

Síndrome del túnel del carpo secundario a lipoma gigante

Albert Pardo Pol, Enric Domínguez Font, Aleix Sala Pujals, Pablo Feito Martinez, Daniel Valverde Vilamala

Cirugía Ortopédica i Traumatología, Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducción y Objetivos

El síndrome del túnel del carpo es la neuropatía por atrapamiento más frecuente del miembro superior. La etiología más habitual es idiopática, produciéndose la compresión del nervio mediano a nivel del canal osteofibroso del carpo.

El objetivo es presentar un caso clínico de una paciente con un atrapamiento del nervio mediano secundario a una lesión ocupante de espacio en la muñeca, que pasó desapercibida en la primera cirugía.

Material y Métodos

Mujer de 81 años, diestra, con los siguientes antecedentes médicos: HTA, diabetes Mellitus tipo II, dislipemia y una miocardiopatía dilatada. Inició en el 2013 y de forma progresiva una sensación de entumecimiento y hormigueos en la zona palmar de su mano derecha y de sus tres primeros dedos, una clínica compatible con un síndrome del túnel del carpo, que se corroboró con un electromiograma. Se realizó una cirugía de descompresión del túnel mediante la apertura del ligamento anular.

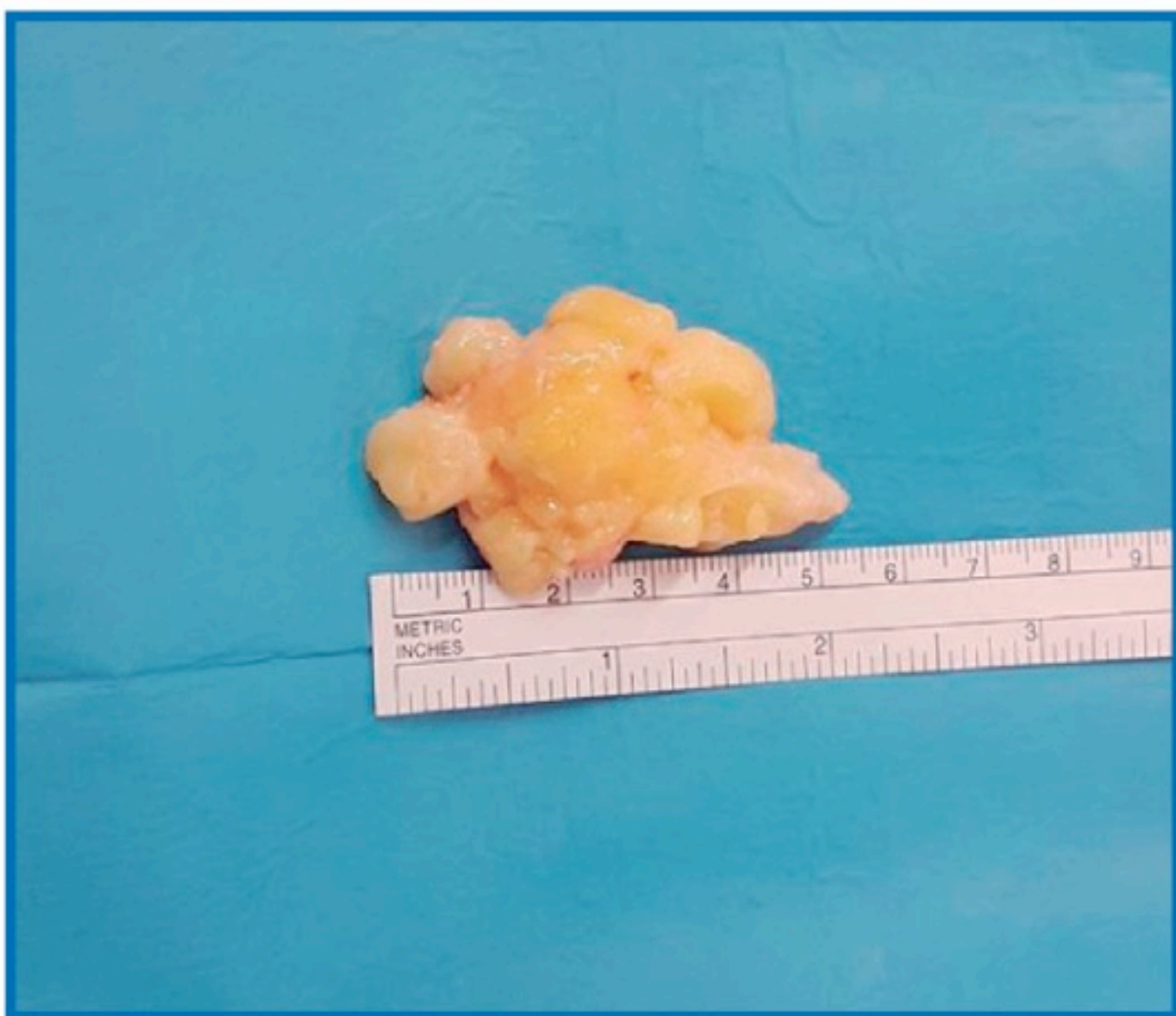
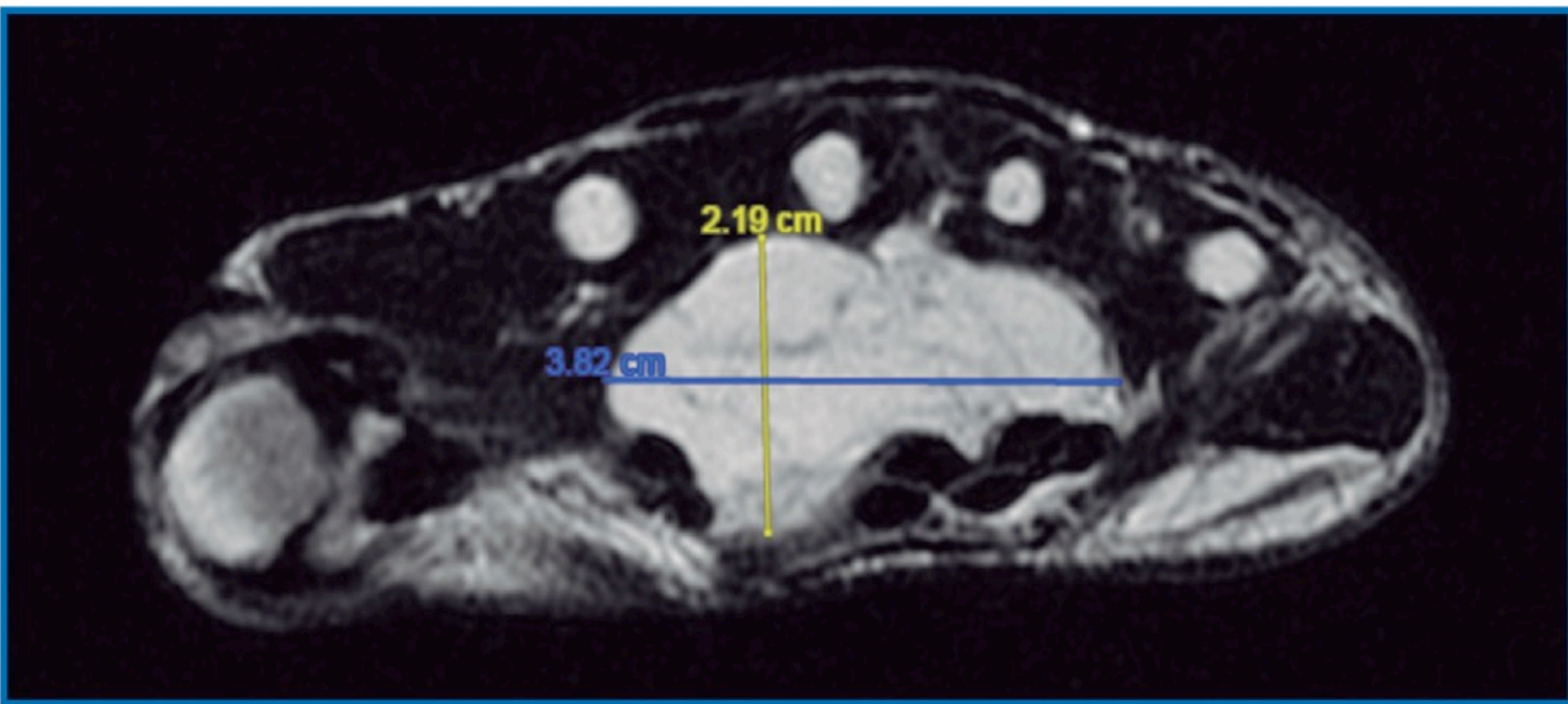
La paciente, aunque mejoró levemente en las primeras semanas de la intervención, mantenía la misma clínica, por lo que se realizó una resonancia magnética, objetivándose una tumoración polilobulada de gran tamaño que comprimía dorsalmente el nervio mediano. Se realizó una nueva intervención para realizar la exéresis de la tumoración, que tenía unas dimensiones de 5,5 x 3 x 2 cm. Se envió la muestra al servicio de anatomía patológica que confirmó el diagnóstico de lipoma.

Actualmente, con 2 años de seguimiento, la paciente se encuentra sin dolor, con una buena funcionalidad de la mano y sin signos de recurrencia tumoral.

Discusión

El síndrome del túnel del carpo secundario a lesiones ocupantes de espacio es una entidad rara, que representa solo el 5.5% de las causas, siendo los más frecuentes los lipomas, hemangiomas, sarcomas sinoviales y tumores de células gigantes. Hay que sospecharlo cuando los síntomas del paciente y el electromiograma muestran afectación unilateral, cuando se observe en la exploración un aumento de volumen respecto contralateral o bien cuando se produce una recidiva clínica de la patología.

Para estudiar este tipo de lesiones se tiene que solicitar siempre estudios de imagen complementarios, una ecografía o bien una resonancia magnética, que nos permitan delimitar el alcance de tumoración, estudiar la relación con las estructuras circundantes y planificar la cirugía.



Conclusión

El síndrome del canal carpiano por una lesión ocupante de espacio es una entidad poco frecuente, la sospecha debe iniciarse en casos unilaterales y en recidivas clínicas de la neuropatía y es imprescindible para el diagnóstico y la planificación preoperatoria la realización de una resonancia magnética. Para el tratamiento se recomienda realizar una escisión abierta para disecar con cautela las estructuras adyacentes.

Bibliografía

1. Werner RA, Andary M. Carpal tunnel syndrome: Pathophysiology and clinical neurophysiology. Clin Neurophysiol. 2002;113(9):1373–81.
2. Wafa HYM, Tillman RM. Tumours of the hand. Disord Hand Vol 4 Swelling, Tumours, Congenit Hand Defects Surg Tech. 2015;8(February):49–68.
3. Ingari J V., Faillace JJ. Benign tumors of fibrous tissue and adipose tissue in the hand. Hand Clin. 2004;20(3):243–8.
4. Nakamichi K, Tachibana S. Unilateral carpal tunnel syndrome and space-occupying lesions. J Hand Surg (British Eur Vol. 1993;18(6):748–9.

