

Túnel carpiano. Cirugía a cielo abierto

Dr. RODOLFO V. COSENTINO*

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es mostrar la técnica que utilizamos para la cirugía a cielo

abierto en el tratamiento del síndrome del túnel carpiano y evaluar sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

Técnica

Paciente bajo anestesia general o troncular y maniguito hemostático.

Abordaje palmar de aproximadamente 4 cm siguiendo el eje longitudinal del cuarto dedo, recto, con una pequeña cola cubital coincidiendo con el pliegue distal de la muñeca.

Se escinde, bajo la vista, el ligamento anular del carpo en su borde cubital, debiéndose realizar una leve carpa con la piel para escindir su porción más proximal.

Este abordaje nos permite la apertura simple del túnel, así como realizar una neurlisis del nervio mediano o tenosinovectomía de los tendones flexores si el caso lo requiere. Esta incisión puede ser prolongada hacia el antebrazo si fuera necesario.

Para el cierre utilizamos puntos separados de nylon 4-0 y terminamos la operación con vendaje blando, grande, bien acolchado, que cambiamos por otro más pequeño a los 5 días.

Entre los 12 y 14 días se retiran los puntos y se permite al paciente mayor actividad.

Operamos con esta técnica 28 pacientes entre los años 1993-1994, de los cuales 21 fueron mujeres y 7 hombres, teniendo 80 años de edad el mayor y 21 el menor. En su mayoría trabajadores manuales.

Evaluación

Evaluamos 22 manos en 20 pacientes operados con un seguimiento de 27 meses el más antiguo y 6 meses el más cercano.

El lado derecho fue afectado 13 veces y el lado izquierdo 9.

Según el tipo de trabajo, 16 eran trabajadores manuales, dos médicos, dos comerciantes, un músico y un empleado bancario.

Como criterio de evaluación se utilizaron los siguientes parámetros (Cuadro 1):

1. Necesidad o no de tratamiento físico o kinésico para su rehabilitación.
2. Tiempo de retorno a sus tareas habituales.
3. Dolor residual en los pilares (*pillar pain*).
4. Aspecto de la cicatriz postoperatoria.

* Fundación Mainetti, G.A.M.M., Calle 508 (e/16 y 18), Gonnet, La Plata, Provincia de Buenos Aires.

CUADRO 1
EVALUACIÓN = 22 MANOS

Rehabilitación	
Trabajo	
Dolor pilar	
Cicatriz	

CUADRO 3
DOLOR EN PILAR

No	18
Si	4
(Promedio: 3 meses)	

CUADRO 5
COMPLICACIONES

Parestesias residuales	1
Hipoestesia residual	2
Recidiva - Síntomas	1

CUADRO 2
TIEMPO DE RETORNO

Mayor	30 días
Menor	7 días
Mayoría	± 21 días

CUADRO 4
CICATRIZ

Muy bueno	17
Buenos	4
Regular	1

RESULTADOS

Rehabilitación: El 73% de los pacientes no requirió tratamiento físico-kinésico y el 27% restante no pasó de las 10 sesiones.

Trabajo: 21 de los 22 casos evaluados retomaron sus tareas habituales. El único paciente que no lo hizo fue el empleado bancario, que concomitantemente tenía una grave secuela en el miembro contralateral, ya en trámite de jubilación. El tiempo de retorno fue de 30 días el mayor y 7 días el menor, encontrándose la mayoría en los 21 días (Cuadro 2).

Dolor: El 82% de los casos no presentó ningún dolor; 4 pacientes acusaron dolores en los pilares, que desaparecieron a los 3 meses, sin impedir su rehabilitación precoz (Cuadro 3).

Cicatriz: El 95% tuvo un aspecto estético entre bueno y muy bueno, con el 77% de cicatrices prácticamente invisibles. El único caso regular se trató de una cicatriz de cierto grosor sin trastorno funcional. Creemos que el no pasar el pliegue distal de la muñeca con el abordaje es esencial para un resultado excelente (Cuadro 4).

Complicaciones

Parestesias residuales: Un caso.

Hipoestesia residual: Un caso, de larga evolución preoperatoria.

Recidiva de los síntomas: Un caso, que luego fue tratado por un síndrome del pronador (Cuadro 5).

CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico a cielo abierto para el síndrome del túnel carpiano sigue siendo una técnica vigente al alcance de la mano de todos los cirujanos.

A la extrema sencillez de su ejecución le siguen la excelencia de sus resultados.

Acortando el tamaño de los abordajes mejora el aspecto estético y se reincorpora rápidamente el paciente a sus tareas habituales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agee JM et al: Endoscopic release of the carpal tunnel: a randomized prospective multicenter study. J Hand Surg 1992; 17-A: 987-995.
2. Gelberman RH et al: Results of treatment of severe carpal-tunnel syndrome without internal neurolysis of the median nerve. J Bone Jt Surg 1987; 69-A: 896-903.
3. Lima R: Síndrome de entrapamientos nerviosos en miembro superior. Salvat, Buenos Aires, 1988.
4. Phalen GS: Spontaneous compression of the median nerve at the wrist. JAMA 1951; 145:1128-1133.
5. Rhoades CE et al: Results of internal neurolysis of the median nerve for severe carpal-tunnel syndrome. J Bone Jt Surg 1985; 67-A: 253-256.