

## SINDROME DEL CANAL DEL CARPO Y LOGIA DE GUYON (\*)

Dres. Jorge De Vecchi y Germán Möller

Se conoce con este nombre una afección dolorosa de la mano, que se desarrolla en el territorio de distribución del nervio mediano, que alivia parcialmente con el reposo y totalmente con la sección del ligamento anular anterior del carpo.

Ya en 1865 Sir James Padget relató un caso de compresión del mediano en el puño luego de una fractura con callo exuberante. Hunt, en 1911, citó dos casos de atrofia tenar, que atribuyó a compresión del nervio mediano en el canal del carpo. Marie y Foix, en 1913, relataron un caso de una mujer de 80 años con síntomas asimilables a lo que hoy conocemos como síndrome del canal carpiano, donde en la necropsia se comprobó la constricción del mediano.

Moersch, en 1938, relató un caso de atrofia de músculos tenares, y sugirió que su alivio podría obtenerse por sección del ligamento anular del carpo.

En 1941, Woltman refirió dos casos con anestesia y parálisis motora en el territorio correspondiente al mediano en la mano que curaron con la sección del ligamento transversal del carpo. Esta fue la primera vez que se relató tal tratamiento en la literatura.

Desde entonces, las publicaciones en relación a este síndrome se han hecho más frecuentes y la difusión de las características del mismo, explican el número creciente de casos en que se diagnostica esta afección.

### Aspectos Clínicos y Diagnóstico.

Es una afección de adultos, sobre todo entre los 30 y los 55 años. Por lo menos es tres veces más frecuente en la mujer y se presenta bilateralmente en casi la mitad de los casos.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 14 de octubre de 1959.

Los síntomas más importantes son: *dolor* en el territorio mediano de la mano, acompañado o *precedido* de *sensaciones parestésicas* en forma de hormigueo y adormecimiento. Estos síntomas suelen exagerarse en la noche, despertando varias veces al paciente. Ciertos tipos de trabajo manual suelen exagerar los síntomas.

Muchas veces el paciente refiere exactamente el trastorno a los siete primeros colaterales y *Lipscomb* sugiere a los pacientes que se quejan de un sufrimiento difuso a toda la mano, que en la próxima crisis nocturna presten atención a la extensión del trastorno y en la siguiente consulta refieran con exactitud la topografía en territorio estrictamente mediano.

El dolor a veces irradia proximalmente y esto puede confundir con síndrome cérico braqueales, costo escalénicos, etc.

Los enfermos pueden notar pérdida de fuerza en la mano.

El *examen* revela más comúnmente hipoestesia, a veces dolorosa, en el territorio del mediano. Puede haber hiperestesia, siendo muy rara la anestesia completa. La compresión sobre el nervio puede despertar dolor. A veces se aprecia tumefacción discreta en el puño.

Desde el punto de vista *motor* puede no existir anormalidad evidenciable al examen clínico o eléctrico. En el diagnóstico de los pequeños déficit motores es de gran importancia la electromiografía. En casos tardíos y muy avanzados puede existir atrofia completa de algunos músculos tenares.

Las radiografías del puño son habitualmente normales.

### **Etiopatogenia.**

El síndrome es causado por la compresión del nervio mediano a nivel del canal de carpo. Se ha intentado explicar satisfactoriamente por qué se produce esto en ciertas personas.

A veces hay una causa evidente; como ser un callo de fractura o una tenosinovitis flagrante, pero no siempre es así.

Se ha comprobado a través de mediciones de la presión en el canal del carpo (Tanzer) que la flexión del puño produce aumento de presión en su parte proximal y la extensión en todo el canal. Se da importancia a la compresión del nervio por los tendones flexores en la flexión de los dedos y el puño. Esto incidiendo en personas con una predisposición individual o fami-

liar, que ejecutan trabajos con la mano, frecuentemente en posición de flexión de puño y dedos (ordeñadores, sastres, escribientes, etc.), conduciría a la manifestación del síndrome.

Lipscomb da gran importancia a la existencia de sinovitis crónica generalmente inespecífica, habiéndolas comprobado en 30 de sus 33 pacientes, a veces asociada a dedos en resorte y enfermedad de De Quervain. También se asocian con frecuentes anomalías congénitas en la región del puño.

Puede existir la habilidad vasomotora, con reacción exagerada al frío.

### Hallazgos Operatorios — Anatomía Patológica

El nervio mediano aparece en general algo tumefacto y edematoso por encima del ligamento anular anterior del carpo, y estrechado a nivel de éste. Pueden haber adherencias significativas entre el nervio y los tendones.

De acuerdo a Lipscomb es de gran frecuencia la concomitancia con sinovitis de las vainas de los flexores.

Se comprueban a veces pequeños quistes mucoides vinculados al periostio de los huesos del carpo.

El ligamento anular no se encuentra engrosado.

En 7 pacientes sobre 21, Tanzer encontró anomalías congénitas variadas, como ser músculos supernumerarios, vientres musculares de flexores superficiales llegando al canal carpiano, etc.

### Tratamiento.

El reposo puede producir una mejoría transitoria, pero en general no resuelve el problema. El tratamiento de elección es quirúrgico y de gran simplicidad.

Se puede utilizar anestesia local. El abordaje es simple, con una incisión que llene el requisito de no atravesar el pliegue del puño verticalmente. Se expone el ligamento anular que se secciona y se inspecciona el nervio y las vainas sinoviales.

### Resultados de la operación.

Es bueno, con alivio por lo general, rápidamente de los síntomas. En cuanto a la recuperación tenar, depende del estado de los músculos en el momento de la operación, de acuerdo al grado de atrofia y fibrosis que pueda ya existir.

### Síndrome de la Logia de Guyón

Sería mucho más raro que el precedente. Es un síndrome de compresión del nervio cubital al nivel de la logia de Guyón.

Esta está formada por una expansión del ligamento anular dorsal que refuerza la expansión aponeurótica del cubital anterior, que cubre el paquete vásculo nervioso cubital.

Los síntomas son fundamentalmente subjetivos: dolor en la mano, en el territorio del nervio cubital. Al examen, hipoestesia dolorosa con la misma topografía. En general muy pocos síntomas motores.

Puede coexistir con un síndrome del canal del carpo.

En cuanto al tratamiento, consiste en el debridamiento de la logia de Guyón, y los resultados son igualmente buenos.

**Enferma N. A.**, 25 años, sexo femenino. Desde hace dos o tres años ha tenido algunos episodios de dolor a nivel de la mano derecha, trastornos a los que no dio mayor importancia. Desde hace un mes, el sufrimiento se ha hecho rápidamente progresivo. Acusa sensación de hormigueo y adormecimiento a nivel de la mitad radial de la palma de la mano y tres primeros dedos. Al principio sufría sobre todo al escribir, que le resultaba muy dificultoso, y, además, tenía crisis nocturnas. En los últimos días, su sufrimiento se ha hecho prácticamente continuo. Al examen hipoestesia en el territorio mediano de la mano. No hay déficit motor. Por encima del ligamento anular se aprecia pequeña tumefacción alargada que duele a la compresión y aumenta las sensaciones parestésicas de la mano.

**Operación.** — 18/9/59. Dr. De Vecchi y Dr. Möller. Anestesia general. Campo exangüe. Incisión en Z a nivel del puño; se decola la piel. Se secciona el palmar menor. Se repara el nervio mediano que aparece engrosado por encima del canal carpiano. Se secciona el ligamento anular. Sutura de la piel.

**Evolución.** — 14/10/59. Está francamente mejor. Puede utilizar su mano normalmente, aunque persisten sensaciones parestésicas leves.

### BIBLIOGRAFIA

R. MERE D'AUBINE, J. BENASSY et J. RAMADIER. Chirugie Orthopedique des Paralysies.

RAUL R. LIPSCOMB. — Tenosinovitis of the and the Wrist. Carpal Tunnel Syndrome, de Quervain's diseases, Trigger digit. Clinical orthopaedics. N° 13, p. 165.

RADFOR TANZAER. — The Carpal Tunnel Sindrom. The Journal of Bone and Joint Surgery. June 1959, p. 626.