

Actualización del protocolo de tratamiento en el síndrome del túnel carpiano

Autor: Sánchez González, Mónica (Fisioterapeuta).

Público: Fisioterapeutas. **Materia:** Investigación. Área: Área de Investigación en Ciencias de la Salud - Fisioterapia. **Idioma:** Español.

Título: Actualización del protocolo de tratamiento en el síndrome del túnel carpiano.

Resumen

El síndrome del túnel carpiano es una patología que consiste en una presión excesiva en la zona del ligamento carpiano transversal, originando una compresión sobre el nervio mediano, lo cual impide la transmisión de los impulsos nerviosos con normalidad. Actualmente existen numerosos tratamientos para el síndrome del túnel carpiano, pero se ha demostrado que no todos tienen la misma eficacia. Por ello, cabe destacar la técnica miofascial de apertura del túnel carpiano, los ultrasonidos y los ejercicios de potenciación.

Palabras clave: TÚNEL CARPIANO, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN.

Title: Update of the treatment protocol in carpal tunnel syndrome.

Abstract

Carpal tunnel syndrome is a pathology that involves excessive pressure in the area of the transverse carpal ligament, causing compression on the median nerve, which prevents the transmission of nerve impulses normally. Currently there are numerous treatments for carpal tunnel syndrome, but it has been shown that not all have the same efficacy. For this reason, the myofascial technique of opening the carpal tunnel, ultrasound and strengthening exercises should be highlighted.

Keywords: CARPIAN TUNNEL, TREATMENT, REHABILITATION.

Recibido 2018-06-15; Aceptado 2018-06-26; Publicado 2018-07-25; Código PD: 097057

INTRODUCCIÓN

El síndrome del túnel carpiano es una patología que afecta a más del 20% de población, siendo ésta de predominancia femenina (4/1) en edades comprendidas entre los treinta y los sesenta años.^(1,2)

Se trata de una afección que consiste en una presión excesiva en la zona del ligamento carpiano transversal, originando una compresión sobre el nervio mediano, lo cual impide la transmisión de los impulsos nerviosos con normalidad. El nervio mediano nace de la unión de dos raíces nerviosas en C5-C7 con su fascículo medial y de C8-D1 en su fascículo lateral.⁽³⁾ Es el responsable tanto del movimiento de la mano, más concretamente de la musculatura encargada de la flexión de la mano y de los dedos; como de la sensibilidad de la piel de la mano y de los dedos pulgar, índice, medio y la región lateral del cuarto dedo.^(1,2,3,4)

Inicialmente, el síndrome del túnel carpiano surge como un dolor en la zona de la muñeca y el antebrazo al que se le unen parestesias y calambres en los dedos que inerva, siendo estos síntomas de origen nocturno o al colocar la muñeca en diferentes posturas.^(2,3) La evolución de la patología tiende a verse asociada a una debilidad y atrofia de la musculatura de la mano junto con una torpeza motora a la hora de manipular objetos.^(2,3,5,6)

No obstante, es necesario realizar un diagnóstico diferencial antes de comenzar el tratamiento de rehabilitación para descartar que el origen del tratamiento se encuentre a nivel cervical ya que, en ocasiones, el atrapamiento del nervio en la zona cervical da la misma sintomatología en la mano. Si se realiza un correcto tratamiento fisioterápico, tanto el pronóstico como la evolución de la patología será buena.^(1,3,5)

PRINCIPIOS GENERALES DE LA REHABILITACIÓN EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

La máxima del tratamiento que siempre se ha de tener en cuenta en esta patología es la apertura del espacio del túnel carpiano, ya que será la que permita aliviar la sintomatología y eliminar la presión que el ligamento transversal del carpo ejerce sobre el nervio mediano.^(2,3,5,6)

Por otro lado, no hay que olvidar la potenciación de la musculatura de la muñeca y de la mano que tiende a debilitarse por la presencia del dolor y de las parestesias, haciendo que aparezca asociada la torpeza motora. ^(1,3,4)

No obstante, siempre se ha de descartar que la sintomatología que padece el paciente no derive de un pinzamiento a nivel cervical, ya que en ese caso, el tratamiento iría orientado a dicho nivel. ^(1,4,6)

Por último, son necesarias las tareas de prevención, concienciación y divulgación de una correcta higiene postural, tanto en el trabajo como en las actividades de la vida diaria, ya que de esta forma se evitará el desarrollo de la patología, compesansación anatómico-posturales, posibles secuelas, recidivas o un aumento del gasto socio-sanitario ocasionados por bajas laborales. ^(1,4,7,8)

TÉCNICAS MÁS EFICACES EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARIPIANO

Actualmente existen numerosos tratamientos para el síndrome del túnel carpiano, pero se ha demostrado que no todos tienen la misma eficacia a corto y largo plazo, debiendo de ser muy precisa la terapia de elección. ^(2,5,7,8) Por ello, cabe destacar, según indican las investigaciones más recientes, las siguientes técnicas:

- Técnica miofascial de apertura del túnel carpiano. Se ha demostrado que es la más eficaz, ya que permite aumentar el espacio del túnel carpiano descomprimiendo el nervio mediano. Para ello, se colocan los dos pulgares en el centro del ligamento carpiano transversal y se realiza una ligera tracción en dirección a las inserciones del mismo, con el fin de realizar una escucha miofascial que permita distender ligeramente la zona, para que una vez acabada la técnica se aumente el espacio de paso del nervio mediano. ^(6,9,10)
- Ejercicios de estiramiento. Constituyen, junto con las técnicas miofasciales, una de las terapias más efectivas para esta patología. Los estiramientos se centran en la musculatura cuyo origen está en el codo y su inserción en los distintos puntos de la mano, debido a que son los tendones de estos músculos los que discurren a través del túnel carpiano comprimiendo aún más el nervio mediano si se encuentran hipertónicos o inflamados. ^(2, 11, 12)
- Ultrasonidos. Dentro de la electroterapia, ha sido la técnica que ha destacado por disminuir las parestesias y producir una analgesia más eficaz y duradera. Los parámetros con los que mejores resultados se han obtenido han sido: 1MHz, 0,7W/cm² y continuo. ^(3,7,8,13)
- Ejercicios de potenciación. Sirven tanto para combatir la atrofia muscular como la torpeza motora. Se pueden pautar cuando los síntomas hayan disminuido con las anteriores técnicas, como fase final de la recuperación. Aquí podemos incluir desde ejercicios de destreza fina, haciendo hincapié en la pinza, hasta ejercicios de fuerza como pueden ser el uso de pelotas blandas. ^(6,7,8,9)
- Evitar el uso de muñequeras y férulas de descarga. Por norma general es aconsejable evitar el uso de estas ortesis salvo que el dolor sea muy agudo o se vayan a realizar tareas con cargas, simple siendo empleadas por tiempo reducido. El problema de este tipo de ayudas en el síndrome del túnel carpiano radica en la atrofia secundaria que conllevan, dejando a la articulación de la muñeca una vez que se quitan, débil y sin fuerza, haciendo que la patología se agrave al no tener musculatura que ejerza su función de sostén abriendo el hueco en el túnel carpiano y permitiendo el paso del imput nervioso. ^(4, 7, 9, 12, 14)
- Medidas de prevención de riesgos laborales. En muchas ocasiones esta patología se deriva de la realización de determinados movimientos en el trabajo, por lo que sería de gran ayuda el tratamiento de la patología desde la prevención. Este síndrome se da en personas que emplean mucho en ordenador en el trabajo, siendo recomendable el uso de alfombrillas para el ratón con implantes de gel de reposo de la muñeca. ^(3, 5, 9, 11, 12)
- Vendaje neuromuscular avanzado (kinesiotaping). La colocación de este vendaje elástico con la técnica del ligamento, la cual aplica la base seguida de tensión máxima en el kinesio y finalmente dejando la cola libre de tensión en la zona, permite una mejor apertura del espacio del túnel carpiano descomprimiendo el nervio mediano y aliviando la sintomatología. ^(1, 3, 10, 14)
- Parafina. Se trata de una cera caliente que funde a 40 grados en la que el paciente sumerge la mano y la muñeca. Por su temperatura, es ideal para relajar la musculatura y descomprimir el nervio. Éste método se suele emplear como técnica complementaria a las anteriores. ^(1, 3, 4, 6, 11, 13,14)

Bibliografía

1. Naeser MA, Hahn KAK, Lieberman BE, Branco KF. Carpal tunnel syndrome pain treated with low-level laser and microamperes transcutaneous electric nerve stimulation: A controlled study. *Arch Phys Med Rehabil* 2002;83:978-88.
2. Holdeman LV. La mano dolorosa. En: *Fisioterapia de la mano*. Moran CA, ed. Barcelona: Jims 1990; p. 183-95.
3. Katz JN, Simmons BP. Carpal tunnel syndrome. *N Eng J Med* 2002;346:1807-1812.
4. Caillet R. Dolor de la muñeca y mano. En: *Síndromes dolorosos. Incapacidad y dolor de tejidos blandos*. México: El Manual Moderno 1990; p. 225-45.
5. Kilmer DD, Davis BA. Electrodiagnosis in carpal tunnel syndrome. *Hand Clin* 2002;18:243-250.
6. Kling LF, Bedout R. Recurrencia del síndrome del túnel del carpo después de la liberación quirúrgica *Rev Col Ord Tra*. 2011; 25 (3): 285-90.
7. Jacobson JA, Fessell DP, Lucas Da Gama Lobo, Yang LJS. Entrapment Neuropathies I: Upper Limb (Carpal Tunnel Excluded). *Semin Musculoskelet Radiol*. 2010; 14: 473-486.
8. You D, Smith AH, Rempel, Sanz P D. Meta-Analysis: Association Between Wrist Posture and Carpal Tunnel Syndrome Among Workers. *Saf Health Work*. 2014 March; 5(1): 27-31.
9. Kim PT, Lee HJ1, Kim TG, Jeon IH. Current Approaches for Carpal Tunnel Syndrome. *Clin Orthop Surg*. 2014 Sep;6(3):253-257.
10. Naranjo A, Ojeda S, Mendoza D, et al. What is the diagnostic value of ultrasonography compared to physical evaluation in patients with idiopathic carpal tunnel syndrome? *Clin Exp rheumatol*. 2007; 25 (6): 853-859.
11. Wong KC, Hung LK, Ho PC, Wong JM. Carpal tunnel release. A prospective, randomized study of endoscopic versus limited-open methods. *J Bone Joint Surg Br*. 2003; 85: 863-868.
12. Márquez EC, et al. Evolución del síndrome del túnel del carpo postoperados de liberación del nervio mediano. *Cir Plast*. 2009; 19 (1-3): 23-28.
13. Yamaguchi DM, Lipscomb PR, Soule EH. Carpal Tunnel Syndrome. *Minn Med* 1965; 48:22-33
14. Phalen GS. The carpal-tunnel syndrome. Seventeen years experience in diagnosis and treatment of six hundred forty-four hands. *J Bone Joint Surg Am* 1966;48(2):211-28.