

Enfrentamiento inicial del síndrome túnel carpiano en APS

Dra. Catalina Castro P., Residente de Medicina Familiar UC
Dra. Isabel Mora M., Docente Medicina Familiar UC

Septiembre 2021

Resumen de portada:

El síndrome de túnel carpiano (STC) se presenta en aproximadamente 3% de la población. Su diagnóstico puede ser un desafío debido al escaso consenso respecto al *gold estándar* diagnóstico. En el siguiente artículo abordaremos elementos claves del diagnóstico y tratamiento inicial.

Introducción:

El síndrome de túnel carpiano (STC) es una patología osteomuscular cuya prevalencia es difícil de estimar dado que no existe un consenso respecto al gold estándar diagnóstico. Se estima que un 14.4% (IC 95% 13.0-15.8%) de la población presenta síntomas en el territorio del nervio mediano, pero solo un 2.7% (IC 95% 2.1-3.4) de la población tiene a la vez certeza clínica y electromiografía positiva⁽¹⁾.

Es la neuropatía compresiva más común, siendo 1.4 veces más frecuente en mujeres (hasta 4 veces a mayor edad), además suele conllevar una pérdida de productividad laboral importante^(1,2).

Recordando la anatomía⁽³⁾:

El nervio mediano se compone por las raíces C6 y C7 (inervación motora) y C8-T1 (inervación sensitiva) e inerva el dedo pulgar, índice, medio y borde radial del dedo anular. Su ingreso a la mano es a través del túnel del carpo compuesto por los huesos del carpo como piso y el retináculo flexor como techo. Este último es una estructura relevante para la resolución quirúrgica de esta patología.

Enfrentamiento clínico:

El diagnóstico es esencialmente clínico. La última guía clínica de la American Academy of Orthopaedic Surgeons (AAOS) recomiendan en contra del uso de elementos de la historia o del examen físico por sí solos para el diagnóstico de STC debido a su poca asociación con la confirmación o descarte de la patología⁽²⁾.

- Anamnesis⁽⁴⁾: la aparición de dolor y parestesias es el síntoma más común, y suelen tener variaciones respecto a su ubicación ya sea en muñeca, mano, irradiarse al codo o incluso al hombro. Durante la progresión pueden presentar debilidad a la abducción y a la oposición del pulgar, llegando a dificultad para agarrar objetos, abrir jarros, abotonarse la camisa, entre otros. La desaparición del dolor puede deberse a una enfermedad avanzada con pérdida sensitiva permanente.

Existen factores de riesgo⁽²⁾ importantes de abordar durante la anamnesis como lo son: sexo femenino, IMC elevado, alta repetición de movimientos de la mano o muñeca. Existen otros factores cuya asociación no está avalada por evidencia de buena calidad. Cabe destacar el ejercicio y actividad física que con moderada calidad de evidencia disminuye el riesgo de presentar STC.

- Examen físico: respecto al examen físico, es importante realizar una evaluación completa de la extremidad, que permita distinguir diagnósticos diferenciales. Se detallan las pruebas específicas en la tabla 1.

Tabla 1: Pruebas específicas de síndrome de túnel carpiano^(2,4,5)

| | |
|--------|--|
| Phanel | Parestesias en la distribución del nervio mediano cuando el paciente flexiona ambas muñecas 90 ° durante 60 segundos |
| Tinel | Parestesias en la distribución del nervio mediano cuando el médico golpea ligeramente el pliegue distal de la muñeca sobre el nervio mediano |

| | |
|-----------------|--|
| Durkan | Parestesias en la distribución del nervio mediano cuando el examinador presiona con el pulgar la cara palmar de la muñeca del paciente al nivel del túnel carpiano durante 60 segundos. |
| Flick sign | Al preguntarle al paciente: "¿Qué hace realmente con su(s) mano(s) cuando los síntomas son peores?" el paciente demuestra un movimiento rápido de la muñeca y la mano, similar al que se usa para sacudir un termómetro. |
| Muñeca cuadrada | La dimensión anteroposterior de la muñeca dividida por la dimensión medio lateral es igual a una relación de más de 0,70, cuando se mide con calibradores en el pliegue distal de la muñeca. |
| Puño | Parestesias en la distribución del nervio mediano cuando el paciente flexiona activamente los dedos en un puño durante 60 segundos. |
| Torniquete | Parestesias en la distribución del nervio mediano cuando un manguito de presión arterial alrededor del brazo del paciente se infla por encima de la presión sistólica durante 60 segundos |

- Exámenes adicionales⁽²⁾: no se recomienda su uso de rutina, solo ante duda diagnóstica. En la AAOS se detalla lo siguiente:
 - o Resonancia magnética: moderada calidad de evidencia sugiere no utilizarla.
 - o Ecografía: limitada calidad de evidencia sugiere no utilizarla
 - o Electromiografía: moderada calidad de evidencia sugiere que podría utilizarse.
- Scores diagnósticos⁽⁶⁾: surgen ante el bajo rendimiento de los elementos clínicos por **si solos** para realizar el diagnóstico de STC. Si bien aún no están respaldados por pruebas de alta calidad, algunas escalas y diagramas diagnósticos parecen prometedores⁽⁶⁾:
 - o Carpal Tunnel Syndrome: LR + 10.5, LR – 0.05, en un estudio de moderada calidad de evidencia.
 - o Kamath and Stothard questionnaire LR + 6.7, LR – 0.15, en un estudio de baja calidad de evidencia
 - o Diagrama de síntomas de Kantz and Stirrat con método clásico: LR + 8, LR – 0.22, un estudio de buena calidad.

Manejo:

Tratamiento no farmacológico

1. Ejercicio y movilización: una revisión sistemática de 2012⁽⁷⁾ muestra que es incierto si la movilización carpal o la movilización neuro dinámica mejoran globalmente, mejoran síntomas, mejoran funcionalidad a corto y largo plazo, como también es incierto si disminuyen el requerimiento de cirugía en STC. No se recomienda su indicación.
2. Inmovilización: la evidencia actual ⁽⁸⁾ muestra que podría generar mejoría general (RR 3.86 IC 95% 2.29 a 6.51) y mejoría de síntomas a corto plazo (MD -1.07, IC 95% -1.29 a -0.85), junto con mejoría ligera de funcionalidad a corto plazo (MD -0.55, IC 95% -0.81 a -0.28). Habitualmente, basado en recomendación de expertos, se indican órtesis con doble barra, posición neutra de uso nocturno.
3. Otras terapias⁽⁹⁾: es incierta su efectividad. Actualmente hay escasa evidencia y de baja calidad.

Tratamiento farmacológico

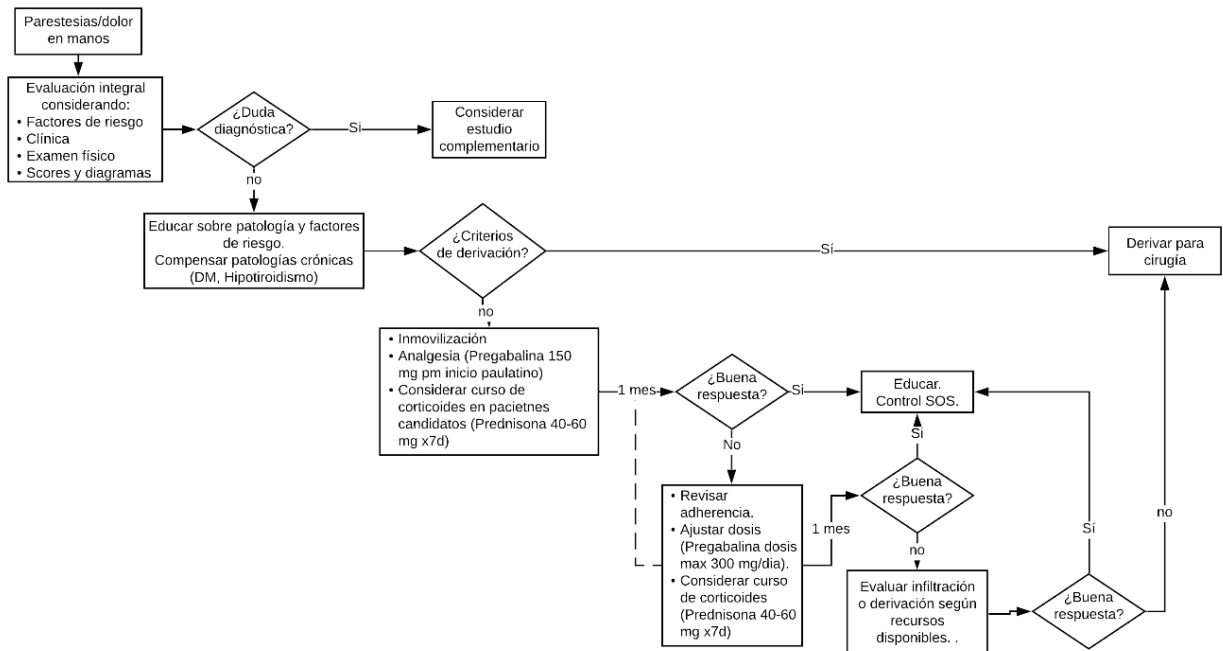
Una revisión sistemática del año 2003⁽⁹⁾ tuvo como objetivo evaluar la efectividad de los distintos tratamientos no quirúrgicos vs placebo u otras intervenciones no quirúrgicas. En esta revisión se puede concluir que:

- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES) podrían ser peor que placebo para el manejo de síntomas de STC a corto plazo.
- Diuréticos podrían ser levemente peor que placebo para el manejo de síntomas de STC a corto plazo y es incierto su impacto a largo plazo
- Corticoides orales reducen síntomas de STC comparado con placebo durante su uso por 2 y 4 semanas, podrían reducir síntomas a las 2 semanas de su suspensión, pero es incierto luego si este beneficio persiste a las 6 semanas de terminado el tratamiento.

- Al comparar corticoides con AINES, los primeros muestran reducción de los síntomas de STC a corto plazo y, comparado con diuréticos, probablemente reducen síntomas de STC a corto plazo.

Debido a las contraindicaciones y precauciones con los corticoides, otras alternativas de tratamiento son Pregabalina y Amitriptilina, pero actualmente hay escasa evidencia sobre su efectividad en el manejo de STC.

Flujograma sugerido:



Conclusiones

Es difícil precisar la prevalencia de STC debido al poco consenso sobre el gold standard diagnóstico. La historia clínica y examen físico son elementos claves para el diagnóstico del STC en APS. Se recomienda el uso de scores o diagramas para facilitar el diagnóstico. Exámenes adicionales solo se recomiendan ante duda diagnóstica. La primera línea de manejo incluye inmovilización y analgesia.

Bibliografía

1. Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosen I. Prevalence of carpal tunnel syndrome in general population. *Orthopedics*. 2013;36(7):497–8.
2. American Academy of Orthopaedic Surgeons . *Management of Carpal Tunnel Syndrome*. 2016;
3. Carpal tunnel syndrome: Etiology and epidemiology - UpToDate [Internet]. [cited 2021 Aug 29]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/carpal-tunnel-syndrome-etiology-and-epidemiology?topicRef=5288&source=see_link
4. Wiperman J, Goerl K, Christi V, Medicine F. *Diagnosis and Management of Carpal Tunnel Syndrome*. 2016;
5. D'Arcy CA, McGee S. Does this patient have carpal tunnel syndrome? *Ration Clin Exam*. 2000;283(23):3110–7.
6. DABBAGH A, MACDERMID JC, YONG J, MACEDO LG, PACKHAM TL. Diagnosing carpal

tunnel syndrome: Diagnostic test accuracy of scales, questionnaires, and hand symptom diagrams-a systematic review. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2020;50(11):622–31.

7. Page MJ, O'Connor D, Pitt V, Massy-Westropp N. Exercise and mobilisation interventions for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;
8. Page MJ, Massy-Westropp N, O'Connor D, Pitt V. Splinting for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;
9. O'Connor D, Marshall SC, Massy-Westropp N, Pitt V. Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;2017(12).