

# Síndrome del túnel carpiano

## Paraclínica y tratamiento (2ª parte)\*

- Desde su mejor definición en la década de 1940, el Síndrome del Túnel Carpiano (STC) ha recibido creciente atención, tanto en la práctica clínica como en la literatura científica.
- A continuación, se presentarán los estudios complementarios y se realizará un abordaje exhaustivo del tratamiento del STC destacando la cirugía, cuyo objetivo es la descompresión del nervio mediano (NM) en el túnel carpiano.



Dr. Carlos Carriquiry

Profesor de Cirugía Plástica  
Profesor Adjunto de Anatomía  
Facultad de Medicina - Universidad de la República  
Grupo Interdisciplinario de Dolor Neuropático  
Montevideo - Uruguay

### Estudios Complementarios

Por lo expresado en la primer parte, podemos afirmar que si la semiología clínica es clara y en particular si incluye los hallazgos más específicos, puede establecerse un diagnóstico presuntivo altamente probable de STC. Tanto es así, que existen autores que deciden la indicación quirúrgica solo con el diagnóstico clínico.<sup>(22)</sup>

#### Estudio electrofisiológico

No obstante lo expresado, predominan las publicaciones que consideran que un *estudio electrofisiológico (EE)* debe incluirse en todo paciente con diagnóstico clínico de STC, y para muchos autores es considerado el estándar óptimo o “*gold standard*”, aunque no hay un consenso aceptado universalmente sobre el estándar definitivo para diagnosticar un STC.<sup>(10, 23)</sup> Por lo expresado, *el diagnóstico positivo de STC estará mejor definido combinando la clínica y el EE.*<sup>(23)</sup>

¿Qué alteraciones del nervio se registran y cuantifican con el EE? Por un lado, con los *estudios de conducción nerviosa (ECN)* se manifiestan las alteraciones de las fibras gruesas mielínicas, motoras y sensitivas (tacto leve y vibración).

La *latencia* y la *velocidad de conducción* evalúan el tiempo requerido para transmitir un impulso en determinados trayectos con referencia a valores estándar considerados normales. La *amplitud* del potencial de acción evalúa la cantidad de fibras que están transmitiendo el impulso. También con el *electromiograma (EMG)* se exploran cambios en la actividad eléctrica de

las fibras musculares del territorio explorado afectadas por disminución o interrupción de las aferencias nerviosas.

En un EE se pueden hacer múltiples registros; se recomienda incluir además del nervio mediano (NM) al nervio cubital a efectos comparativos. Dentro de los múltiples registros posibles hay parámetros que se consideran más sensibles:<sup>(11, 23, 24)</sup>

- a) Las velocidades de conducción sensitiva en el segmento de puño y palma para el nervio mediano (a través del carpo), y motora en el segmento ante-braquial para los nervios mediano y cubital.
- b) Las latencias motoras y sensitivas prolongadas y un aumento de las latencias motoras distales del mediano con respecto al cubital.
- c) En el electromiograma, la presencia de actividad espontánea y las características del trazado voluntario son importantes, pero sus alteraciones pueden ser más tardías en la evolución. Aún así, pueden aparecer antes de las expresiones clínicas de afectación muscular.

El EE tiene una sensibilidad del 85% y una especificidad mayor al 95%.<sup>(24)</sup> Dicho de otro modo, hay un porcentaje minoritario pero significativo de STC clínicamente claros pero no confirmados por EE, que han remitido con el tratamiento quirúrgico. Recordemos que un EE no capta disfunciones de las fibras más finas, entre ellas las que conducen dolor.<sup>(3)</sup> Entonces, un EE positivo para STC no es una condición absoluta para proceder al tratamiento de un STC clínico bien definido que está generando síntomas persistentes.

\* En el volumen Nº 34 de *Tendencias en Medicina* (2009; 34:65-71) se desarrolló la primera parte del tema, se expuso la fisisio e histopatología, la etiología y la semiología con sus clásicos signos que permiten realizar un diagnóstico clínico, también se plantearon los diagnósticos diferenciales más relevantes.