

**Guía de práctica clínica
y gestión asistencial**
Síndrome del túnel carpiano

Guía de práctica clínica y gestión asistencial

Síndrome del túnel carpiano

Autores:

Dr. José Antonio Cheda San-Chang. Centro asistencial Valladolid

Dr. Carlos Guillermo Fernández Guzmán. Director sanitario territorial de Galicia, Asturias y Castilla y León

Dr. José Carlos Vázquez Barbado. Centro asistencial Ponferrada

Coordinación:

Dr. Miquel Ferran Olivé

Director Sanitario en Traumatología. Dirección Asistencia Sanitaria

Dr. Antonio García Barreiro

Director de Proyectos Sanitarios. Dirección Asistencia Sanitaria

Índice

1. Justificación y objetivos	3
2. Introducción	3
3. Definición Síndrome del túnel carpiano	3
4. Origen y anatomía del nervio mediano	4
5. Exploración física	6
6. Pruebas complementarias	6
7. Tratamiento	8
8. Algoritmo de actuación	8
9. Criterios de incapacidad	12
Bibliografía	13

1. Justificación y objetivos

El presente trabajo tiene como finalidad el estudio del Síndrome del túnel carpiano, en lo relativo a:

- Características del cuadro clínico y determinación del tipo de contingencia, así como la especificación de las pruebas complementarias necesarias para establecer el diagnóstico y su posible etiología. Ésta última nos condicionará y documentará de forma importante sobre el tipo de contingencia que corresponde a cada paciente.
- Ofrecer una guía de práctica clínica en contingencia común, incluyendo criterios médicos de incapacidad con el objetivo de unificar los criterios de actuación y seguimiento, así como los relativos a la formulación de las propuestas de incapacidad.

2. Introducción

En el complejo mundo de la patología laboral, uno de los capítulos de interés es el estudio de las patologías influidas por procesos productivos que impliquen movimientos repetitivos, como por ejemplo, las cadenas de producción continua, las empresas de abastecimiento o la manipulación de máquinas vibrantes.

Dentro de estas patologías, se observa un grupo caracterizado por el atrapamiento de los nervios periféricos; entre las que se encuentra el Síndrome del túnel carpiano (o del canal carpiano). Además, debemos considerar que dentro de la patología del sistema nervioso periférico, una de las entidades más frecuentes es el síndrome del túnel carpiano.

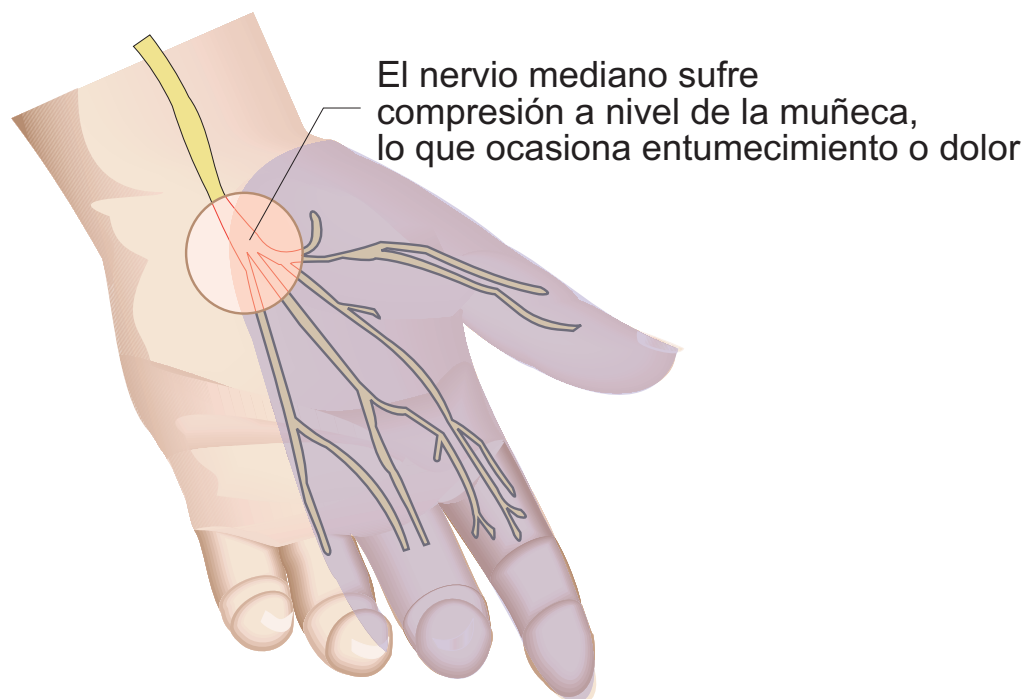
Esta enfermedad afecta con mayor incidencia al sexo femenino y suele aparecer en las edades medias de la vida, pudiendo llegar a originar una incapacidad si no es correctamente diagnosticada y tratada.

3. Definición del Síndrome del túnel carpiano

El síndrome del túnel carpiano es causado por la compresión del nervio mediano en la muñeca. En esta zona, los tendones flexores circulan por un canal óseo cuyo techo está formado por el ligamento anular del carpo. Dicha compresión, da lugar a un cuadro clínico caracterizado por dolor y/o disestesia en los dedos pulgar, índice, medio y mitad radial del

anular, lo que se corresponde con la zona de inervación sensitiva del nervio mediano. El dolor suele ser más intenso de noche y puede irradiarse, en ocasiones, hacia el antebrazo.

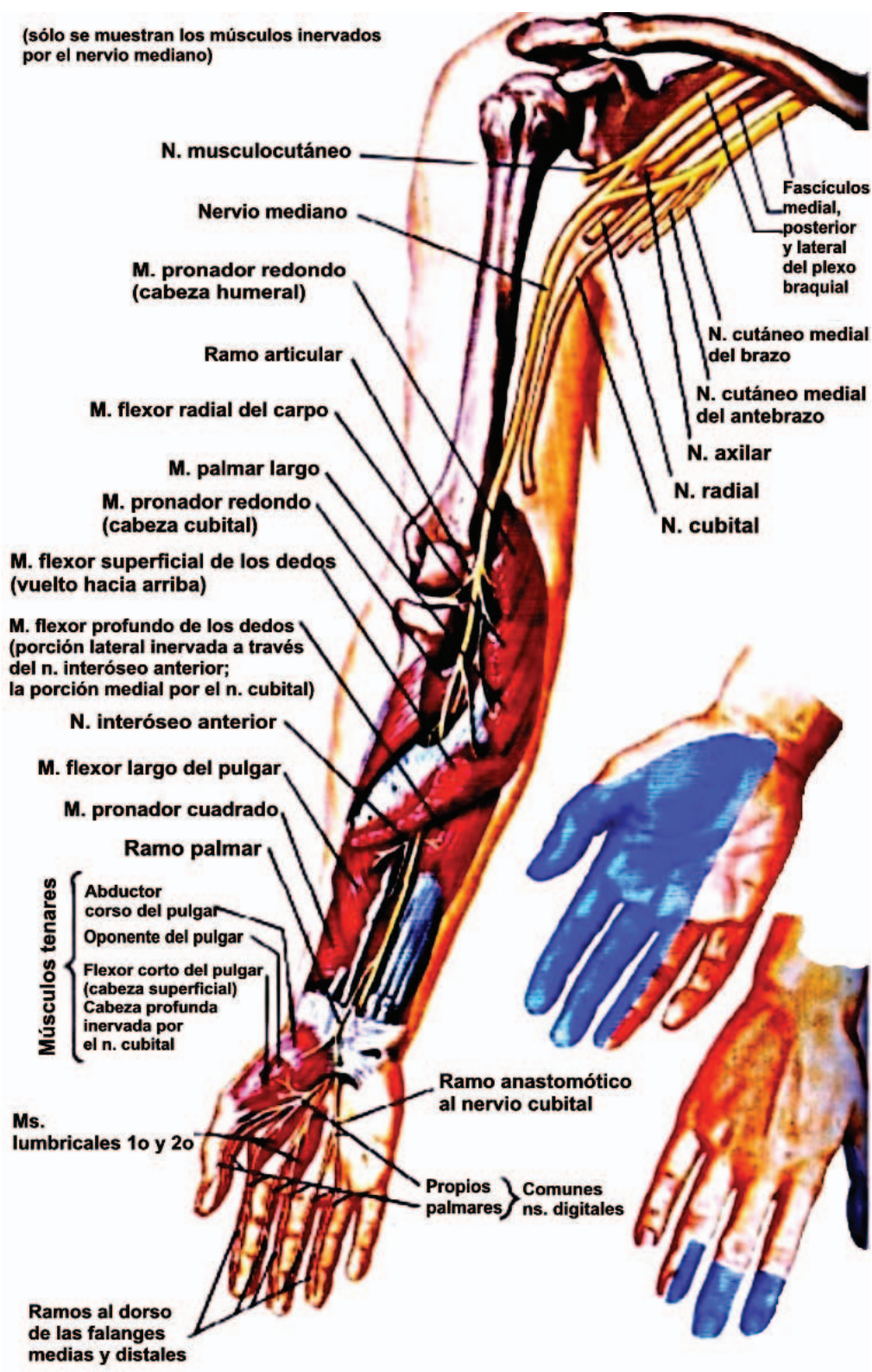
A continuación, daremos a conocer las características del Síndrome del túnel carpiano en lo relativo a su diagnóstico, pruebas complementarias, tratamiento, posibles complicaciones y cronograma de actuación.



4. Origen y anatomía del nervio mediano

El nervio mediano (C5, C6, C7, C8, C1) está formado por la unión de las raíces medial y lateral que salen de los correspondientes fascículos del plexo braquial. Luego desciende por la cara interna del brazo, haciéndose medial en la zona de pliegue de flexión del codo y pasando al antebrazo por su cara interna.

En el antebrazo inferior, el nervio mediano se hace más superficial entre los tendones del palmar largo y flexor radial del carpo. Junto con los tendones de los músculos flexores de los dedos, penetra en la palma a través del túnel carpiano.



* F. H. Netter editors, "Sistema musculoesquelético, anatomía, fisiología y enfermedades metabólicas"

5. Exploración física

La exploración física muestra una hipoestesia de la zona descrita, en especial en la cara palmar y mitad distal de los dedos afectados, y en casos avanzados una atrofia de la eminencia tenar, con pérdida de fuerza al efectuar la maniobra de la pinza.

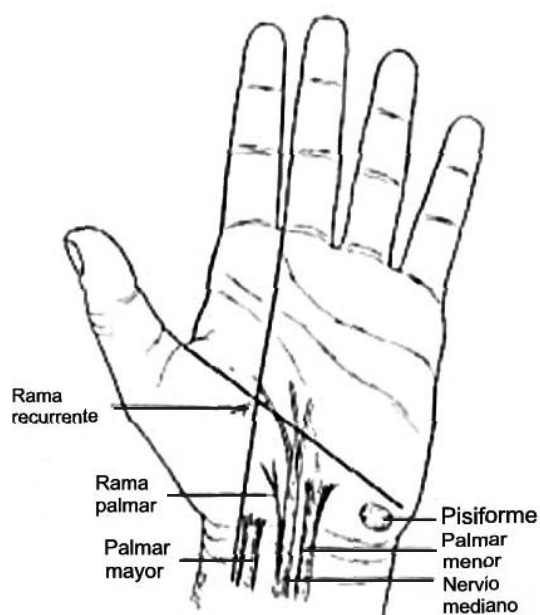
El cuadro se provoca o incrementa al percutir sobre el retináculo de los flexores (signo de Tinel) o al mantener la muñeca en flexión forzada durante un minuto aproximadamente (signo de Phalen.)

6. Pruebas complementarias

La electromiografía es la prueba de elección para el diagnóstico del Síndrome del canal carpiano. Los resultados de esta prueba muestran una disminución de la velocidad de conducción del nervio mediano, a nivel del canal carpiano.

Los estudios radiológicos se utilizarán para descartar lesiones óseas previas.

Cualquier proceso que produzca un conflicto de espacio en el túnel carpiano puede provocar el síndrome. Se considerará “idiopático” cuando sea consecutivo a una hipertrofia del ligamento anular del carpo, que se origina comúnmente por movimientos repetitivos en el desarrollo de la actividad laboral.



Guías anatómicas que propone Kaplan para localizar mejor la rama recurrente del nervio mediano

* Jaques Guyot Editors, "Atlas de articulaciones de las extremidades del cuerpo humano".



* Jaques Guyot Editors, "Atlas de articulaciones de las extremidades del cuerpo humano".

7. Tratamiento

A pesar de que se recomienda tratamiento conservador con férulas nocturnas, antiinflamatorios, reposo o infiltraciones locales, estos tratamientos suelen tener un bajo índice de eficacia. Por eso, siempre y cuando la electromiografía - que es el método diagnóstico de elección - demuestre una disminución de la velocidad de conducción del nervio mediano a nivel de la muñeca, el tratamiento indicado es quirúrgico. La técnica consiste en la apertura del ligamento anular del carpo, de manera amplia. En el postoperatorio se aplica un apósito compresivo y una férula volar. Después de la operación, la mano se usa activamente lo antes posible, aunque evitando la posición declive.

Aún siendo escasas, las complicaciones más frecuentes son presencia de cicatriz hipertrófica, recidiva de la compresión neurológica por recicatrización del ligamento transversal del carpo y pérdida de fuerza muscular durante los primeros meses; siendo esta última complicación recuperable sin trascendencia funcional.

En muchos de los fracasos se debe descartar cuidadosamente los síntomas por Discopatía cervical y Síndrome de la salida torácica (Síndrome de los escalenos).

8. Algoritmo de actuación

Durante el desarrollo de la **primera visita**, es importante definir los siguientes apartados:

Tipo de contingencia

Contingencia profesional

- Accidente laboral
- Enfermedad profesional

Contingencia común

- Accidente no laboral
- Enfermedad común

Características del cuadro clínico

Plan de actuación

El establecimiento de los dos primeros parámetros está basado en una correcta **anamnesis y exploración clínica**.

8.1. Anamnesis

Factores a valorar:

8.1.1. Edad

- Tener en cuenta que es más frecuente en las edades medias de la vida.

8.1.2. Antecedentes

- En la mujer observamos una incidencia muy superior de STC (Síndrome del túnel carpiano) durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre, y la menopausia, probablemente por un edema de los tejidos asociado a una situación hormonal específica. También se ha descrito asociado a la ovariectomía quirúrgica y a la administración de fármacos contraceptivos.
- El STC es mucho más frecuente en los diabéticos que en la población general, lo que se considera como una manifestación más de la enfermedad en forma de neuropatía secundaria.
- En los pacientes con insuficiencia renal también es mucho más frecuente el STC, posiblemente relacionado con el tratamiento de hemodiálisis.
- También se ha descrito el STC asociado a enfermedades reumáticas, metabólicas e infecciosas.

Hay unas 50 patologías sistémicas relacionadas con el Síndrome del túnel carpiano. Una de ellas, como es el hipotiroidismo, se solucionaría con la resolución de la entidad primaria.

8.1.3. Mecanismo lesional

Antes de abordar este tema, conviene reconocer que existe un injustificado convencimiento en nuestra sociedad de que el STC en un trabajador manual tiene casi siempre una etiología laboral, lo que representa una importante dificultad a la hora de derivar a pacientes con esta patología a los servicios públicos de salud.

En general, se acepta la relación entre algunos movimientos repetitivos, el manejo de herramientas que generen vibración o el trabajo en posición forzada de la muñeca. Sin embargo, etiologías hasta hace poco indiscutidas, como el manejo de teclados de ordenador, se han descartado como causa de esta patología.

Esta situación confusa nos obliga a adoptar una postura más pragmática que científica, a la hora de determinar la contingencia de un STC. Por tanto, consideraremos como laborales aquellos STC que se produzcan en trabajadores en los que, no existiendo otra etiología demostrable, se cumpla alguna de las siguientes circunstancias:

- a. Flexión contrariada y repetitiva de los dedos
- b. Flexo-extensión repetitiva de la muñeca
- c. Manejo continuado de herramientas que generen vibración
- d. Trabajo manual con la muñeca en flexión o extensión forzadas durante largos períodos de tiempo (movimientos repetitivos)

La bilateralidad, que es bastante frecuente, es un argumento en contra de la consideración de contingencia profesional, salvo que las causas citadas se verifiquen en ambas manos.

Salvo que exista un sólido argumento clínico en contra, deberían ser considerados como contingencia común los STC de los pacientes que presenten enfermedades o situaciones reconocidas como causantes del mismo, especialmente las embarazadas durante el tercer trimestre, las mujeres durante la menopausia, los diabéticos, los afectos de hipotiroidismo o los pacientes sometidos a diálisis, entre otros.

- Para ser calificado como enfermedad profesional, ha de ser consecuencia de un movimiento repetitivo (no repetido) y en posturas forzadas. Hemos de huir del término “sobrecarga”, que es poco exacto.
- De no cumplirse ninguno de los anteriores supuestos, se clasificará como “Enfermedad común.”

8.1.4. Características del dolor

- Es importante definir el horario y si es de predominio nocturno o diurno. Así como la posición del miembro en la que aparece.
- Síntomas acompañantes: disestesias en los tres primeros dedos de la mano, de intensidad variable que, con frecuencia, impiden el sueño. A veces al levantarse existe cierta dificultad para los movimientos finos e incluso pueden caerse objetos de la mano.

8.2. Exploración clínica

- Zona de hipoestesia en territorio de inervación del nervio mediano. En casos

avanzados, atrofia de la eminencia tenar, con pérdida de fuerza al efectuar la pinza digital.

- El cuadro se provoca al percutir sobre el retináculo de los flexores (signo de Tinel) o al mantener la muñeca en flexión forzada durante un minuto aproximadamente (signo de Phalen).

8.3. Algoritmo de actuación (plan de actuación)

Referente a la práctica de las pruebas complementarias necesarias para establecer el diagnóstico y tratamiento de forma precoz.

Pruebas diagnósticas

En primer lugar, será necesaria la realización de una **radiografía simple de muñeca** en vistas antero-posterior y lateral, con la que estudiaremos las características anatómicas del componente óseo del túnel carpiano, descartando deformidades previas, tanto congénitas como adquiridas.

La **electromiografía** es la prueba de elección para el diagnóstico del Síndrome del canal carpiano. Los resultados de esta prueba muestran una disminución de la velocidad de conducción del nervio mediano, a nivel del canal carpiano.

2ª visita y revisión al recibir el resultado de la electromiografía.

Una vez establecido el diagnóstico:

En la llamada fase irritativa, se impondrá tratamiento conservador con férulas nocturnas, antiinflamatorios, reposo o infiltraciones locales, por un periodo de entre 7 y 14 días. Si existe mejoría, se realizará la propuesta de alta.

Es de interés señalar que estos tratamientos suelen tener un bajo índice de eficacia, por lo que una vez reevaluado el paciente y, en caso de comprobar la escasa mejora sintomática, estaría indicado el tratamiento quirúrgico. En este caso, se debe enviar al paciente a la unidad de referencia establecida:

- Traumatólogo encargado de la zona
- Director médico de zona
- Centro de referencia según región.

En caso de realizarse el tratamiento quirúrgico, el postoperatorio tendrá las siguientes características:

- En el postoperatorio inmediato se realizará el control de la herida. Se mantendrá inmovilización con férula de yeso por un periodo de entre 10 y 14 días, hasta la retirada de los puntos.
- En la tercera semana, se pautará el ciclo de rehabilitación con el objetivo de conseguir la recuperación de la fuerza muscular de la mano y la movilidad completa e indolora de la muñeca. Suele ser necesario un periodo de entre 4 y 6 semanas de rehabilitación.
- Propuesta de incorporación laboral entre las 8 y 10 semanas, después de la cirugía.

9. Criterios de incapacidad

El tratamiento quirúrgico del síndrome del túnel carpiano es una patología con altos índices de resolutividad.

Como criterios de incapacidad, se definen las siguientes circunstancias clínicas:

- La presencia de cicatriz hipertrófica. Esta cicatriz, puede ser dolorosa y contribuir a la limitación de la movilidad de la muñeca.
- Recidivas por nueva compresión neurológica, condicionada por una respuesta fibrosa exagerada (intervienen factores individuales) y que puede crear la necesidad de una nueva cirugía.
- La pérdida o disminución de sensibilidad en el territorio de inervación del nervio mediano.
- Atrofia y pérdida de fuerza de la mano, que no responden al tratamiento rehabilitador habitual, con la consiguiente dificultad para la efectiva realización de la pinza digital o la función de prehensión de la mano.
- Rigideces articulares que se pueden presentar tanto en la muñeca como en los dedos de la mano (aunque son infrecuentes).
- Distrofias simpático reflejas, cuadro clínico de difícil tratamiento caracterizado por dolor, frialdad y rigidez con una marcada atrofia acompañante.

Bibliografía

1. J. Rotés Querol, "Reumatología clínica". Barcelona, editorial ESPAXS S.A., 1983. Capítulo 51 "Patología yuxtaarticular", páginas 495-503.
2. A.H. Crenshaw, Campbell, "Cirugía ortopédica". Memphis Tennessee, editorial médica Panamericana, 1988. Tomo 1, capítulo 18, páginas 437-446, 7ª edición.
3. F. H. Netter, "Sistema musculoesquelético, anatomía, fisiología y enfermedades metabólicas". Editorial Salvat Editores, New Jersey, 1990. Tomo 8.1 A, páginas 52-54.
4. Jaques Guyot, "Atlas de articulaciones de las extremidades del cuerpo humano". Besançon, editorial Emograph, S.A., 1982. Capítulo 7: "Las articulaciones de la mano", páginas 204-222.
5. R. Bauer, F. Kerschbaumer, S. Poisel, "Vías de abordaje quirúrgico en ortopedia y traumatología". Editorial Doyma, Stuttgart, 1986. Páginas 291-297.
6. Dr. R. Moleres Ferrandiz, "Breviario de reumatología". Gráficas Barberá S.L., Sintex Latino S.A., Barcelona, 1992.
7. M. A. Brancos Cunill, R. Sanmartí Sala, M. Larrosa Padro, "Técnicas de exploración y diagnóstico en reumatología". Editorial Salvat, 1990. Capítulo 28: "Síndrome del túnel carpiano", páginas 183-185.
8. Heinz Feneis y Col., "Nomenclatura anatómica ilustrada". Ediciones científicas y técnicas S.A., Masson y Salvat, 1984. 3ª edición: "Túnel carpiano", página 64, apartado 6.
9. Klaus Buckup, "Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular (exploración-signos-síntomas)". Editorial Masson, Barcelona, 1997. "Túnel carpiano", páginas 106-119.
10. G. Wolf Hidegger, "Atlas de anatomía humana". Barcelona, editorial Salvat editores, 1972. Tomo 1, páginas 177-179 y tomo 3, páginas 142-144.
11. A. St John Dixon y J. Grabert, "Técnicas de infiltración articular". Editorial Temis, Barcelona, 1985. "La mano dolorosa", parte 1 y "Síndrome del canal carpiano", páginas 37-45.
12. David Evans, "Técnicas de cirugía ortopédica". Edikamed, Barcelona, 1994. Volumen 1, tema 3, páginas 53-54.



ASEPEYO

MÚTUA D'ACCIDENTS DE TREBALL
I MALALTIES PROFESSIONALS
DE LA SEGURETAT SOCIAL NÚM. 151

www.asepeyo.es