

PRESENTACION DE ENFERMOS, RADIOGRAFIAS E INSTRUMENTOS

Síndrome del túnel carpiano. Técnica personal con abordaje mínimo no artroscópico

Dr. LUCIANO POITEVIN*

EL PROBLEMA

La evolución de los pacientes operados por síndrome del túnel carpiano (STC) no siempre es rápida y sin molestias. En efecto, últimamente^{2, 3, 9, 10} se han reconocido dos situaciones que perturban la habitual evolución postoperatoria favorable .-

- El dolor en el talón de la mano, en la base de las eminencias tenar y/o hipotenar (*pillar pain*)
- El dolor e hipertrofia de la cicatriz en la incisión de la muñeca.

LOS INTENTOS DE SOLUCIÓN

Se han ensayado abordajes limitados, artroscópicos y no artroscópicos²⁻¹².

Los abordajes artroscópicos^{2-6,8,10,11}, que emplean un portal en la muñeca y generalmente otro portal en la palma, tienen los siguientes inconvenientes^{1,5,10,11}.

- Habitualmente no permiten ver el contenido del túnel.
- No permiten diagnosticar los STC secundarios.
- Requieren un equipamiento complejo y costoso.
- Tienen una alta incidencia de complicaciones tales como:
 - Lesión de la arteria cubital.
 - Lesión del nervio cubital.
 - Lesión del arco palmar superficial.
 - Lesión del nervio del tercer espacio.

TECNICA PERSONAL: ABORDAJE MINIMO NO ARTROSCOPICO

Hemos desarrollado esta técnica con la idea de disminuir los problemas postoperatorios de las incisiones convencionales, de manera sencilla, sin equipos costosos y con escaso riesgo de complicaciones.

Técnica quirúrgica

1) Instrumental (Fig. 1):

- Un separador de Gelpy.
- Un separador nasal de Aufricht.
- Un bisturí acodado.
- Una tijera dorsal acodada.

2) Ubicación del equipo quirúrgico

- Cirujano frente al extremo de los dedos.

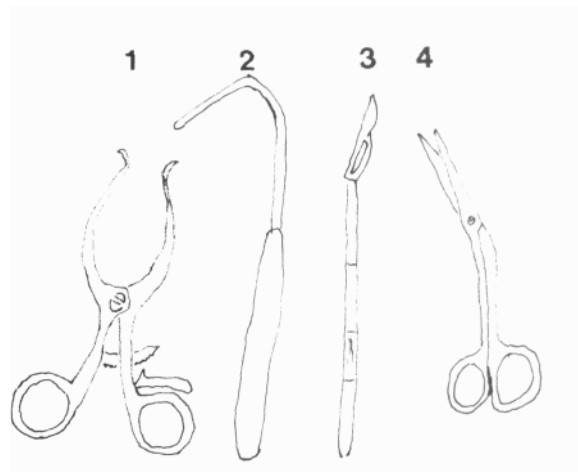


Fig. 1. Instrumental. 1: Separador de Gelpy. 2: Separador nasal de Aufricht. 3: Bisturí acodado. 4: Tijera nasal acodada.

* División Ortopedia, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Av. Córdoba 2351, Buenos Aires.

- Instrumentadora en el hombro del paciente.
- Ayudante en la axila.

3) **Incisión** (Fig. 2):

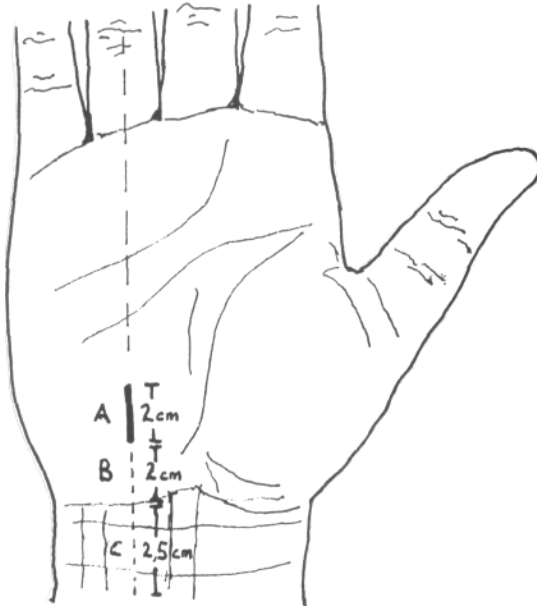


Fig. 2. Trazado de la incisión. A: Incisión en el eje del cuarto dedo (2 cm). B: Distancia del extremo proximal de la incisión al pliegue distal de la muñeca (2 cm). C: Zona de tunelización en la muñeca (2,5 cm). A+B: Zona de tunelización total (4,5 cm).

Longitudinal sobre la prolongación de la línea media del cuarto dedo. Se inicia 2 cm distal al pliegue distal de la muñeca y se extiende en una longitud de 2 cm.

4) **Colocación de un separador de Gelpy.**

5) **Tunelización** de la palma proximal y de la muñeca en la misma línea de la incisión la que pasa por dentro del palmar menor (Fig. 2). Con pinza de Bértola, divulsionando hasta 2,5 cm proximal al pliegue distal de la muñeca.

6) **Sección** en la palma de la aponeurosis palmar superficial hasta ver el arco palmar superficial en la parte distal de la herida. Sección de la porción del ligamento anular anterior visible en la incisión palmar.

7) **Colocación del separador nasal de Aufricht en el túnel ya labrado.** El ayudante tracciona hacia el cenit, haciendo carpa y cuidando que el separador no rote para que la lámina del mismo no

apunte hacia el paquete cubital ni hacia el nervio mediano.

8) **Sección del ligamento anular anterior**, a través de su sector más interno, **con el bisturí acodado** (Figs. 3 y 4) del interior al exterior del túnel, con la hoja hacia arriba, hacia la concavidad del separador de Aufricht.

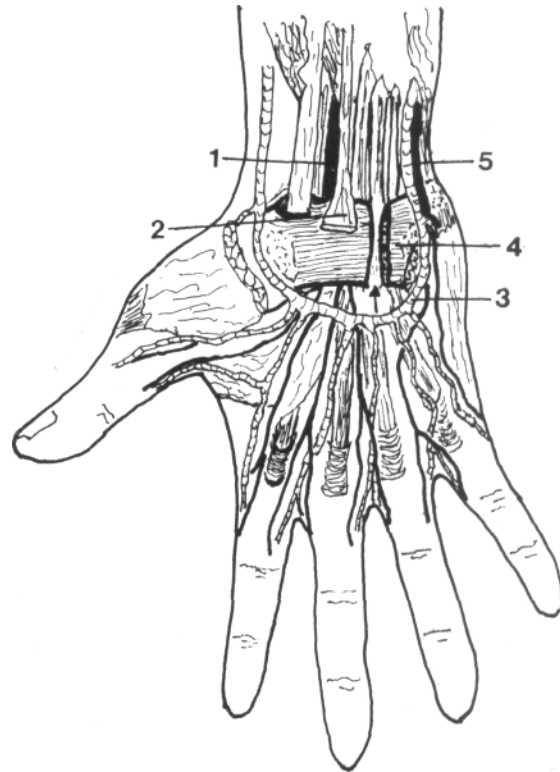


Fig. 3. Zona de sección del ligamento. 1: Nervio mediano. 2: Palmar menor y aponeurosis palmar media. 3: Arteria cubital y arco palmar superficial. 4: Ligamento anular anterior seccionado en su sector interno. 5- Nervio cubital.

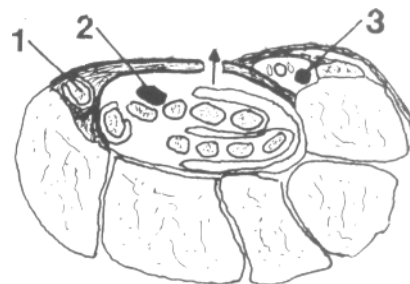


Fig. 4. Corte transversal mostrando la sección del ligamento., 1: Palmar mayor. 2: Nervio mediano. 3: Nervio cubital y arteria en el túnel de Guyon. La flecha muestra la zona y la dirección de la sección.

9) **Sección de la parte más proximal del ligamento anular** y de la aponeurosis antebraquial (Fig. 4), mediante la **tijera dorsal acodada** (una rama introducida dentro del túnel del carpo y otra dentro del túnel subcutáneo creado con la Bértola). Se percibe un ruido característico.

10) **Verificación visual** de que la sección del ligamento haya sido completa. **Inspección del túnel:** nervio mediano, sinovial de los flexores y piso' del túnel. El nervio mediano debe quedar cubierto por el colgajo lateral del ligamento.

11) **Retiro del manguito hemostático y hemostasia** con coagulador bipolar.

Postoperatorio

- Cinco días con férula de muñeca.
- Siete días con vendaje conformado sobre una plancha de espuma de goma anterior.
- A los 12 días se retiran los puntos.
- A las 3 semanas el paciente puede reintegrarse a sus actividades.

VENTAJAS DEL METODO

- Técnica sencilla. Duración: 10 minutos.
- Permite ver el ligamento.
- Permite ver el contenido del túnel.
- Permite inspeccionar el piso del túnel.
- Permite diagnosticar STC secundarios.
- Puede ampliarse si fuera necesario (tenosinovectomía, neurolisis, resección de tumor).
- No hay incisión en el talón de la mano ni en la muñeca.

BIBLIOGRAFIA

1. Amadio PC: Endoscopia carpal tunnel release. Year Book of Hand Surg 104-105, 1992.
2. Chow JCY: Endoscopic release of the carpal ligament: A new technique for carpal tunnel syndrome. Arthroscopy 5: 19-24, 1989.
3. Chow JCY: Endoscopic release of the carpal ligament for carpal tunnel syndrome. Arthroscopy 6: 288-296, 1990.
4. Chow JC, Malek MM, Nagle DJ: Complications of endoscopic release of the carpal ligament using Chow's technique. Abstracts 47th Annual Meeting, Am Soc for Surg of the Hand, 1992, p 18.
5. Fischer TJ, Hastings H, Nagle DJ, Viegas SF: A multicenter prospective review of 666 endoscopic carpal tunnel releases using the Chow technique. Abstracts 47th Annual Meeting, Am Soc for Surg of the Hand, 1992, p 77.
6. Okutsu I, Ninomiya S, Takatori Y, Ugawa Y: Endoscopic management of carpal tunnel syndrome. Arthroscopy 5: 11-18, 1989.
7. Pagnanelli DM, Barrer SJ: Carpal tunnel syndrome: surgical treatment using the Paine retinaculotomy. J Neurosurg 75: 77-81, 1991.
8. Resnik CT, Miller BW: Endoscopic carpal tunnel release using the subligamentous two-portal technique. Contemp Orthop 22: 269-277, 1991.
9. Sanders WE: Reducing pillar pain: release of the transverso carpal ligament by a radial approach. Abstracts 47th Annual Meeting, Am Soc for Surg of the Hand, 1992, p 19.
10. Seiler JG, Gelberman R, Weiland AJ, Urbanik JR: Operative management of carpal tunnel syndrome: a comparative study of open and endoscopic methods of transverso carpal ligament release. Abstracts 47th Annual Meeting, Am Soc for Surg of the Hand, 1992, p 29.
11. Viegas SF, Chow JCY: An illustrated guide to the modified Chow technique. Endoscopic release of the carpal ligament. Smith & Nephew Dyonics, Andover, Massachusetts, 1992.
12. Zancolli ERZ, Archain G, Santa Cruz JJ: Síndrome del túnel carpiano. Experiencia con nueva incisión quirúrgica. XV Congr Arg Cirug de la Mano, 1989.