que debe hacerse sobre la base de la TRIADA CARPAL, con énfasis fundamental en las Parestesias y en el Signo de Tinel, ya que el alto porcentaje de la Atrofia Tenar (78.7%) debe ser achacado a la larga evolución del padecimiento, debido en parte al mal conocimiento del clínico de este Síndrome, hecho que creemos se ha corregido en la actualidad. La infiltración con corticoides y

novocaina consideramos que confirma en forma definitiva la sospecha clínica, aun suponiendo que el paciente funcional podría mejorar con ella por efecto placebo, lo que en realidad hemos descartado, ya que la única paciente con resultados adversos, fue confirmado el diagnóstico desde el punto de vista anatomopatológico. De la revisión del estudio electromiográfico podemos concluir que un P.L. a nivel del "Estímulo Inferior" superior a 3.2 mseg, podemos considerarlo como sospechoso y siempre correlacionado con los hallazgos clínicos; axioma que ha sido clásico en la práctica médica. Ta) afirmación la hacemos en base a que representa el 74.2% de los pacientes estudiados. Cifras arriba de 4.0 mseg. son confirmatorias. La VCN del mediano in-toto, la consideramos de valor nulo, debido a que el 67% de los casos mostraron cifras que son normales cuando se estudia un grupo de pacientes no seleccionados, (Velocidad superior a los 50 mts/seg). La curación definitiva se logra solamente con el tratamiento quirúrgico, ya que la infiltración sólo es paliativa y la mejoría no fue más allá de las 8 semanas. La corroboración de la mejoría con el tratamiento quirúrgico no sólo ha sido valorada clínicamente sino también con estudios de VCN post-operatorias. El único fracaso ha sido comentado ampliamente. La concomitancia de otras enfermedades de fondo en 19 casos, sólo en 13 de ellos podemos darle un valor coadyudante a la sintomatología, como son las Polineuropatías de diverso origen y la Artritis Reumatoide.

CONCLUSIONES.

- 1) — El diagnóstico del STC es eminentemente clínico a través de la TRIADA CARPAL.
 - 2) — La infiltración con esteroides constituye la mejor prueba de gabinete, desde el punto de vista diagnóstico y un mal método terapéutico definitivo.
 - 3) — La VCN como método paraclínico debe considerarse con todas las reservas de este tipo de procedimiento.
 - 4) — Valores P.L. superiores a 3.2 msecs son sospechosos de compresión cuando se unen a la TRIADA CARPAL y son definitivamente confirmatorios por arriba de 4.0 msecs. (54.6% de los casos).
 - 5) — El tratamiento quirúrgico es el único medio curativo.
 - 6) — Podemos considerar el STC como una Enfermedad Profesional de relativa baja frecuencia, alrededor del 25% de nuestro material, que es eminentemente trabajador manual.
 - 7) — Los resultados terapéuticos nos hacen concluir en forma definitiva de que no se trata de una Enfermedad Profesional Incapacitante.
 - 8) — El STC es una enfermedad curable en el 100% de los casos.
-

RESUMEN.

Se revisaron 115 Historias Clínicas de pacientes con sospecha de STC, quedando incluidos como verdaderos 66 casos. Se revisaron los parámetros de sexo, edad, síntomas clínicos, estudios electromiográficos, enfermedades concomitantes y tratamiento médico-quirúrgico. Se concluye que la clínica es lo fundamental para el diagnóstico y que la enfermedad es curable en el 100% de los casos, por medio del tratamiento quirúrgico. Se analiza las repercusiones Médico-Sociales de tal Síndrome.

BIBLIOGRAFIA.

- 1)—ANALISIS de 65 casos operados del STC. Rietz. K.A. and Onnel. Dept. of Surg. Stokolm. Acta Chir Scand. 1967. 133/6 (443-447).
 - 2)—CARPAL Tunnel Syndrome associated with a scribe shunt. Evans D.B. Addenbrookes Hospital, Cambridge. British Med. Journal 1967, 4/5572 (175).
 - 3)—HOLLANDER, J.L. Arthritis and Allied Conditions. 7th Edition. Leay Febiger. 1168.
 - 4)—NEURALGIA braquial y STC. Crynible B. Hosp. Sick Child. London. Brit. Med. Jour. 3 (5616) 470-471. 1968.
 - 5)—REFLEXIONES de la experiencia de 21 años con el STC. Phalen G.S. JAMA 212 (8). 1365-1367. 1970.
 - 6)—STC. Resultados de la descompresión quirúrgica. Sample J.C. and A.O. Cargell. Lancet 1 (7601) 918-919. 1969.
 - 7)—STC. en la AR Inicial. Chamberlain M.A. and M. Corbett. Ann. Rheum. Dis. 29 (2) 149-152. 1970.
 - 8)—TENOSINOVITIS volar de la muñeca en la AR. LR. Straub Arthr. Rheum. 13 (2) 112-118. 1970.
-