

# Endoscopía del túnel carpiano

## Técnica e instrumental propios

Dr. Roberto Marcos

**RESUMEN:** Se analiza la evolución de la interpretación y tratamiento del síndrome del túnel carpiano. Se observan los detalles anatómicos quirúrgicos y se muestra la variada patología encontrada en la experiencia de más de 25 años, llegando en la actualidad a la técnica quirúrgica de alternativa con la cirugía endoscópica mostrándose el instrumental especialmente diseñado por el autor, así como la técnica que realiza.

**SUMMARY:** *Carpal Tunnel Syndrome treatment evolution and interpretation were analyzed. Anatomical details were observed, and the several types of pathologies collected after 25 years of experience are shown; arriving nowadays, to the endoscopic surgery alternative method showing the instrument developed by the autor, as well as the technique he employs.*

### INTRODUCCION

#### Antecedentes

Desde las primeras publicaciones de este síndrome que fueron realizadas en el Journal of Gynecology, hasta la actualidad ha transcurrido un tiempo considerable y muchos nombres han quedado definitivamente grabados por sus aportes al entendimiento de dicha patología.

Hace más de 25 años estaba de moda el síndrome del escaleno y se realizaba la sección del músculo escaleno anterior como tratamiento, cuando ya comenzaba a ser evidente que esos casos comprendían síndromes del túnel carpiano con los típicos síntomas de parestesias distales con dolores proximales, hasta que desapareció definitivamente el llamado síndrome del escaleno.

#### Definición

Es la compresión del nervio mediano en el túnel carpiano.

#### Clasificación

La mayoría clasifica al S. T. C. de manera que el compromiso puede provenir de alteraciones del continente y/o alteraciones del contenido.

Cuando P. Stumliollo trabajó sobre el tema de la rectificación con retroposición de la columna cervical, se mencionó la puesta en tensión de las ramas anteriores del plexo y se comprimiría, de esta manera,

el nervio mediano contra la polea que significa el ligamento anular anterior del carpo; interpretándose así el S. T. C. indirecto y por eso usamos una clasificación como la siguiente:

#### INDIRECTO

S. T. C. DIRECTO Alteraciones del continente  
Alteraciones del contenido

En el año 1982, en la Revista Argentina de Cirugía de la Mano, publiqué por primera vez un caso muy infrecuente de S. T. C. que denominé S. T. C. ISQUEMICO AGUDO GRAVE para destacar la importancia del reconocimiento de esta patología, cuando es afectada la arteria del nervio mediano que tiene magnitud fundamental por el desarrollo embriológico y predomina en la vascularización de la mano; es por este motivo que la clasificación que en aquel entonces sugerí fue la siguiente:

S. T. C. { Indirecto  
Alteraciones del continente  
Directo  
Alteraciones del contenido  
Isquémico agudo grave

#### Interpretación de la patología

Es probable que muchos casos integren el grupo del S. T. C. indirecto y son aquellos pacientes con

alteraciones cervicales acompañadas de los síntomas. Mediante la descompresión del nervio se logra, por ende, una importantísima disminución de la sintomatología global con desaparición del trastorno distal y la mayoría de las veces desaparición de los dolores proximales.

Las alteraciones del continente son las menos frecuentemente productoras de este síndrome, tales como artrosis carpianas, tumores o luxaciones, pero deben considerarse.

Las alteraciones del contenido estarían evidentemente presentes en las sinovitis de los flexores, sean éstas específicas o inespecíficas. Estas grandes sinovitis conllevan la necesidad de lograr la desaparición del tejido enfermo mediante tratamientos médicos, ortopédicos o quirúrgicos (en ese orden). En el caso de la no retrogradación de esta sinovial hipertrófica llega el momento de realizar una sinovectomía quirúrgica, recordando también que, en algunos casos puede existir, por la cronicidad, una fibrosis del perineuro que obligue a una endoneurolisis para resolver lo que han dado en llamar el "Síndrome del doble estuche".

No obstante, la mayor cantidad de casos de S. T. C. rebeldes a los tratamientos médicos y ortopédicos no presentan una sinovitis digna de ser tenida en cuenta como tal y se ven favorecidos, indudablemente, con la sola apertura del ligamento anterior del carpo que, al separar sus bordes seccionados amplía al continente y la ulterior cicatrización permitirá una unión de esos bordes pero con un túnel ampliado; es por esto que tiene gran auge y gran

importancia el tratamiento quirúrgico consistente en la simple sección ligamentaria, pero recordemos siempre la necesidad de una exploración para analizar si esto sólo será suficiente o bien hay que ampliar la operación para completar el tratamiento. Esto lo debe saber el cirujano y el paciente y dicho acto quirúrgico ser planificado en ese sentido.

---

## MATERIAL Y METODOS

---

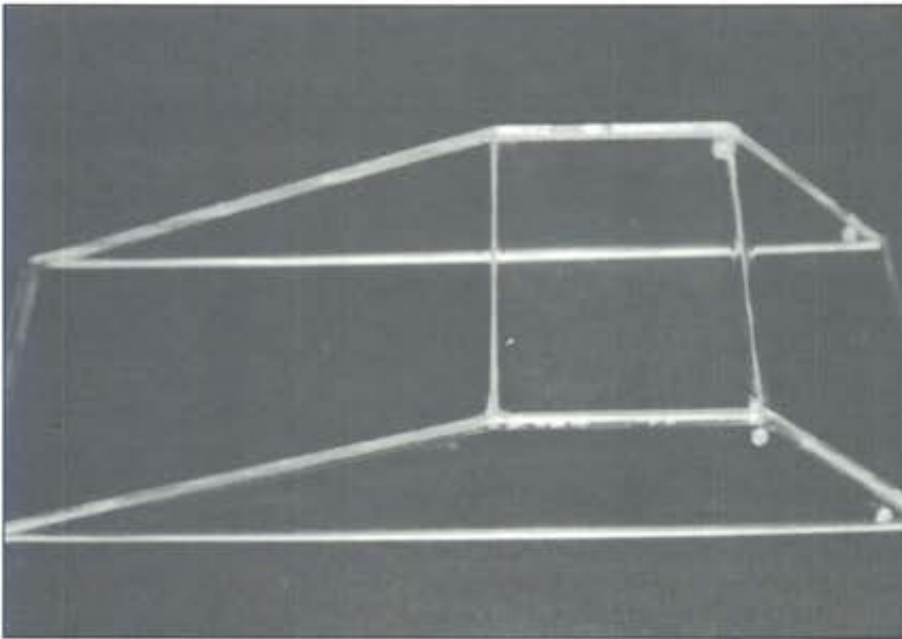
### Técnica quirúrgica

En todos los casos empleamos anestesia regional intravenosa y en muy pocos anestesia axilar. Colocamos manguito hemostático y antes de finalizar la operación hacemos una infiltración de los bordes de la herida y en la vaina del nervio mediano, para proceder a soltar dicho manguito y observar la necesidad de una hemostasia.

En los casos que usamos solamente la sección ligamentaria nunca hemos tenido hemorragias que nos obligue a una ampliación de la cirugía.

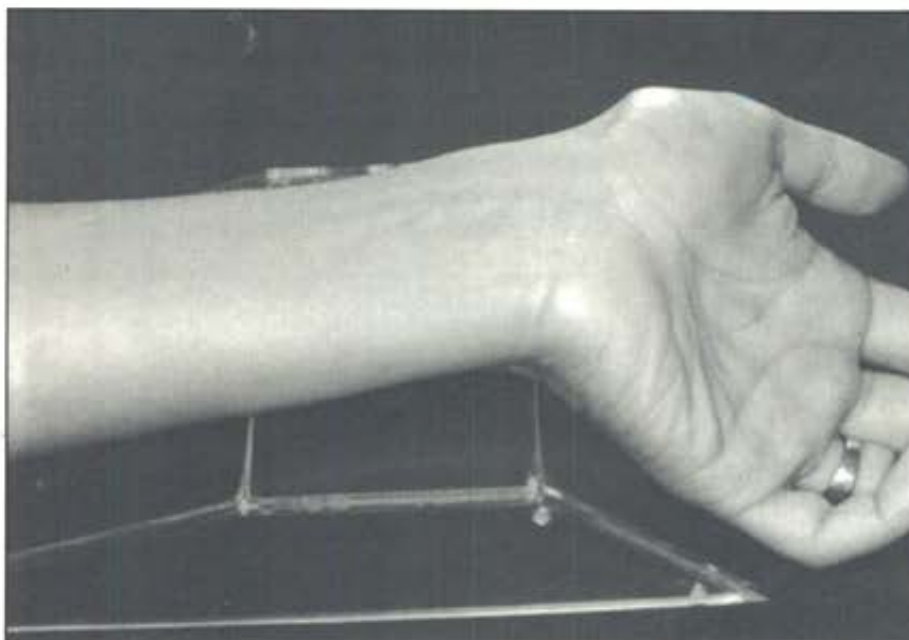
La técnica presenta dos pasos y para ello el instrumental especialmente diseñado.

1) La primer parte consta de la colocación de la cánula (con la muñeca en el plano de apoyo de 45°) con el extremo que engancha el borde distal del ligamento como elemento de separación en el transcurso de su introducción y para que el bisturí llegue más allá de ese punto, donde siempre encontraremos la grasa que rodea al paquete vascular pretendinoso y que no debe ser herido. En esta parte se hace una observación endoscópica del ligamento



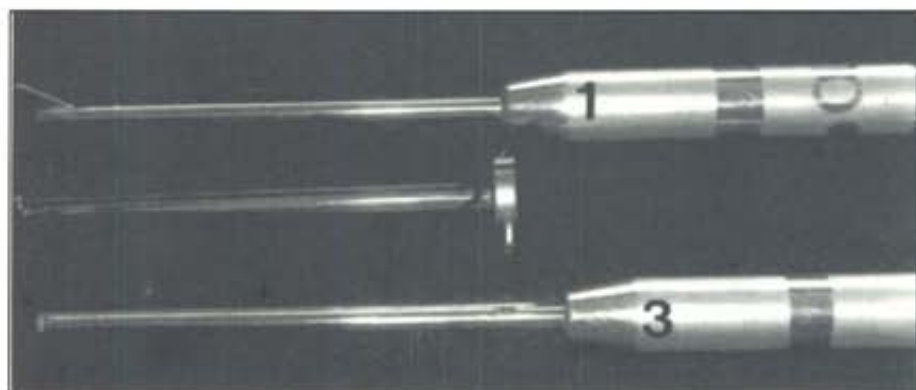
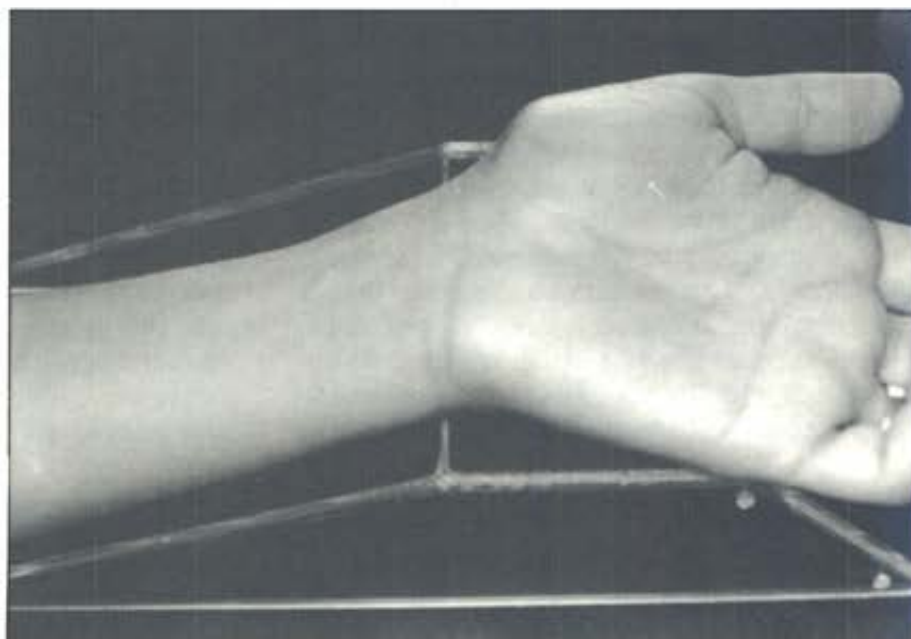
**Foto 1.**  
*Base de apoyo.*





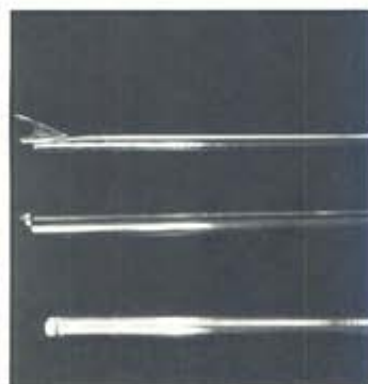
**Foto 2.**  
Muñeca en 45°  
para la sección  
ligamentaria,  
primer paso quirúrgico.

**Foto 3.**  
Muñeca en 25°  
para la exploración  
en el 2º paso  
quirúrgico.

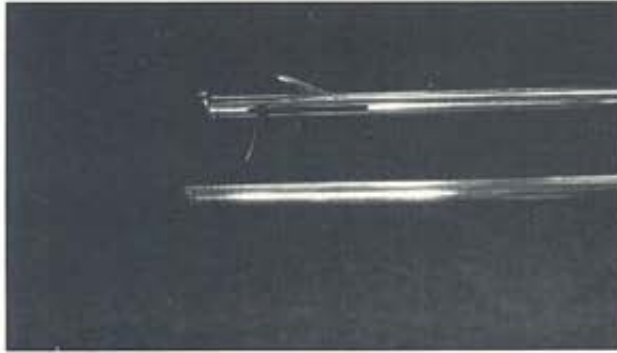


**Foto 4.**  
**INSTRUMENTAL**  
1. Bisturí

2. Canula con saliente par toma distal  
2. Trocar para acompañar introducción  
de canula



**Foto 5**  
Vista en detalle del extremo  
distal del instrumental

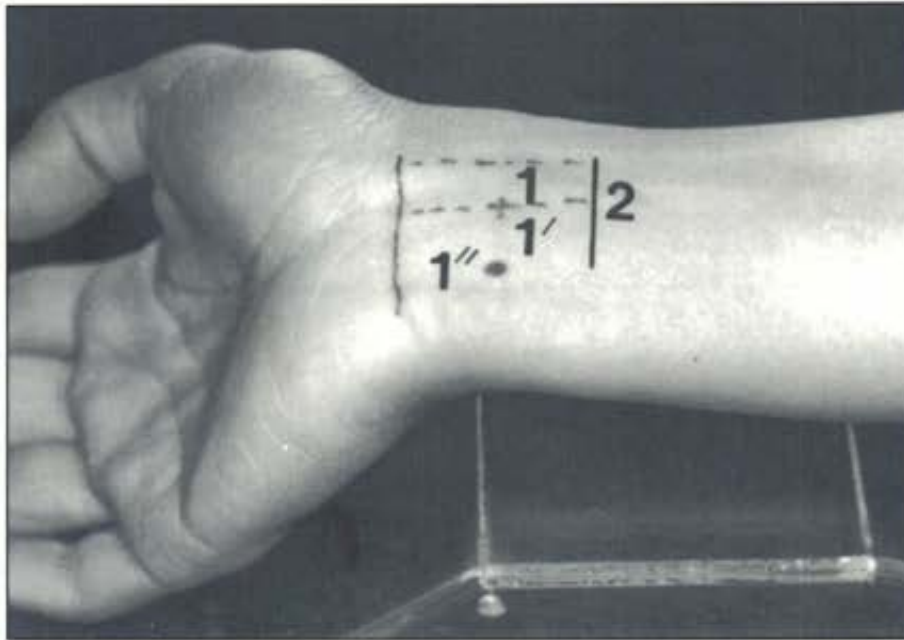


**Foto 6**  
Bisturí introducido avanzando hacia el tope distal.

para deslindar la posibilidad de que algo se cruce en el camino.

2) La segunda parte consiste en la exploración de la sección ligamentaria y girar en derredor para ver el aspecto de los tejidos que integran el continente y para ello se coloca la muñeca en el plano inclinado de 25°. Si existe alguna duda debe pasarse de la cirugía endoscópica a la convencional (que puede seguirse, sin duda, bajo anestesia local).

En esta segunda etapa se trabaja con el endoscopio con vaina para que permita el pasaje del líquido que debe ser introducido con bomba inyectora para separar los tejidos y aumentar los efectos ópticos.



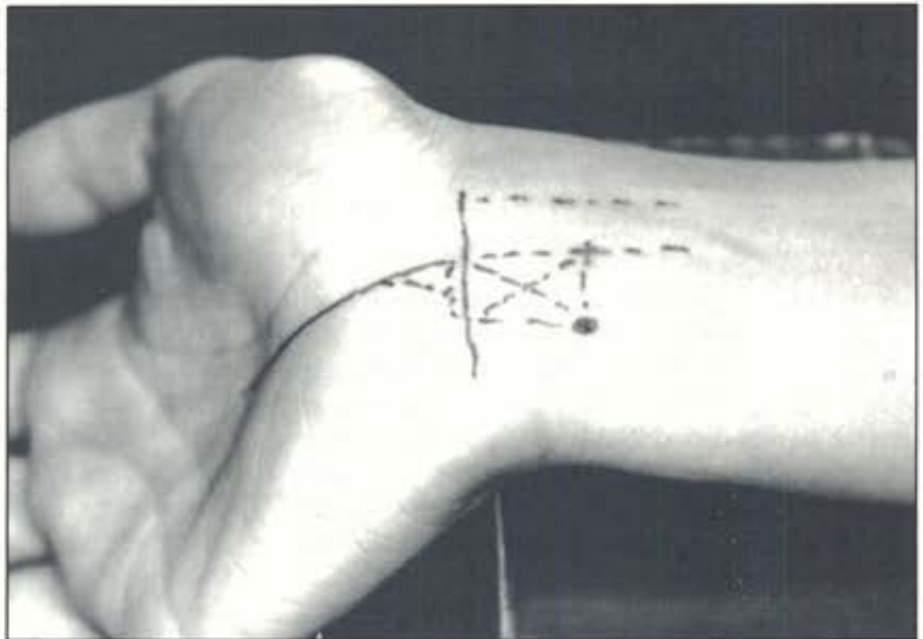
**Foto 7.**  
Marcación de los reparos para el abordaje.

1. Separación del palmar mayor al menor.

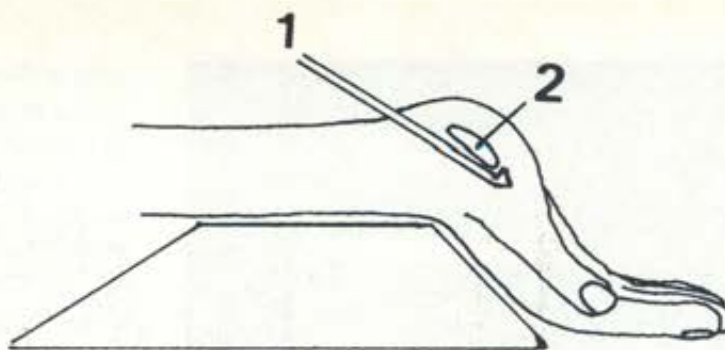
1'. Distancia de 1 cm. del palmar menor ó 2=2 cm del palmar mayor.

1''. 1 cm del pliegue muñeca.

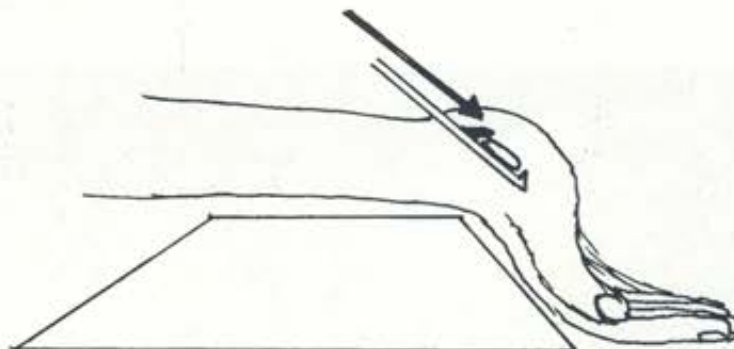
**Foto 8.**  
Marcación del cuadrado para usar cualquiera de las diagonales como incisión y posible prolongación a la palma.



**Dibujo 9.**  
1. Canula enganchada en el  
borde distal del ligamento.  
2. Ligamento.



**Dibujo 10.**  
Bisturí en acción  
de corte.



**Dibujo 11.**  
Endoscopio en exploración.

---

### CONCLUSION

---

Considero indispensable la realización de los dos pasos mencionados en la técnica endoscópica del S. T. C.; 1º - SECCION y 2º - EXPLORACION, para lograr no sólo la aplicación del continente a expensas de la separación de los extremos seccionados del ligamento sino también la visión de las características locales de la sinovia así como la posibilidad de una fibrosis perineural que obligue, antes de la suelta del manguito, a la peri y endoneurolisis. La intención del presente trabajo es presentar una

cirugía de alternativa específicamente diseñada y efectuada para cumplimentar los dos pasos de la misma y recordar que no existe, en mi criterio, **cirugía convencional VERSUS cirugía endoscópica** sino que cualquiera de estas realizaciones estará de acuerdo al criterio del cirujano que, en definitiva, es quien decide de qué manera curar a su paciente.

Considero así mismo, una técnica de fácil realización y con dos pasos concretos que no deben soslayarse; para eso fue creado el instrumental y éste es el motivo del trabajo.