

POLICLINICO HOSPITAL "LUIS DE LA PUENTE UCEDA". PARRAGA 215, VIBORA MUNICIPIO "10 DE OCTUBRE"

Estudio del síndrome del túnel carpiano al nivel del policlínico en la comunidad

Por el Dr.:

HERNAN CICERO AMIGO

Cicero Amigó, H. *Estudio del síndrome del túnel carpiano al nivel del policlínico en la comunidad*. Rev Cub Med 19: 6, 1980.

Se estudia la definición, fisiopatología y causas más frecuentes del síndrome del túnel carpiano. Se analizan 11 casos extraídos del total, los que corresponden a personas que asisten al policlínico al menos una vez al año. Ellos consultaron a su médico de sector; y le plantearon que presentaban dolor en las manos. Se extraen conclusiones útiles para el manejo de este tipo de afección que puede llegar a ser invalidante y, sin embargo, es poco conocida en nuestro medio.

INTRODUCCION

El síndrome del túnel carpiano es una neuropatía compresiva del nervio mediano al nivel de este espacio anatómico. El motivo de esta compresión puede hallarse en el continente o paredes del túnel; en el contenido o elementos normales que por allí transitan; o por algún tejido adicional que es ajeno a los que existen allí habitualmente; es decir, se trata de un conflicto al nivel de un espacio anatómico, angostoestrecho, en que las paredes tienen un índice alto de resistencia y que no ceden al aumento intenso de la presión que se produce por distintos motivos y que ejerce su efecto nocivo sobre los elementos que contiene; éste realiza en orden de intensidad y gravedad a partir de los tejidos más nobles, en este caso sobre el tejido nervioso del mediano y teniendo como punto agudo de apoyo

el borde engrosado y resistente del ligamento transversal del carpo. Con una posibilidad causal tan amplia es posible encontrar más de una causa concurriendo en un mismo paciente, una causa latente o predisponente y otra como desencadenante. Puede aparecer con autonomía clínica, y ser el único elemento notable; o puede ser uno más en un cuadro clínico polimorfo.

Su origen puede ser metabólico, colágeno, tumoral, traumático, endocrino, congénito y hasta alérgico; sin embargo, puede ser útil considerarlo en dos grandes grupos relacionados con el trauma. no relacionado, y si su presentación es aguda o crónica y dentro de

ese marco acondicionar las causas recogidas en la literatura médica, la cual es tan extensa que siempre es posible olvidar alguna.

El policlínico en la comunidad es la base material donde descansa toda la red asistencial, docente e investigativa del Ministerio de Salud Pública; es el vínculo más estrecho del equipo desalud con el pueblo y sus organizaciones de masa; es, en fin, donde se encuentra el enfermo activo y el potencial y es, por tanto, un nivel a estudiar, mejorar y desarrollar constantemente.

Con motivo de un estudio sobre el dolor en las manos¹ y en los pies al nivel del policlínico en la comunidad, se hizo una revisión del universo existente en los archivos de nuestra unidad, fueron separadas las historias clínicas de personas que visitaron por lo menos una vez a su médico de sector, a quienes se les designó como asistentes.

Entre éstos se estudiaron aquellos que manifestaron específicamente dolor en las manos, dolor en los pies o ambos a la vez, en una sola consulta, y fue establecido el límite arbitrario del pie hasta el tobillo y de la mano hasta la muñeca. Como resultado de esta encuesta se dispuso de 386 casos de dolor en las manos para estudio, de donde se extrajeron 10 (2,59%) y se agregó uno posteriormente al estudio, que completa los 11 que motivan el presente trabajo.

MATERIAL Y METODO

Se dispuso de 11 historias clínicas de pacientes, cuyos casos fueron clasificados como de síndrome del túnel carpiano y se volcaron sus datos en una hoja de encuesta con 14 apartados que recogieron los siguientes datos: número de historia clínica, sector, sexo, edad, ocupación, lado de la lesión, síndrome clínico, tiempo que duraron los síntomas antes de la consulta, factores causales, rayos X, tratamiento médico o quirúrgico, hallazgos operatorios, evolución e interconsulta de ortopedia.

RESULTADOS		
<i>Número de casos por sector (gráfico 1)</i>		
Sector No. 1: 0	Sector No. 4: 0	Sector No. 7: 1
Sector No. 2: 0	Sector No. 5: 2	Sector No. 8: 3
Sector No. 3: 0	Sector No. 6: 5	
<i>Sexo (gráfico 2)</i>		
Femenino: 9	Masculino: 2	
<i>Edad</i>		
15 - 20 años: 0	21 - 30 años: 2	31 - 40 años: 1
41 - 50 años: 3	51 - 60 años: 2	61 - 70 años: 2
Más de 71 años: 1		
<i>Ocupación</i>		
Amas de casa: 7	Cocinero: 1	Archivo: 1
Secretaria: 1	Dibujante: 1	
<i>Lado de la lesión</i>		
Derecho: 6	Izquierdo: 4	Bilateral: 1

Síndrome clínico (gráfico 3)

Síndrome tumoral: 4

Síndrome doloroso: 10

Síndrome neurológico: 10

Tiempo de evolución previo a la consulta

1 semana: 1 4 meses: 1 2 años: 2

1 mes: 1 6 meses: 1 5 años: 1

3 meses: 1 1 año: 3

Factores etiológicos

Artritis reumatoide: 5

Tenosinovitis

 estenosante: 3

 Osteoartritis: 3

Depresión ansiosa: 1

Rayos X

Se realizó en 6 pacientes

No se realizó en 5 pacientes

Tratamiento

Médico: 5

Quirúrgico: 6

Evolución

Curación: 8

Igual: 3

Interconsulta de ortopedia

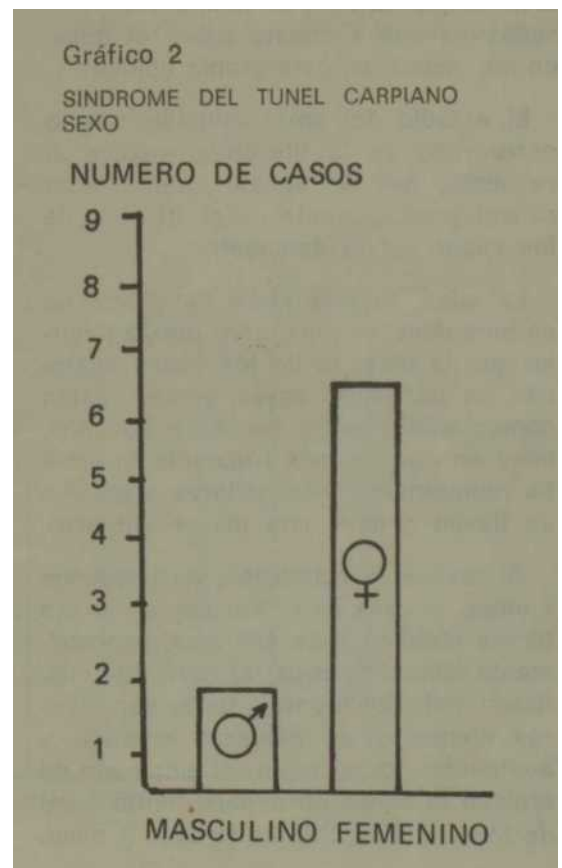
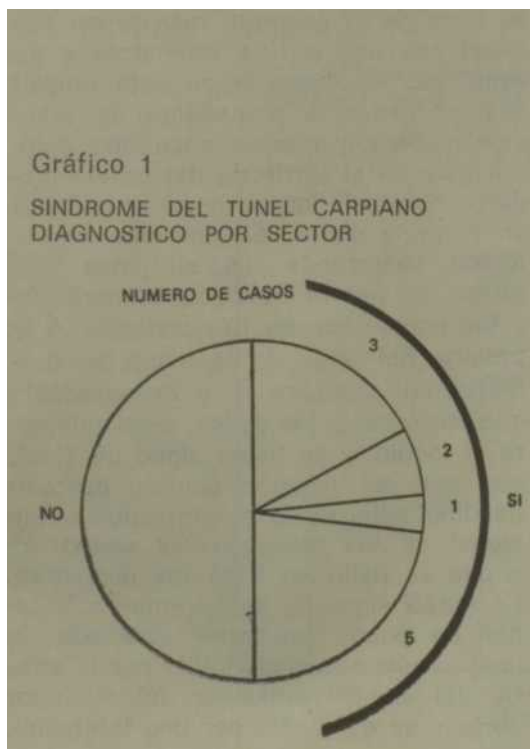
11 casos/100%

Dupuytren: 1

Diabetes: 1

Obesidad: 1

Úlcera duodenal: 1



DISCUSION

Se revisó el universo de un policlínico en la comunidad de 22 464 habitantes, de los cuales, 13 374 asistieron a su médico de sector en el transcurso de un año. De ellos, 386 se quejaron de dolor en las manos, y dentro de este grupo se encontraron 10 pacientes con síndrome del túnel carpiano. De aquí se derivan dos cifras comparativas para estudios similares: el número relativo de síndrome del túnel carpiano con relación a los pacientes que se quejaron de dolor en las manos fue el 2,59% y con relación a los asistentes, el 0,07%.

Analizando el número de casos por sector, encontramos que en sólo 4 de 8 se han encontrado casos, y que en uno solo se detectaron 5 de los 10; por tanto, existe un parcial desconocimiento de la entidad, pues los factores causales predisponentes: sexo femenino, trabajo manual intenso, artritis reumatoidea y diabetes están uniformemente distribuidos entre los asistentes revisados en una encuesta sobre el dolor en las manos en esta propia unidad.

El estudio del sexo coincide con lo encontrado en la literatura médica al respecto, que lo señala como factor causal predisponente, y el 81,81% de los casos así lo demuestra.

La edad en una serie tan corta no es muy demostrativa, pero puede decirse que la mayoría de los casos aparecen en pacientes cuyas edades están comprendidas entre los 41 a 50 años, edad en que es más frecuente la artritis reumatoidea, y las labores manuales se llevan a cabo con mayor esfuerzo.

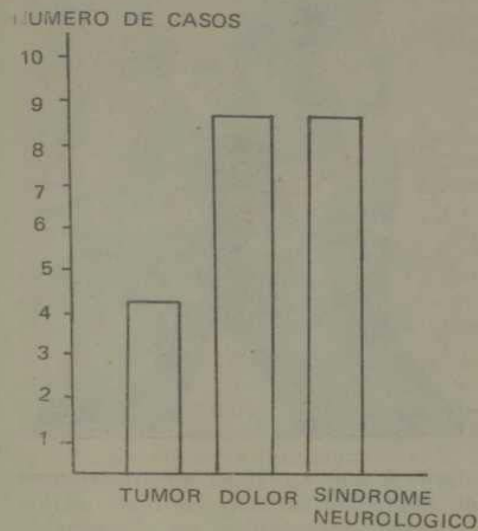
Al revisar la ocupación, encontramos 7 amas de casa en activo con todas las tareas cotidianas de esfuerzo, especialmente lavado de ropa; el resto fue analizado individualmente y todos son obreros manuales de esfuerzo repetido y sostenido; por ejemplo, el empleado de archivo lo es de un departamento legal de toda la ciudad de La Habana y mani-

pula constantemente enormes y pesadas carpetas.

El lado de la lesión casi siempre está en relación con la mano dominante y otras con las circunstancias en que la mano realiza el esfuerzo, así seis fueron del lado derecho, cuatro del izquierdo y uno bilateral.

El síndrome clínico se divide para su estudio en tres aspectos: el* *tumoral*, que se localiza inmediatamente por encima de los pliegues transversales de la muñeca en una disposición longitudinal y media entre el relieve de los dos tendones palmares de 2 a 3 cm de largo, dura-elástica, muy sensible y que representa el neuroma que se produce en el nervio mediano por encima del sitio de la compresión. En este estudio se encontró cuatro veces y en todos ellos se hizo indicación quirúrgica. El *síndrome doloroso* está representado por dolor en el área de la compresión al nivel del túnel carpiano en el talón de la mano, y de aquí se irradia distalmente hacia los dedos, especialmente el medio. En 10 de los casos estudiados estaba presente; el caso negativo se trata de la paciente más joven (25 años) con una artritis reumatoidea juvenil que fue operada en esta unidad bajo el esquema precedente de atención médica, y que se encuentra asintomática en el territorio del nervio mediano, no así de los síntomas articulares en carpo y dedos. El *síndrome neurológico* comprende los síntomas que ofrece el nervio mediano comprimido y fue encontrado en 10 ocasiones. A la presión del talón de la mano se despertó un calambre muy desagradable que corre hacia los dedos, especialmente el medio, y se llama signo de Tinel, que está en relación con un proceso de desmielinización e interrupción funcional de las neurofibrillas sensitivas y que se halló en 6 de los pacientes. La mitad superior de la eminencia tenar se puede encontrar atrofiada, lo cual da una oquedad visible por la atrofia del vientre muscular del abductor corto y se evidencia por una limitación

Gráfico 3
SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
SINDROMES CLINICOS

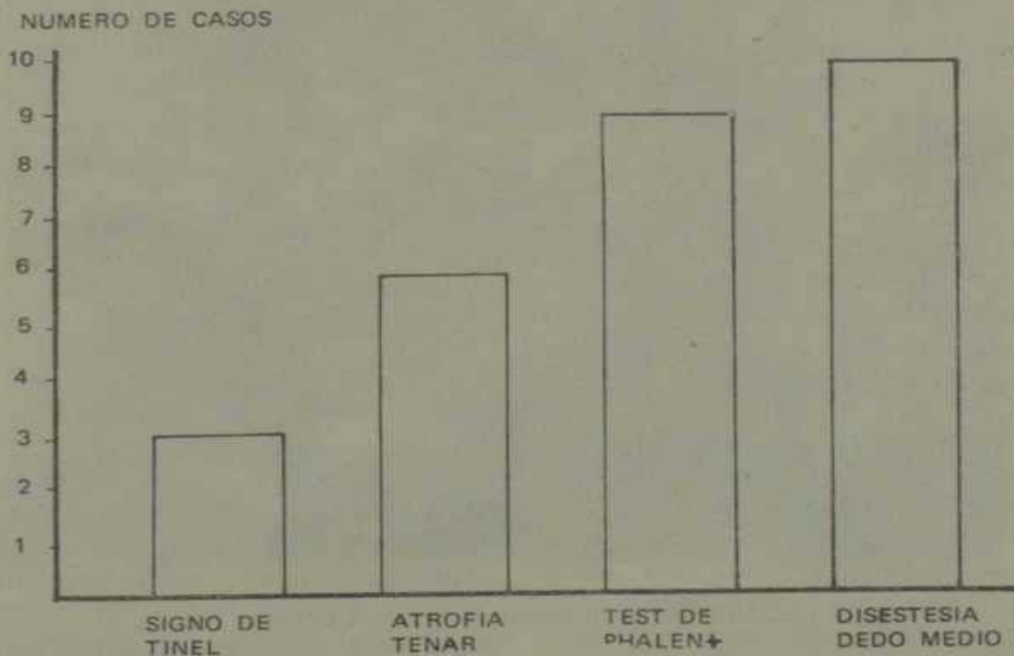


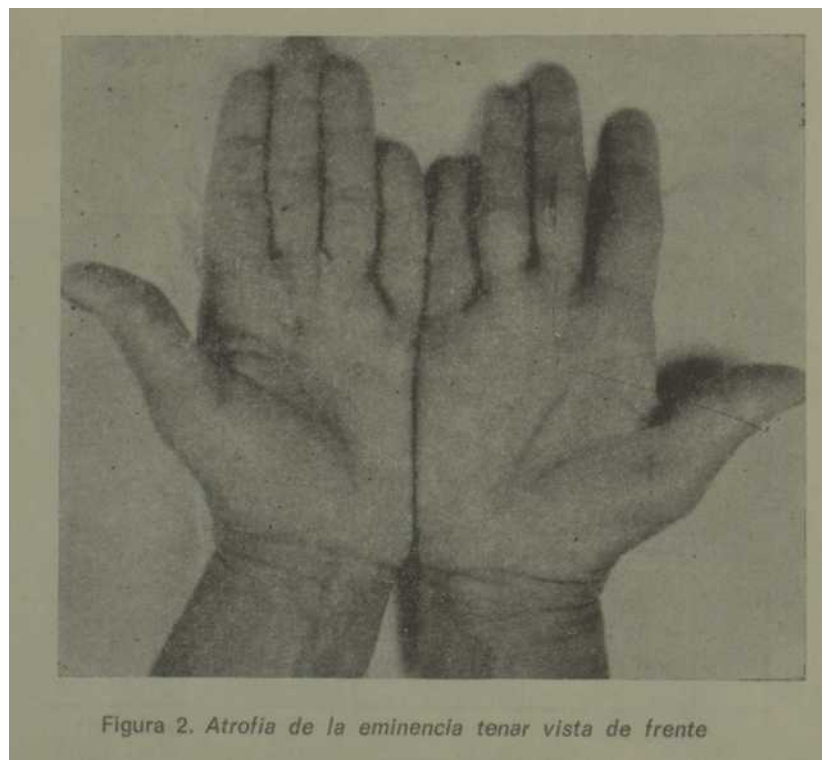
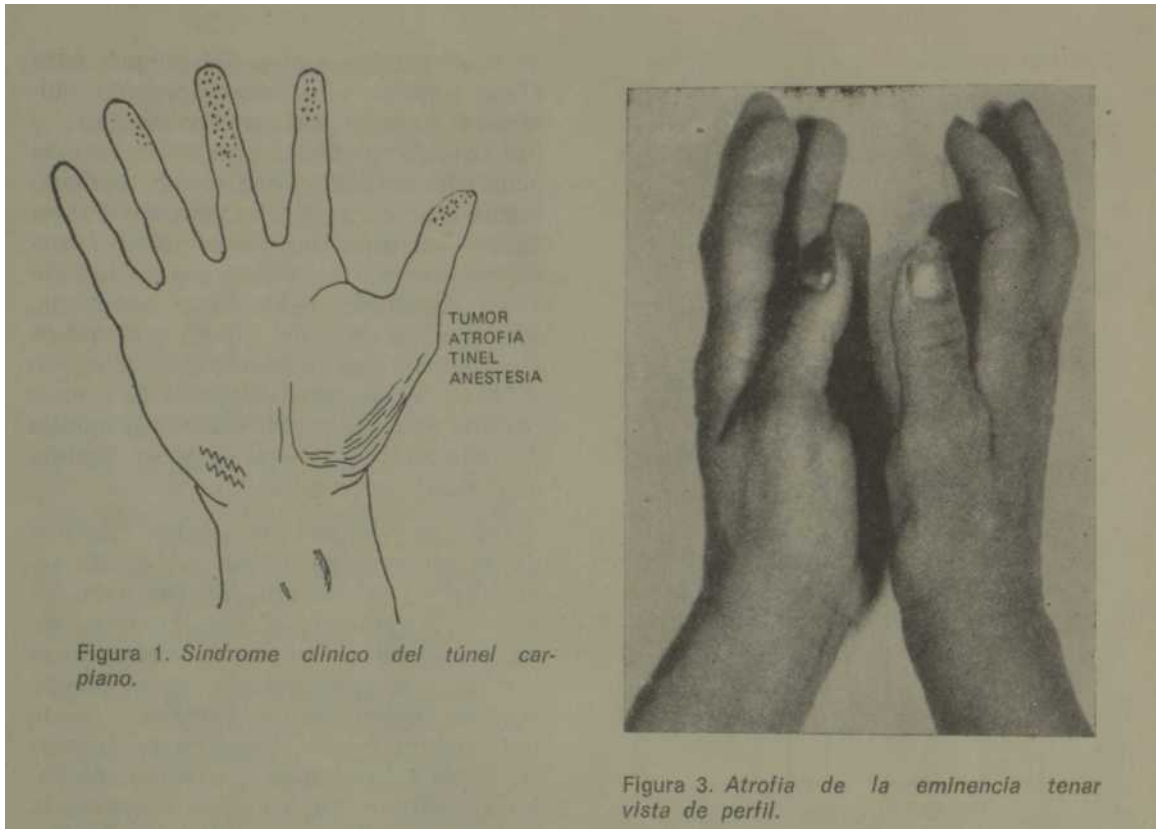
de la abducción activa del pulgar; este signo implica una descompresión quirúrgica urgente del nervio mediano y fue hallado en tres casos. El territorio sensitivo periférico del nervio mediano puede encontrarse afectado en forma variada, al principio por simples parestesias, luego hiperestésias y en los casos sostenidos hasta una anestesia, siendo el pulpejo del medio y el índice los más frecuentemente afectados. En

7 casos se encontró hipoestesia y en 3 parestesias y en todos los dedos medios fue afectado (gráficos 3 y 4; figuras 1, 2 y 3).

Testde Phalen.² La flexión máxima de la muñeca estudiada entre 30 segundos y un minuto, proporciona un auxilio diagnóstico eficaz. En esta serie fue positivo en nueve casos y en uno la maniobra inversa, es decir, el hiperextensión de la muñeca, fue la que auxilió en el diagnóstico. El testde Phalen provoca la aparición del dolor si está latente, y si está presente lo agrava y, sobre todo, perturba funcionalmente el territorio sensitivo perifé-

Gráfico 4
SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
SINDROME NEUROLOGICO





rico del nervio mediano. Por encima de un minuto en personas normales se puede observar un falso positivo.

El tiempo transcurrido previo a la consulta es muy importante, pues no sólo por persistente es de valor diagnóstico, y llama la atención sobre el conflicto entre el túnel y su contenido, sino que en el caso de que exista atrofia, anestesia y dolor continuo, plantea la necesidad quirúrgica y, además, se sabe que la regresión de los síntomas está en razón directa con el tiempo transcurrido y que después de un año las secuelas son inevitables. Es curioso cómo cinco de los pacientes en esta serie tuvieron síntomas entre uno y dos años sin ser reconocido su diagnóstico.

Los factores etiológicos concomitantes fueron: la artritis reumatoidea en las manos y otras localizaciones: 5 pacientes; la tenosinovitis estenosante: 3; la artrosis en otras localizaciones: 3; la diabetes: 1; y otros de menos importancia, pero en general coinciden con lo señalado en la literatura médica.

Los rayos X se realizaron, no ya con fines diagnósticos de la existencia de una compresión del nervio mediano, sino para conocer el estado de los huesos del carpo y mano y la permeabilidad del túnel a través de una vista axial especial en aquellos pacientes que no tienen gran limitación articular.

El estudio se realizó en seis pacientes y no se realizó en cinco; en cuatro se hallan signos radiográficos de artritis reumatoidea en los huesos del carpo y en uno calcificación de la arteria cubital.

El tratamiento está de acuerdo con la evaluación de cada caso individualmente. En esta serie seis pacientes fueron estimados quirúrgicos: tres fueron operados, dos con anestesia local por su avanzada edad y uno con fleboanestesia y torniquete. En tres fue indicada la operación, dos presentaron importantes complicaciones orgánicas que contraindicaron la intervención quirúrgica, transitoriamente; y una presenta

una complicación social: una hermana totalmente dependiente, que no ha podido superar. En los tres casos operados el hallazgo más frecuente fue una tenosinovitis hipertrófica al nivel de los flexores de los dedos en el interior del túnel carpiano; la técnica consistió simplemente en sección longitudinal del ligamento transversal en forma amplia y completa; no se consideró necesario sinovectomía ni neurólisis interna. El tratamiento conservador abarca desde una simple inmovilización en férula enyesada en posición funcional, pasando por las drogas antiinflamatorias y terminando en la infiltración de la zona de 1cc de acetato de hidrocortisona, lo cual casi se ha convertido en un test de prueba para el tratamiento no quirúrgico, ya que en los procesos inflamatorios locales de tipo reumatoideo su efecto beneficioso puede ser rápido y mantenido. En esta serie se inyectaron cuatro pacientes y en todos se obtuvo alivio.

La evolución ha sido buena en ocho pacientes, y en tres se mantiene igual, los que no se han podido operar por las razones explicadas.

La interconsulta se realizó en los 11 casos con el especialista en ortopedia, casi siempre después de un tratamiento medicamentoso infructuoso.

CONCLUSIONES

Se han obtenido dos cifras para comparar con estudios similares la cantidad relativa de casos de síndrome del túnel carpiano con relación a los pacientes asistentes a su médico de sector que fue de 0,07%; y con relación a los que se quejaron específicamente de dolor en las manos, que fue de 2,95% durante el primer año de actividad en un policlínico en la comunidad.

Se evidencia un parcial desconocimiento de la entidad, pues sólo el 50% de los sectores aportó casos a pesar de que se demostró la existencia de los factores causales predisponentes uniformemente distribuidos entre todos.

Existe la mayoría en el sexo femenino, tal como menciona la literatura médica, y no se relaciona con la mayoría absoluta que se ha demostrado en otro trabajo entre los asistentes, sino con los factores causales predisponentes.

La edad de mayor incidencia es por encima de los 40 años y siempre en relación con la aparición de la artritis reumatoidea y el esfuerzo para las labores manuales.

La ocupación también concuerda en este sentido, así como el lado de las lesiones.

De los síndromes clínicos, el tumoral apareció en cuatro pacientes, y el doloroso y neurológico en 10, respectivamente. El signo de Tinel se halló en 6; y la atrofia en 3; la disestesia, lo más común en el pulpejo del dedo medio, se halló en 10 pacientes; el *test* de Phalen fue positivo en 9, por lo que se le da crédito de alta sensibilidad; en el único caso en que dio negativo, la maniobra contraria de hiperextensión de la muñeca fue positiva.

El análisis del tiempo transcurrido previo a la consulta, demuestra que 5 casos tuvieron síntomas entre uno y dos años sin que fuera establecido el diagnóstico.

Entre los factores causales concomitantes llamados predisponentes se halló la artritis reumatoidea en cinco casos, la tenosinovitis estenosante en tres casos, la artrosis en otras locali-

zaciones y la diabetes, tal como se encuentra señalado en la literatura médica.

Los rayos X, no imprescindibles con fines diagnósticos, son más útiles en el estudio de las causas esqueléticas, y en los cinco realizados, cuatro demostraron lesiones de tipo reumatoideo.

El tratamiento debe ajustarse a cada caso individualmente, la inmovilización enyesada, la medicación antiinflamatoria, la infiltración del acetato de hidrocortisona pueden curar una fase sintomática aguda y después mantener la remisión atendiendo a los factores predisponentes. La aparición de atrofia tenar, anestesia pertinaz del territorio periférico del nervio mediano, el signo de Tinel o síntomas dolorosos que no remiten con el tratamiento conservador, se deben someter a una descompresión quirúrgica a la mayor brevedad.

La evolución es buena con ambos tratamientos, médico y quirúrgico; sin embargo, cuando los síntomas neurológicos persisten por más de un año las secuelas son inevitables.

La interconsulta de ortopedia se realizó en los 11 casos estudiados, lo cual está perfectamente justificado, y se estima que deben aplicarse medidas de divulgación con los síndromes de compresión nerviosa por conflicto de espacio, para que sean detectados precozmente por el médico del sector y beneficiar a cada paciente con el tratamiento correcto.

SUMMARY

Cicero Amigó, H. *Study of carpal tunnel syndrome at polyclinic level in the community.* Rev Cub Med 19: 6, 1980.

The definition, physiopathology, and most usual causes of the carpal tunnel syndrome are studied. 11 cases are analyzed; they are people going at least once a year to the polyclinic. They complained of hand pains to the sector physician. Useful conclusions are inferred in order to manage this disorder which may cause invalidism and yet is not well-known in our environment.

Cicero Amigó, H. *Etude du syndrome du canal carpien dans la policlinique de la communauté.* Rev Cub Med 19: 6, 1980.

La définition, la physiopathologie et les causes les plus fréquentes du syndrome du canal carpien sont étudiées. L'analyse a porté sur onze cas correspondant à des individus qui assistent à la policlinique au moins une fois par an. Ces patients ont indiqué au médecin la douleur dont ils souffraient, au niveau de leurs mains. On signale des conclusions utiles pour envisager cette affection qui peut entraîner une invalidation, et qui est cependant peu connue dans notre milieu.

PE3KME

Oacepo Amhi-o, 3. MccjreflOBaime cHHapowa KapnaaHOBa TyHejw aa ypoBHe iioijhkjeh3kh b oÓmectBe. r*t cuh H*d 19» 6, 1980

Hca&eflyioTCfl onpe^ejieHHe, <EH3H0naT0Ji0rHH, a Tarace canoie ract- THe npiraiHU, BHSKBaBipte CEHapoM KapnaaHOBa TyHejiH. Ilpoboott ch aHajni3II najjHeHTOB, oioTípaHHHX H3 oónjero Hiiicjia nanneH - tob, KOTopae nocenjaDT KOHcyzbtTaight b nojmimuHHKe He MeHee - oaHoro pa3a b ros. 3tu namaeHTN EajioBajmci. Bpa^y, paóoTaBi^e My b zx ceKTope 3HpaBooxpaHeHHH, Ha fiojn. BpyKax. OtióomajDTCH nocjie^Hue saRranemiH c neacs» BeseHHH 3Toro rana nopasceHas, KOTopoe MozceT npesparaTt b HHBaratna óojieiotuero hm ^ejioBEKa,- oflHaKQ Bce eqé ruioxo H3y^eHHoro b Hameñ MeflmiHHCKoñ cpeae.

BIBLIOGRAFIA

1. Cicero Amigó, H.; A. Sánchez-Agramonte
Estudio del dolor en las manos al nivel de un policlinico en la comunidad II Congreso Nacional de Medicina Interna, Camaguey Noviembre 3,4,5, 1977.
2. Phalen, G.S. Reflections on 21 year s experience
with the carpal-tunel syndrome. JAMA 212: 1365, 1970.

Recibido: agosto 11, 1978.

Aprobado: noviembre 21, 1979.

Dr. *Hernán Cicero Amigó*

Pól. Hospital "Luis de la Puente Uceda"

Párraga 215 — Víbora Municipio 10 de Octubre.

INSTRUCCIONES AL AUTOR

Para una mayor calidad en el trabajo y rapidez en el procesamiento tipográfico los autores considerarán, al presentar sus manuscritos, los siguientes aspectos: institución, título, autor (o autores), introducción, material y método, resultados, discusión o comentario, conclusiones, resumen y bibliografía: al final de su trabajo debe anotar la dirección a la cual usted desea recibir la correspondencia relacionada con su trabajo publicado.

REDACCION

El trabajo se presentará mecanografiado a dos espacios, en cuartillas de papel "bond" o "semibond" de 21 1/2 x 33 cm. Cada línea contará, de margen a margen, con 60 golpes de máquina dados con el espaciador. El total de renglones por cuartilla será de 28 a 30. Al final de cada línea se evitará mecanografiar guiones innecesarios que provocan trastornos durante el proceso de linotipia.

Los originales se entregarán sin tachaduras ni arregles manuscritos con lápiz o tinta. Cuaiquier modificación c'el nuevo texto que se desee agregar al ti abajo, implicará rehacer la cuartilla; no presillarlos ni adherirlos con goma a la misma. Al principio de párrafo, éste deberá comenzar con dos golpes de máquina o espacios más adentro.

INSTITUCION

En el extremo superior de la cuartilla inicial se consignará el nombre de la institución donde se realizó el trabajo. TITULO

Será lo más breve y conciso posible, sin que por ello deje de reflejar la esencia del contenido científico del trabajo. Si la necesidad obligara a un título extenso, éste se dividirá en un enunciado y un subtítulo.

AUTORES

Comprender; a todos aquellos que participaron activamente en el trabajo, siguiendo un orden jerárquico de acuerdo con su aporte a la realización del mismo. El autor, o autores, deberá consignar al pie de la primera página del trabajo, los siguientes datos: a) cargo principal que ostenta; b) institución donde presta servicio, y c) dirección de la misma. En cada trabajo sólo podrán aparecer los nombres del autor y de 5 colaboradores.

RESUMEN

Debe ser una exposición breve y concreta de la parte fundamental del trabajo incluyendo los datos más significativos. BIBLIOGRAFIA Las referencias bibliográficas, al final del trabajo, se ordenarán según hayan sido acotadas en el texto, que será por orden de aparición, en el cual se señalará, entre paréntesis, el número correspondiente a cada cita. No se aceptarán bibliografías con más de 30 citas. La cita bibliográfica de artículos de revistas, se conformará así: apellidos e iniciales del autor (a), título del artículo citado, nombre de la revista (abreviatura oficial), volumen, primera página y año de la publicación.

HASTA DOS AUTORES

Dawis, S. E.; L. Sperling, Obstruction of the intestine. Arch Surg 99: 424, 1970.

TRES O MAS AUTORES

García Méndez, S. y otros. Manifestaciones torácicas del mieloma múltiple. Neumol Cir Tórax 38: 69, 1969.

La cita bibliográfica de libros se confeccionará así: autor, título, número de volumen y edición (cuando corresponda); además la página de referencia, nombre de la editorial, ciudad y año:

Markowitz, J. Experimental Surgery, II ed., p. 851. The Williams and Wilkinson, Co., Baltimore, 1954.

ILUSTRACIONES

a) Fotografías

Se presentarán en papel de brillo que garantice una buena reproducción, teniendo suficiente nitidez y contraste. Su tamaño máximo será de 6 pulgadas de ancho, en gráficos (debe traer encabezamiento breve y su explicación dentro del texto) y las figuras tendrán un tamaño de 1 1/2 pulgadas de ancho, debiendo presentar las mismas en un sobre identificado con el título del trabajo. En el dorso de cada ilustración se señalará con una flecha en el borde superior de la misma su posición correcta, y además el número de la figura a que corresponda; los pies de grabados se mecanografiarán en página aparte en orden consecutivo.

b) Otras ilustraciones

Los gráficos y dibujos se confeccionarán hasta un tamaño de 6 pulgadas de ancho con tinta china, en cartulina blanca o papel vegetal.

Cada dibujo o gráfico se presentará por separado incluyendo las leyendas correspondientes.

Los cuadros estadísticos se mecanografiarán y numerarán, en su parte superior, con números romanos de acuerdo con el orden en que se citan en el texto.

El lugar que las ilustraciones (fotografías, gráficos, cuadros estadísticos, etc.) ocuparán en el texto, se señalará al margen derecho de la cuartilla correspondiente. Se evitará dejar en el texto innecesarios espacios en blanco, ni se adherirán al mismo con goma u otra materia. Las ilustraciones no excederán de 10 en total para cada trabajo.

SEPARATAS

El total de separatas no excederá de 30, por lo que sólo las recibirá el autor cuyo nombre aparezca primero.

Los autores del interior de la República deben entregar sus trabajos al Centro Provincial de Información de su respectiva provincia, donde se revisará, y si cumple los requisitos de presentación exigidos, éste los remitirá al Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, calle 23, No. 177, Vedado, Ciudad de La Habana.

Los autores de Ciudad de La Habana podrán entregar sus trabajos directamente al Centro Nacional de Información.