

Tema 24

Lesiones de mano-muñeca

- Valoración Funcional de la mano
- Síndromes compartimentales de la mano
- Lesiones ligamentosas
- Inestabilidades del carpo
- Infecciones de la mano
- Síndromes nerviosos canaliculares de muñeca y codo

Valoración funcional de la mano

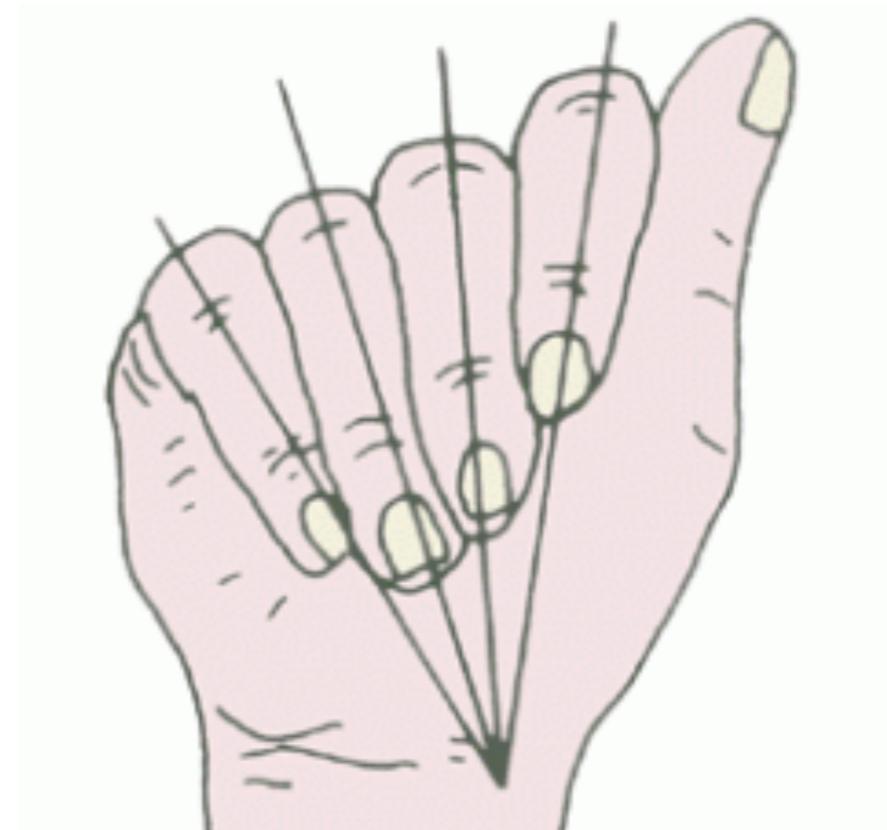
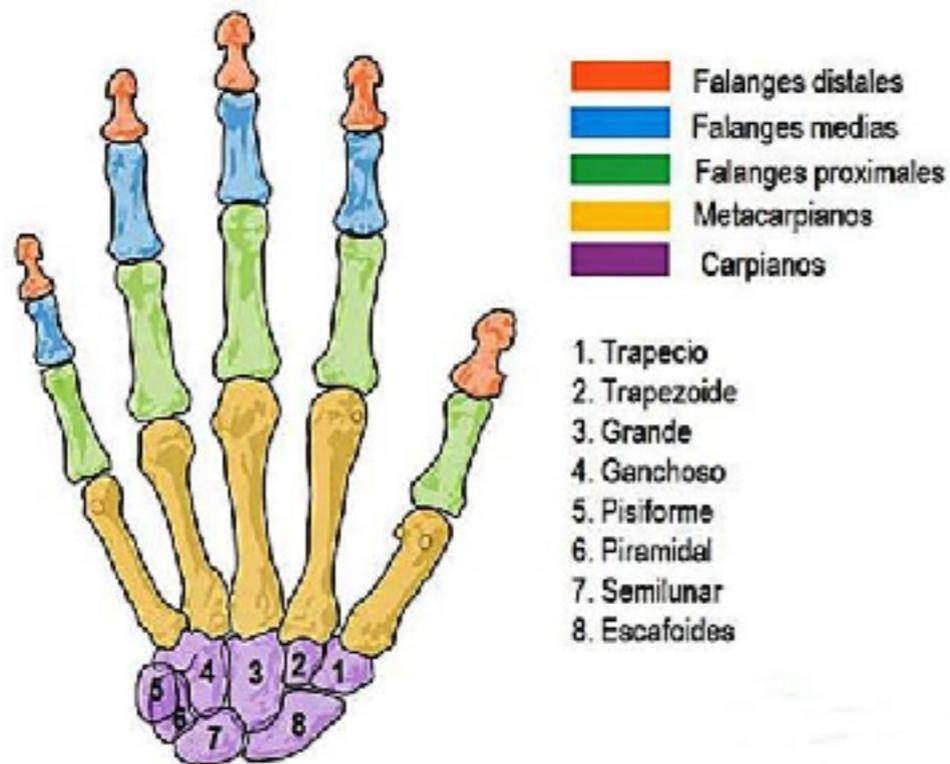
Función: agarrar y conocer objetos adaptándose a ellos, y como elemento de comunicación.

- El esqueleto óseo y fibroso de la mano.
- Los movimientos de la mano.
- El valor funcional de los dedos.
- El revestimiento cutáneo.

Esqueleto óseo de la mano

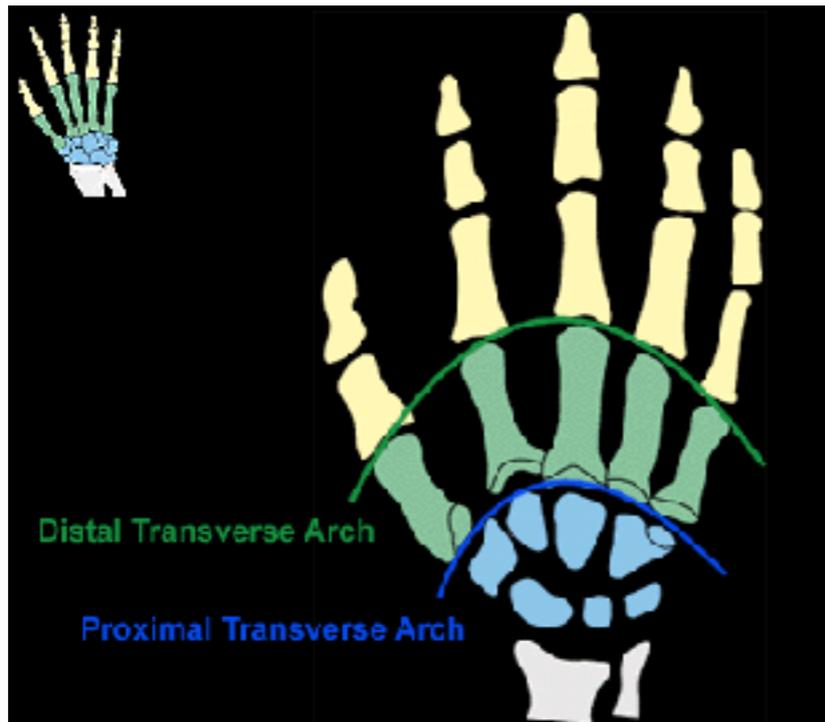
27 huesos, de los cuales 19 son pequeños
huesos largos que se distribuyen en cinco
radios divergentes; cada uno de los radios
constituye una cadena poliarticular e incluye un
metacarpiano y falanges.

- La base de cada metacarpiano se articula con la hilera distal del carpo.
- Únicamente el radio del índice se flexiona en

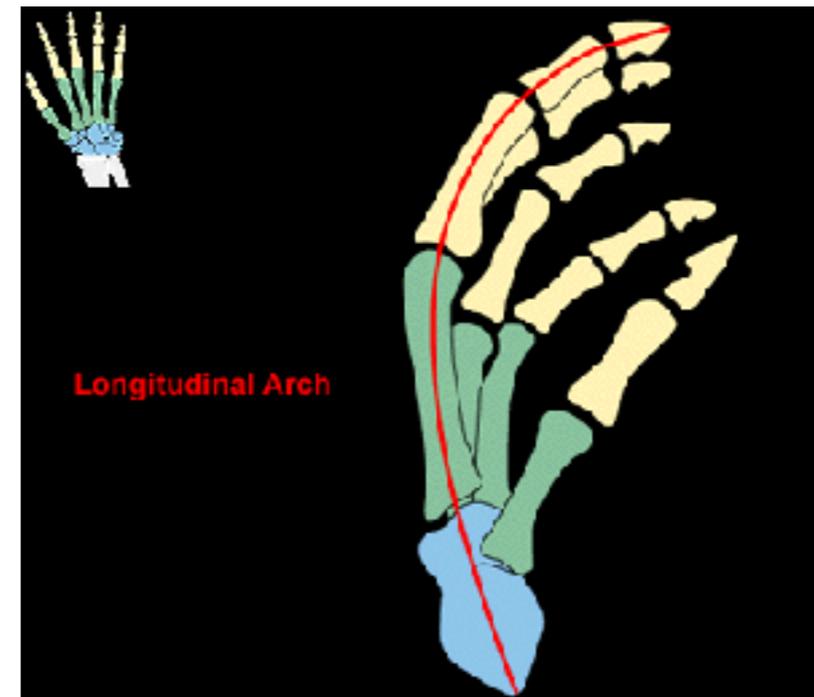


Esqueleto óseo

Arcos de la mano



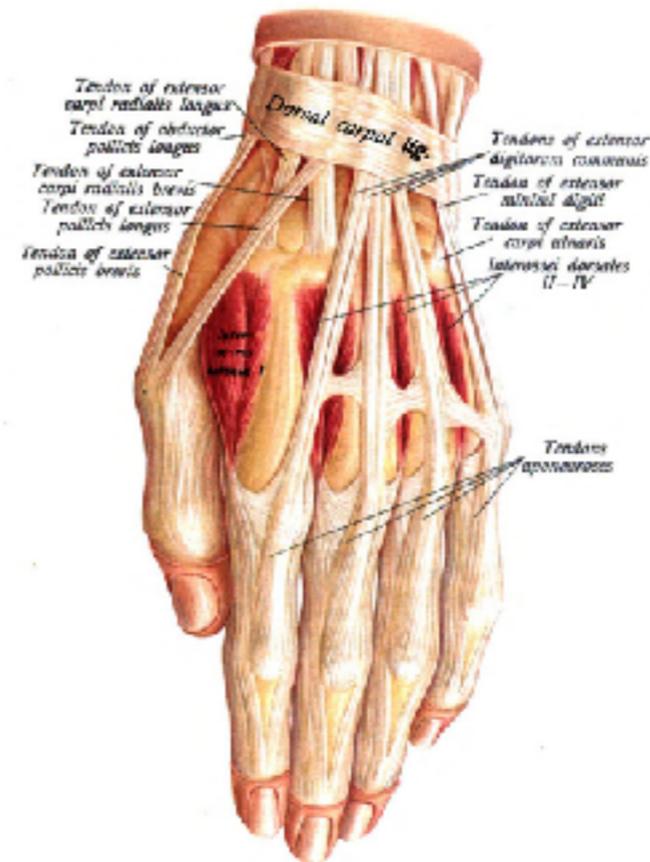
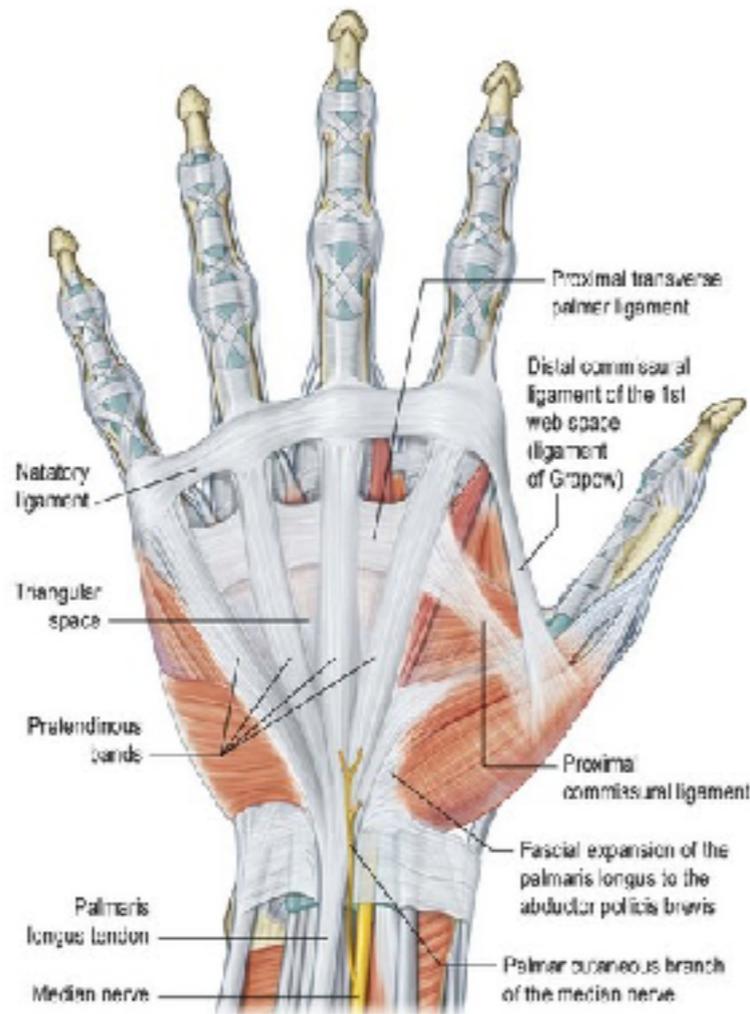
Arco Carpiano
Arco Metacarpiano



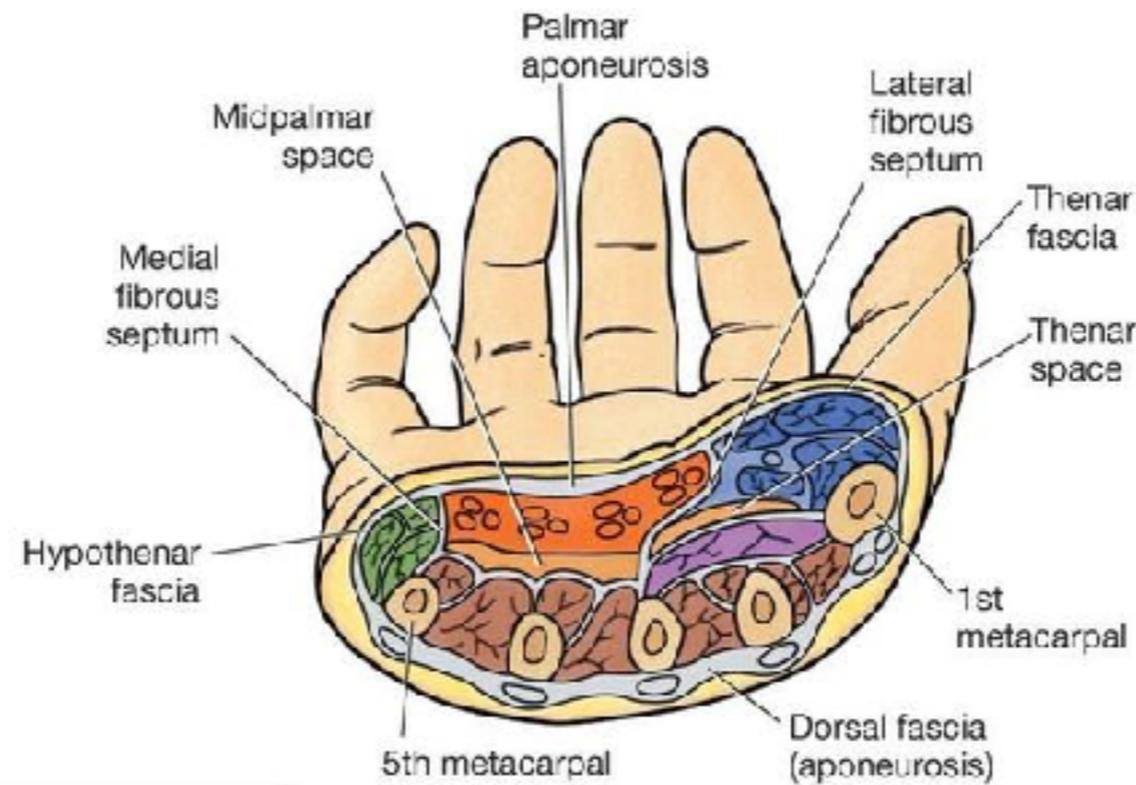
5 Arcos longitudinales

Esqueleto Fibroso

Aponeurosis Palmar Superficial y Profunda Aponeurosis Dorsal



Celdas

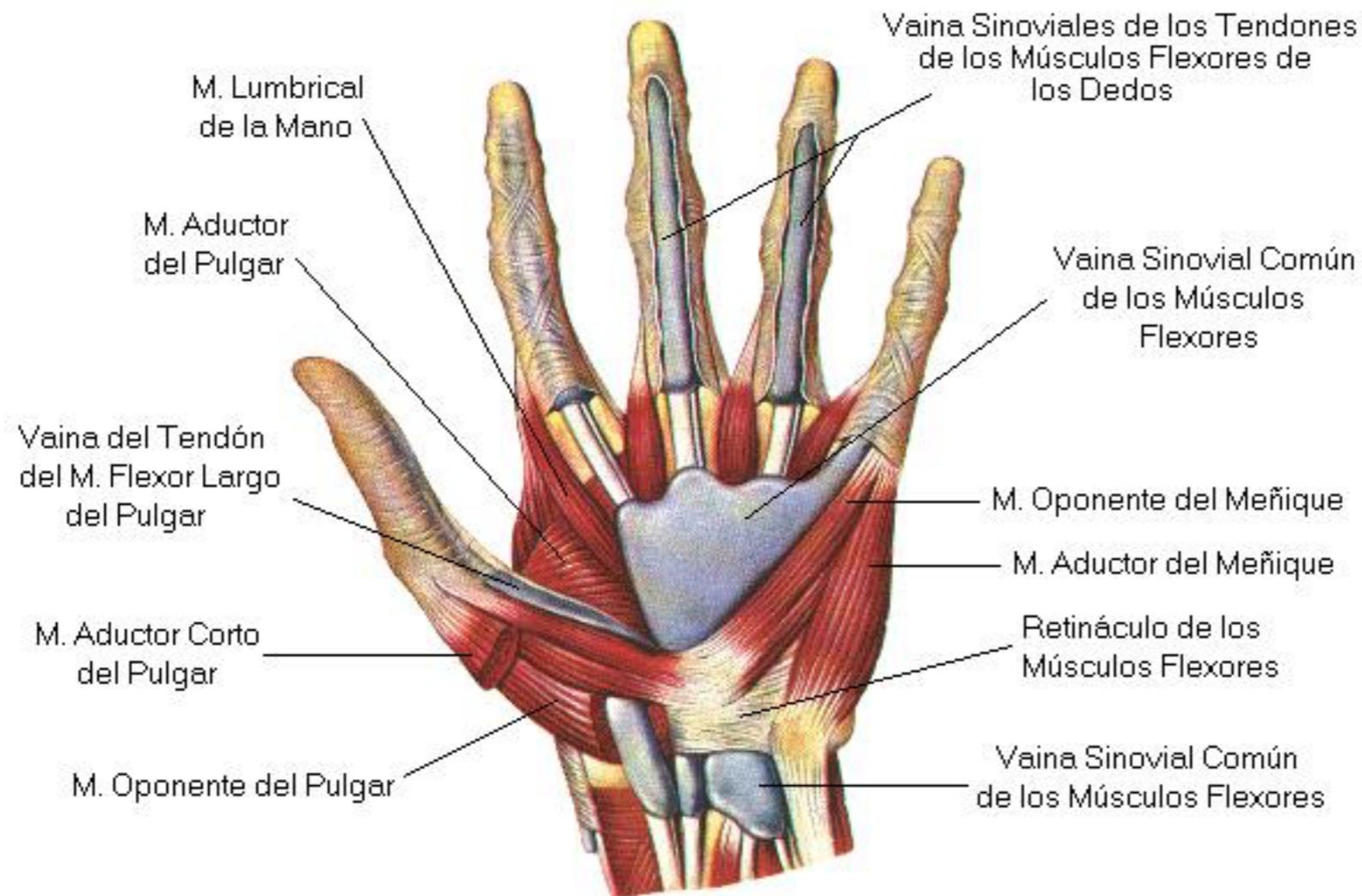


B Transverse section

Key for A and B	
5 Compartments:	
	1. Hypothenar
	2. Thenar
	3. Central
	4. Adductor
	5. Interosseous
	Fibrous septa
	Midpalmar and thenar spaces

Movimientos de la mano

Mecanismos de deslizamiento

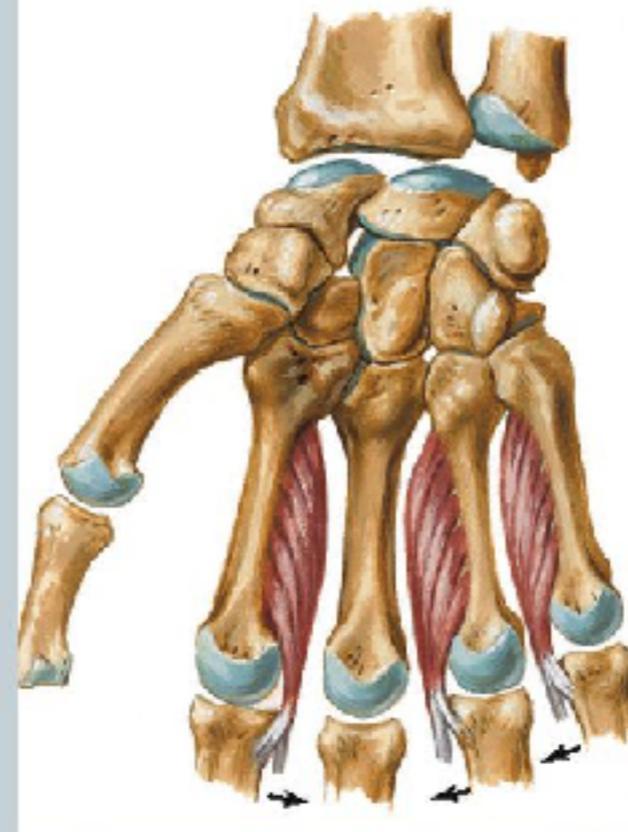


Movimientos de la mano

Músculos intrínsecos

Músculos Interóseos Palmares

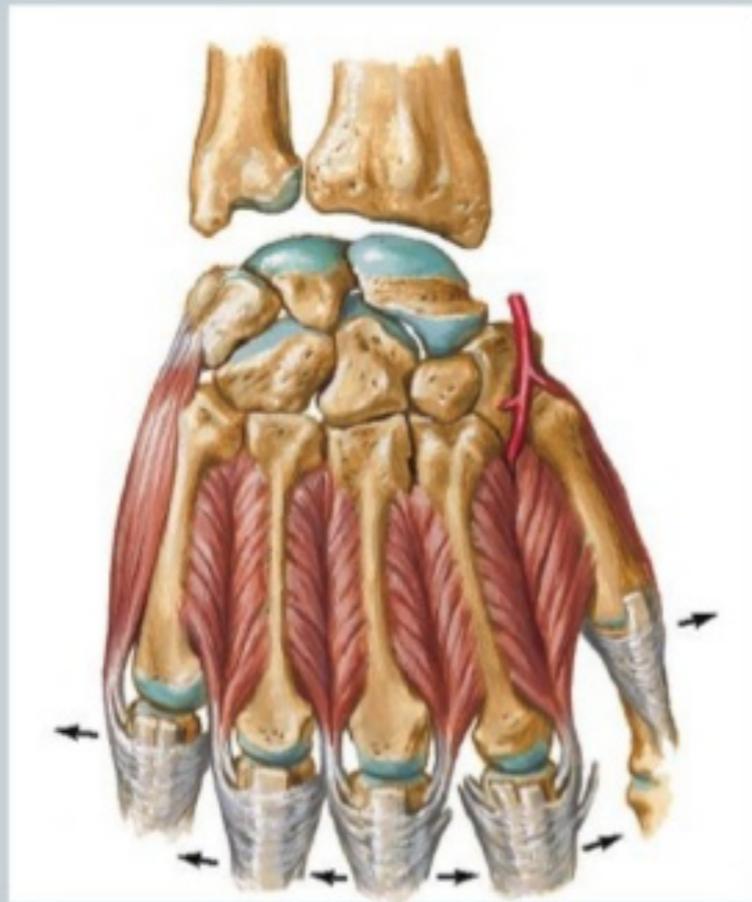
- **Región:** Comportamiento interóseo.
- **Origen:** Mitad anterior de la cara lateral del metacarpiano que mira al eje de la mano (II, IV y V metacarpianos).
- **Inserción:** Base de las falanges proximales del índice, anular y meñique respectivamente.
- **Inervación:** Nervio cubital.
- **Función:** Aducción en dirección al dedo medio.
- Flexión de las articulaciones metacarpofalángicas.
- Extensión de las articulaciones interfalángicas.



Movimientos de la mano

Músculos intrínsecos

Músculos Interóseos Dorsales

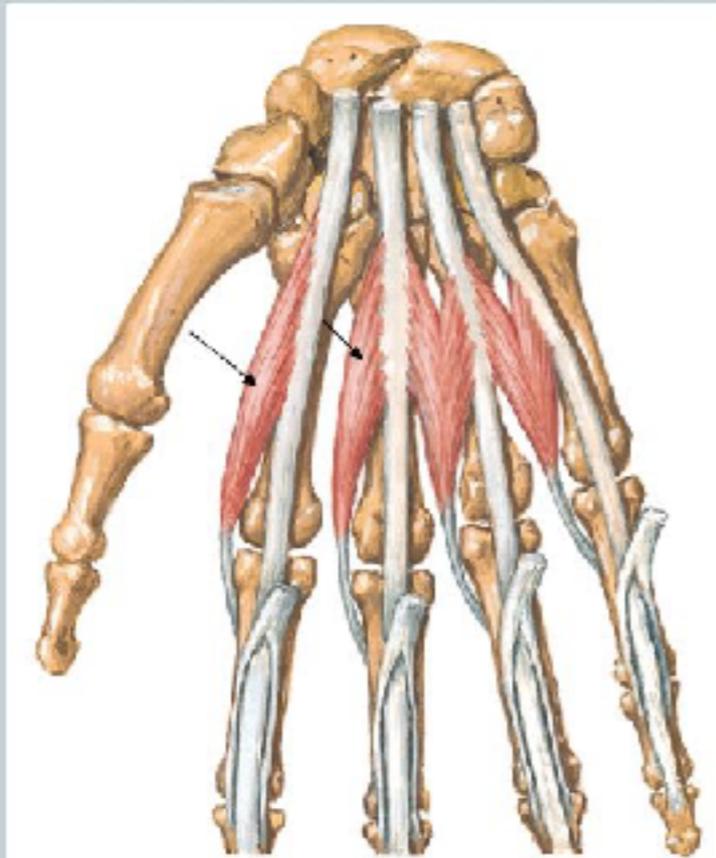


- Región: Comportamiento interóseo.
- Origen: Caras laterales y mediales de los 2 metacarpianos que limitan el espacio interóseo.
- Inserción: Lengüeta profunda: tubérculo lateral de la base de la falange proximal.
- Lengüeta superficial: recibe al músculo lumbrical correspondiente y termina en el tendón extensor.
- Inervación: Nervio cubital.
- Función: Separan del eje de la mano a los dedos en los que se insertan.
- Flexión de las falanges proximales y extensión de las distales.

Movimientos de la mano

Músculos intrínsecos

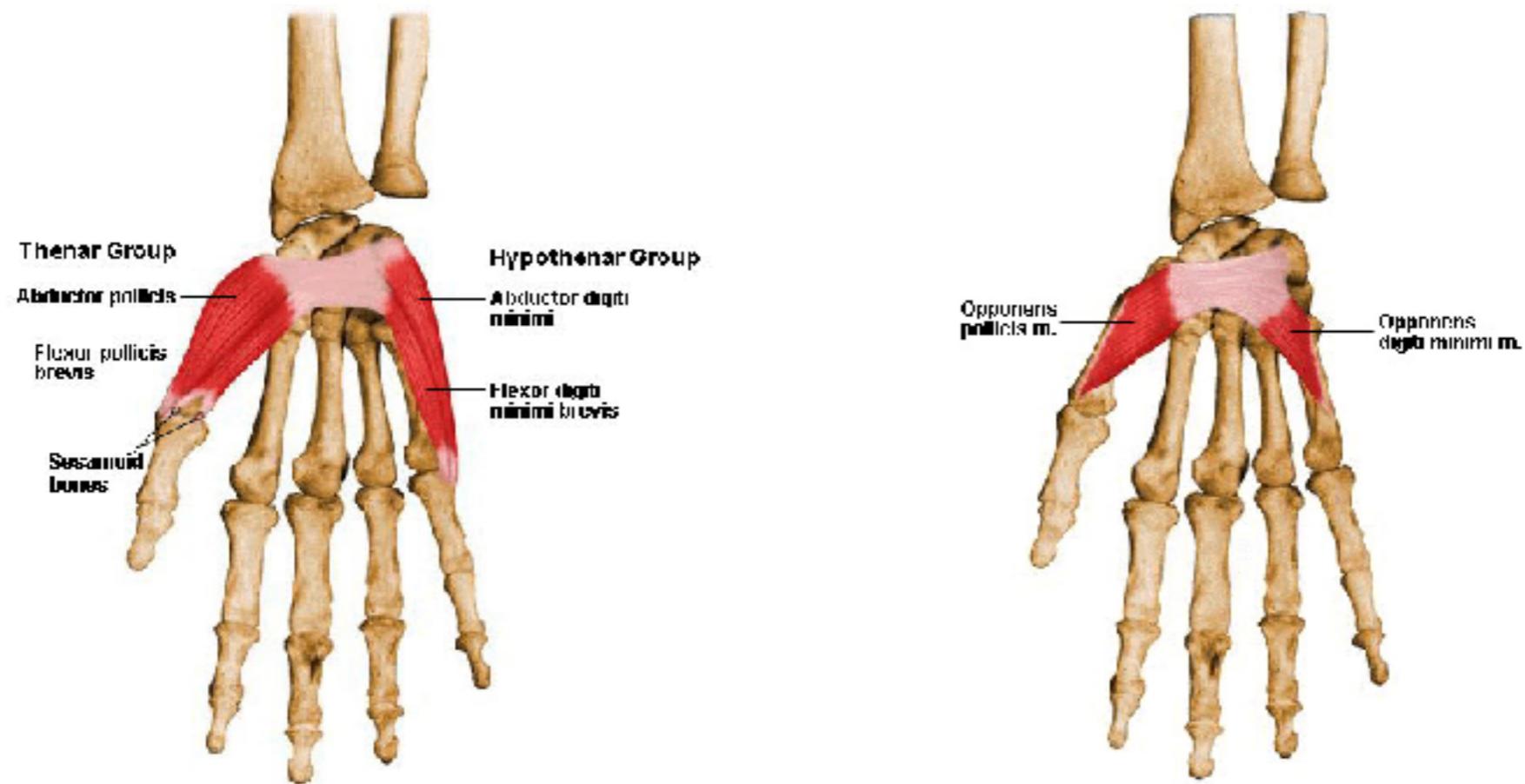
Músculos Lumbricales



- Región: Región palmar central.
- Origen: 1º y 2º: borde lateral y cara anterior del tendón del flexor profundo del índice y medio.
- 3º y 4º: borde lateral y cara anterior de los 2 tendones del m. flexor profundo de los dedos.
- Inserción: Borde lateral del tendón extensor correspondiente.
- Inervación: 2 lumbricales mediales: n. cubital.
- 2 lumbricales laterales: n. mediano.
- Función: Flexores de la falange proximal y extensores de la falange media y distal de los cuatro últimos dedos.

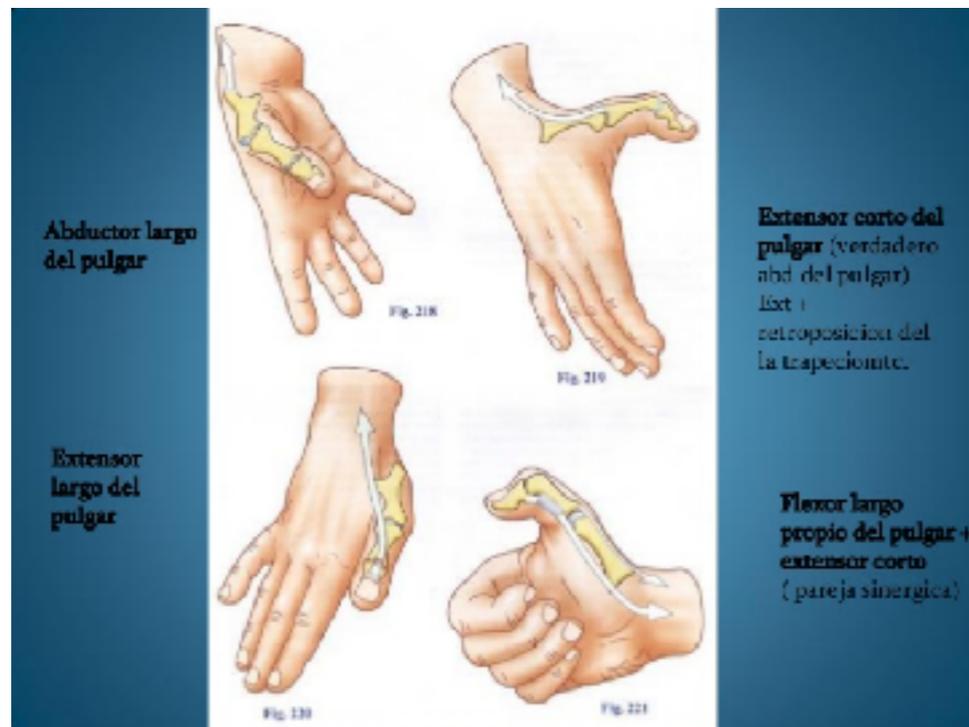
Movimientos de la mano

Músculos intrínsecos



Movimientos de la mano

Músculos del pulgar



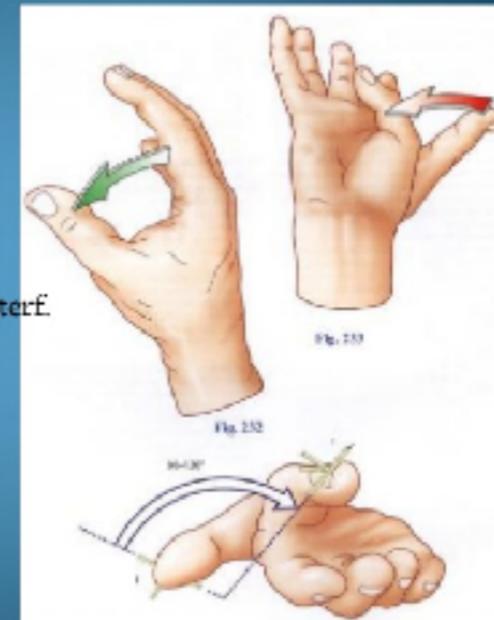
La OPOSICION del Pulgar

Movimiento complejo

Ante-posicion

Flexion trapmtc, mtcf, interf.

Pronacion



El valor funcional de los dedos

El **pulgar** es, con mucho, el más importante debido a su movilidad, fuerza y relaciones privilegiadas con los demás dedos, que le permiten oponerse a cada uno de ellos y a la palma.

El **índice** es el más importante después del pulgar por su fuerza, capacidad de abducción, la relativa independencia de su musculatura

El **dedo medio** tiene una fuerza de flexión superior al índice. Es el más largo y su situación medial le permite participar tanto en prensiones de fuerza como de precisión.

El **anular** posee una fuerza de flexión inferior a la de los dedos precedentes. Participa sobretodo en prensiones de fuerza digitopalmar. Su pérdida supone la menor deficiencia funcional de todos los dedos.

El **quinto dedo** está infravalorado, su abducción aumenta la capacidad de expansión de la mano, y en las prensiones digitopalmares es el que aprieta el objeto contra la eminencia hipotenar.

Síndromes compartimentales de la mano

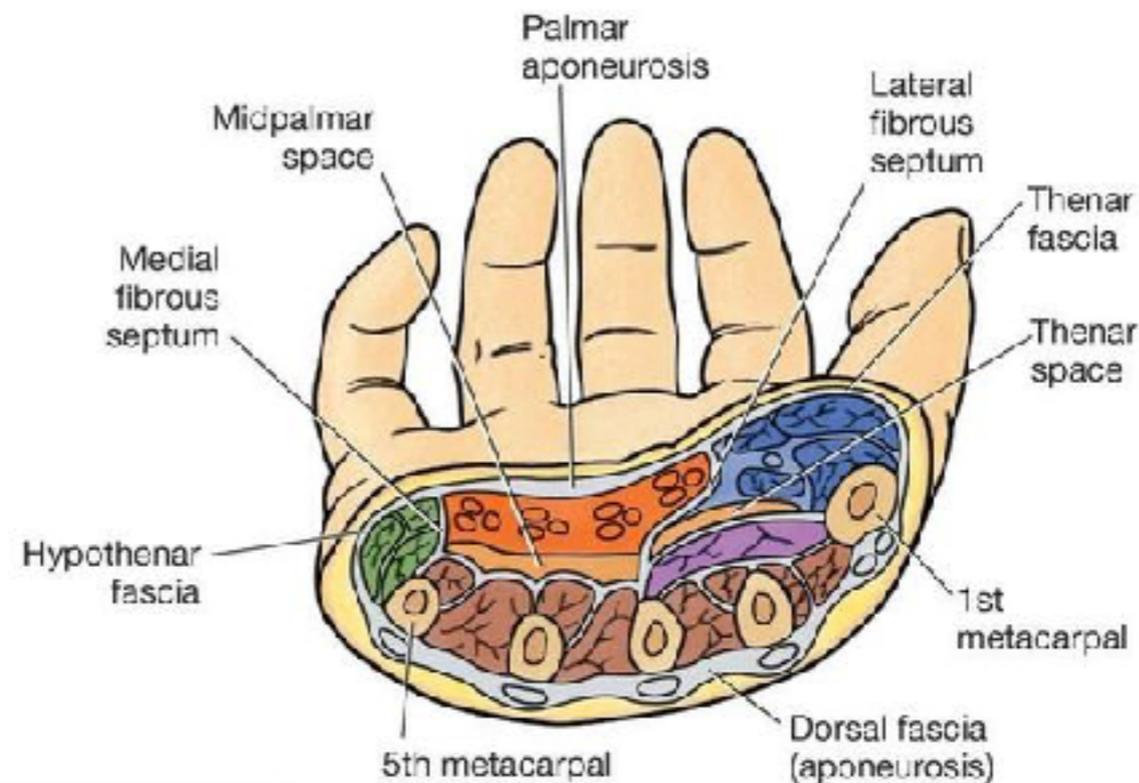
Etiología:

Pueden ser por lesiones iatrogenicas (por vías IV), mordeduras de serpiente, aplastamiento, traumas, presión prolongada ...

Anatomía:

Hay 10 compartimentos:

- 4 Dorsales interóseos
- 3 volares interóseos
- 1 hipotenar
- 1 Tenar
- 1 del pulgar



Síndromes compartimentales de la mano

Clinica:

- Hipoestesia volar de los dedos
- Sensibilidad palmar
- Debilidad del primer dedo al realizar oposición y flexión.
- Dolor a la movilización pasiva y extensión de primer dedo
- Dolor en eminencia hipotenar al extender 5º dedo y limitada la flexión.
- Deformidad intrínseca con flexión de MCF y extensión de IF.
- Dolor en IF a la flexión.

Diagnóstico Diferencial:

Entre Síndrome compartimental de antebrazo y mano:

- A la extensión pasiva de los dedos...dolor en antebrazo.
- Al flexionar las IF... dolor en mano

Síndromes compartimentales de la mano

Medición de presión:

- 30 mm Hg

Fasciotomía de la mano:

- Incisiones dorsales, a lo largo de la línea de 2° y 4° MC
- A veces es necesario realizar más incisiones, incluso sección del túnel carpiano.
- En el primer dedo incisión radial a lo largo de MC 1° para liberar compartimento Tenar.
- Incisión en cara cubital, a lo largo de 5° MC para liberar C.Hipotenar.
- A veces es necesaria la sección del túnel carpiano.

Fasciotomía de los dedos:

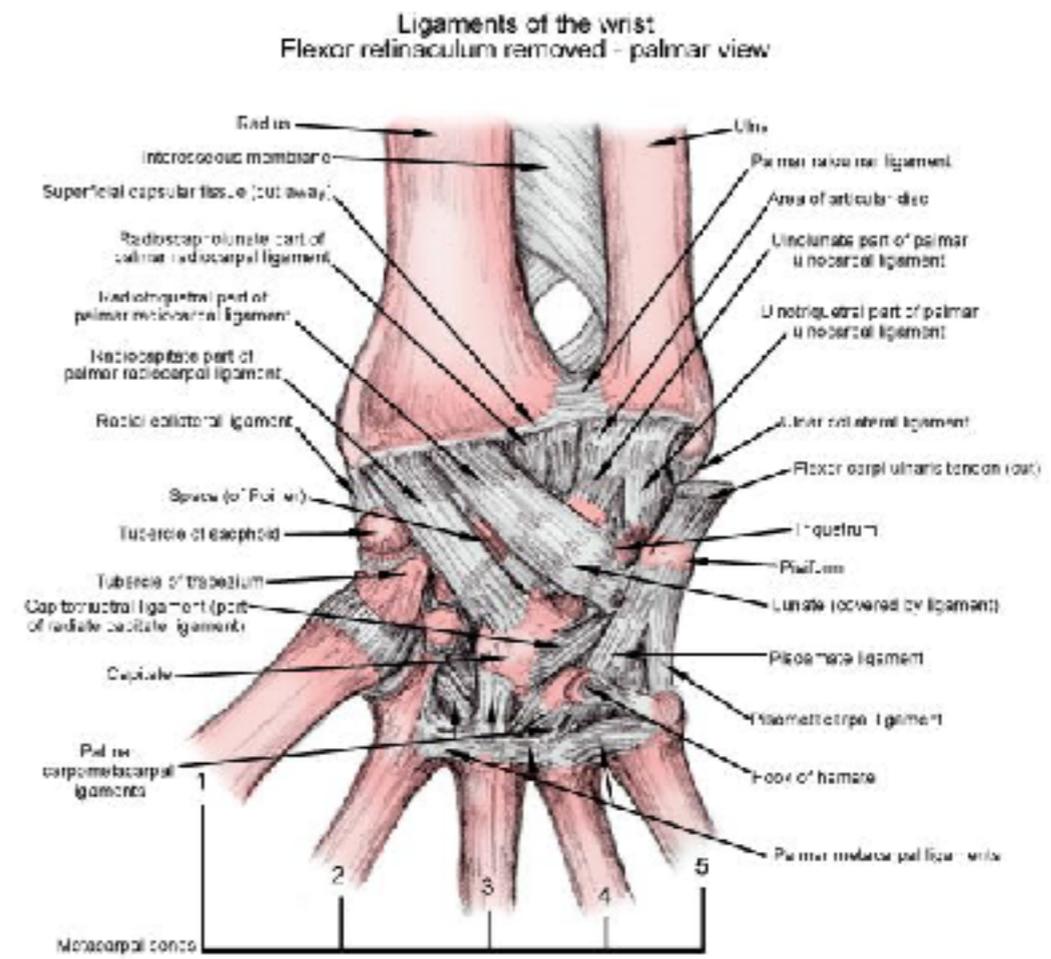
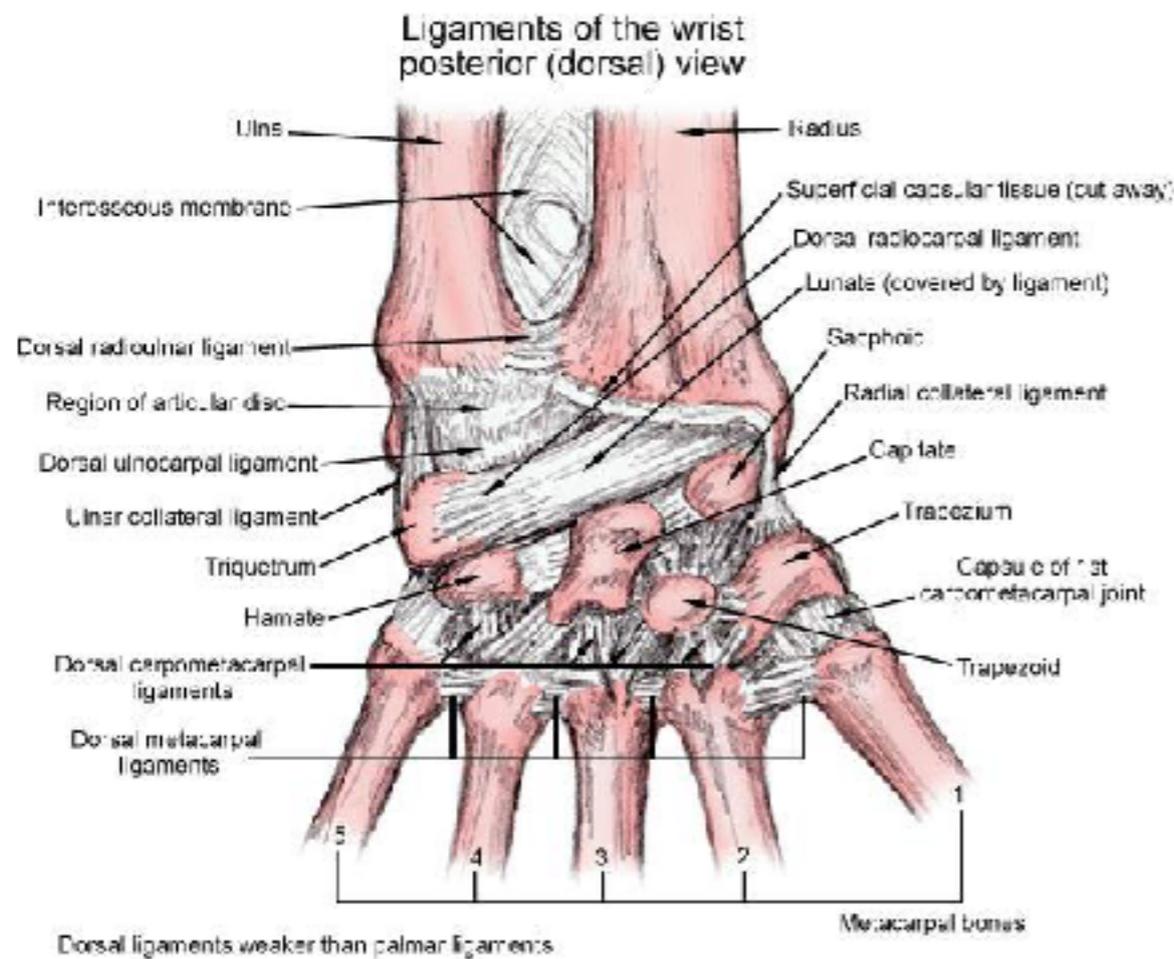
- Incisión en lado cubital de 2°,3°,4° dedos y en lado radial de 5° dedo.
- Seccionar las bandas que separan el paquete neurovascular, disecarlo volarmente.

Síndromes compartimentales mano

Compartment Syndrome of the Hand & Finger

JC Arenaza (CC)

Lesiones ligamentosas



Inestabilidad escafosemilunar

Definición

Linscheid 1972 → Inestabilidad carpiana

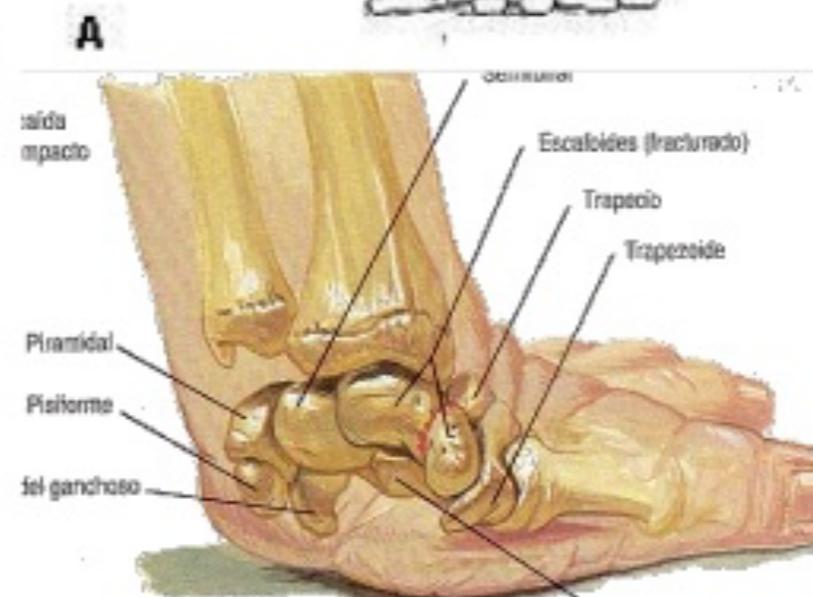
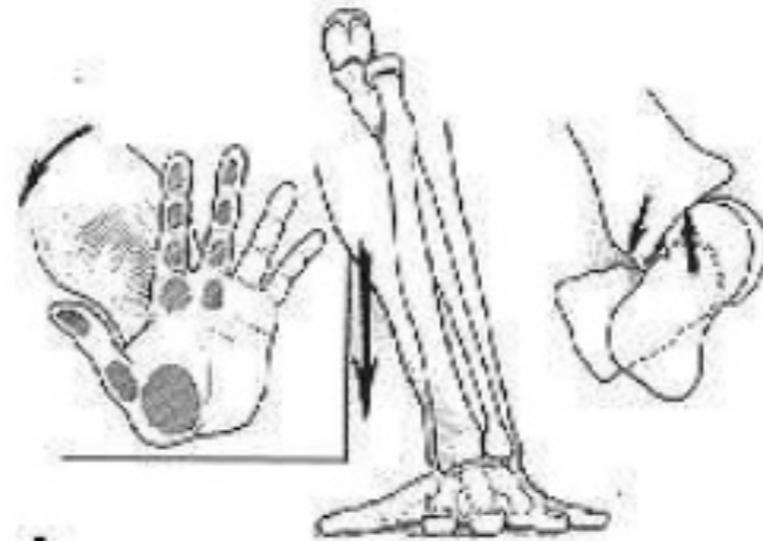
Inestabilidad Carpiana

Alteración en el balance normal de la muñeca

- Inestabilidad escafo-semilunar
 - Disociación escafolunar

Mecanismo de Lesión

- Mediana - alta energía
- Hiperextensión
- Desviación ulnar
- Lesiones asociadas
 - Fx EDR
 - Fx escafoides



Carga axial

- Escafoides → Flexión
- Piramidal → Extensión

Semilunar está sometido a fuerzas de flexión por su cara radial y a fuerzas de extensión por su cara ulnar.

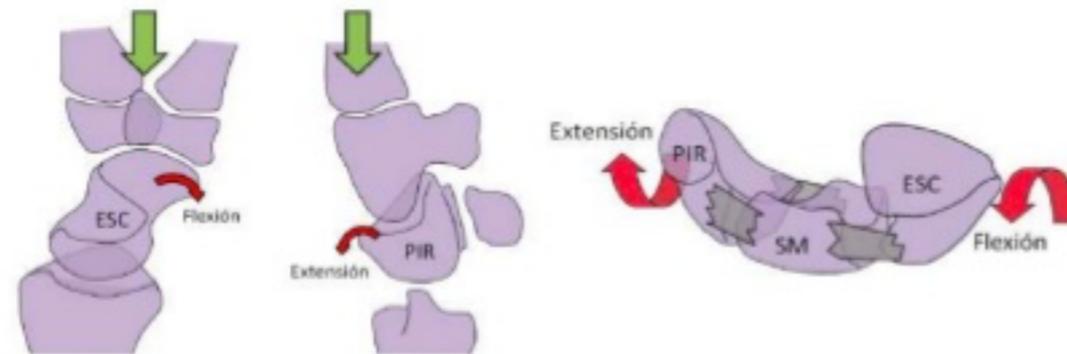
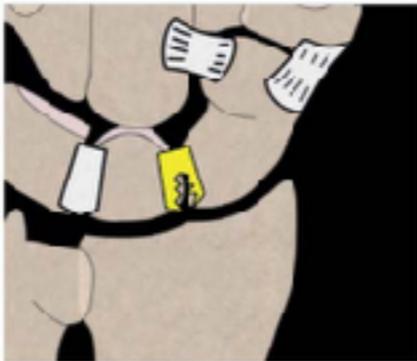
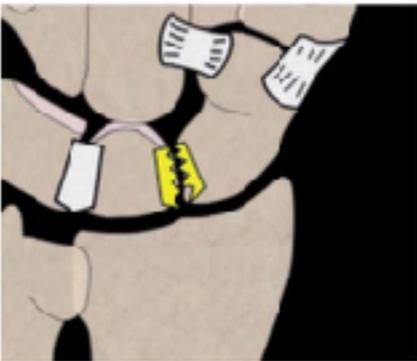
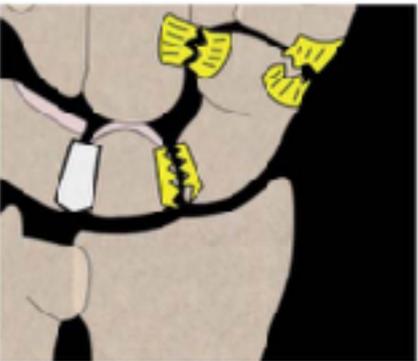


Fig. 15. Esquema de los movimientos que se producen en la fila proximal del carpo bajo una carga axial.

Grado I	Lesión parcial del ligamento escafolunar
Grado II	Rotura completa del ligamento escafolunar con una porción dorsal reparable
Grado III	Rotura completa del ligamento escafolunar no reparable, sin inestabilidad o con inestabilidad dinámica del carpo
Grado IV	Rotura completa del ligamento escafolunar no reparable, con inestabilidad estática del carpo (subluxación rotatoria del escafoides) reducible
Grado V	Rotura completa del ligamento escafolunar no reparable, con inestabilidad estática del carpo (subluxación rotatoria del escafoides) irreducible
Grado VI	Rotura completa del ligamento escafolunar, con inestabilidad estática irreducible y cambios artrósicos del carpo (SLAC)

PREDINÁMICA	DINÁMICA	ESTÁTICA
		
		
Predinámica	Dolor leve Sinovitis Lesión ligamentosa parcial	Estadio I
Dinámica	Mal alineamiento óseo en Rx en strés	Estadio II – III
Estática	Mal alineamiento óseo en Rx simples	Estadio IV – VI

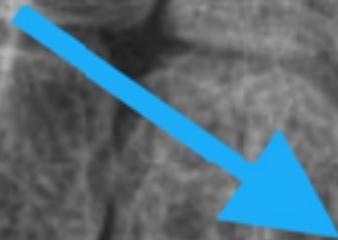
Signo de Terry Thomas

Signo del anillo

Radiographic Findings in Scapholunate Instability: P/A Wrist View

- 1 "Cortical ring" sign (volar flexed scaphoid distal pole seen in cross section).
- 2 Terry Thomas sign = enlarged scapholunate gap.

Anillo de sello

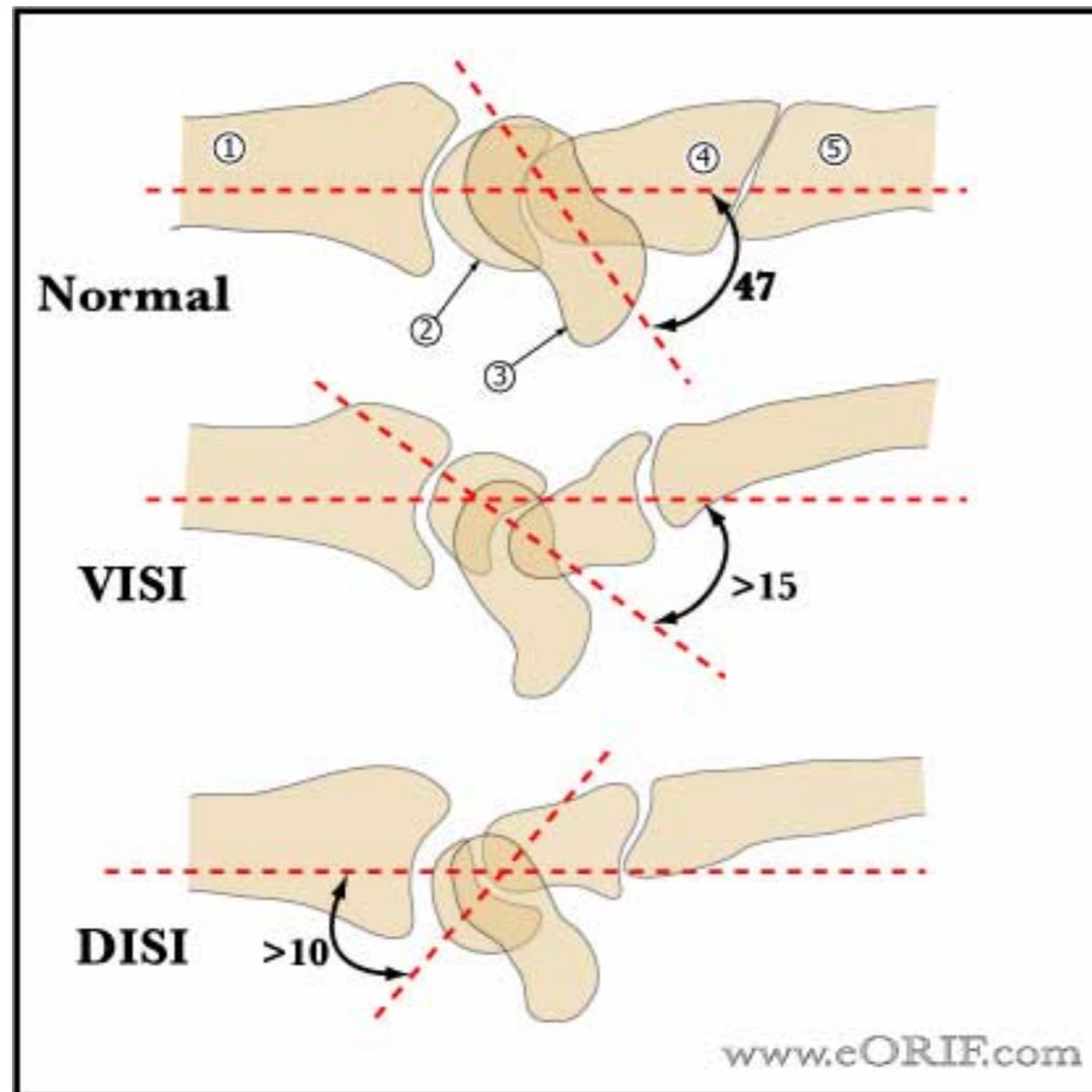


Terry Thomas

JC Arenaza (CC)



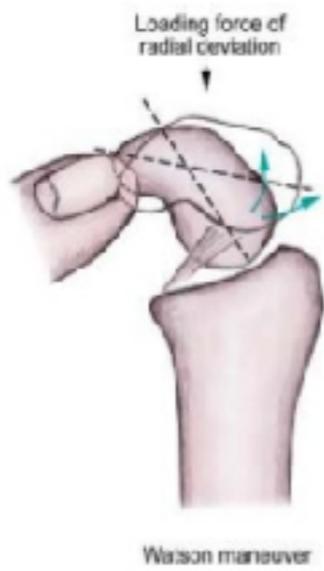
Dorsal-Volar Intercalated Instability DISI & VISI



JC Arenaza (CC)

Clínica

- Exámen físico
- Test de Watson



Test del peloteo



Infecciones de la mano

En dedo:

Pulpejo: tejido graso separado por tabiques fibrosos en lobulillos

Matriz ungueal: relacionada con periostio y aparato extensor

Uña: fijada a hueso por tabiques fibrosos

Vainas tendinosas sinoviales:

Dorsales (sólo en muñeca)

Volares (muñeca y dedos)

Espacios aponeuróticos:

Limitados por tabiques aponeuróticos (tienen poca consistencia, pero aíslan bien las infecciones)

Palma: 3 celdas:

Celda palmar media

Tenar

Hipotenar

Etiología

Los gérmenes implicados con mayor frecuencia son:

1º en un 60% de casos el **estafilococo dorado**, Las infecciones adquiridas en la comunidad por S. Aureus meticilin resistente están comenzando a ser más prevalentes.

2º estreptococo y

3º bacilos Gram negativos como la Escherichia Coli.

En pacientes **inmunodeprimidos** las infecciones suelen ser: polimicrobianas por Gram negativos, anaerobios, hongos o bacilos Gram positivos

Las mordeduras también son polimicrobianas destacando:

Mordedura humana:.

En la mordedura por perro o gato

Infecciones por mordedura.

Suelen ser todas polimicrobianas. Valorar necesidad de profilaxis antitetánica y antirrábica.

o Humana.

Streptococcus viridans (más frecuente), Bacteroides, S. epidermidis, Corynebacterium, S. Aureus y Eikenella corrodens.

Tratamiento:

Precozmente: Amoxicilina-clavulánico.

Si alergia a penicilinas: Clindamicina + Ciprofloxacino o Cotrimoxazol. Eikenella: Cefotaxima o ampicilina.

o Perro.

S aureus, Pasteurella multocida, Fusobacteriaceae, ...

Tratamiento similar a las mordeduras humanas.

o Gato.

 *Eikenella corrodens, S aureus* o Tularemia.

 Tratamiento: 1º Amoxicilina-clavulánico 2º Cefuroxima-axetilo ó Doxiciclina.

o Rata.

 *Streptococcus moniliformis*. Tratamiento: 1º Amoxicilina-clavulánico 2º Doxiciclina.

o **Cerdo**. Polimicrobiano. Tratamiento: Amoxicilina-clavulánico.

o **Murciélago**. Polimicrobiano. Tratamiento: 1º Amoxicilina-clavulánico 2º Doxiciclina.

Terapia anti-rrábica.

o Serpiente.

•Pseudomonas sp, Enterobacteriaceae, S. epidermidis y Clostridium.

•Tratamiento: 1º Tratamiento antiveneno + Ceftriaxona + profilaxis antitetánica.

Tratamiento

Infecciones leves:

Antibióticos (ampicilina) y calor local húmedo intermitente

Infecciones más graves o si no mejora:

Tratamiento quirúrgico:

Si es en dedo, anestesia local en base y goma en base, sin exprimir

Incisión y drenaje (dejar goma o similar unos días)

Infecciones de la mano

Formas clínicas

Superficiales:

Paroniquia

Panadizo.

Forúnculo del dorso del dedo.

Granuloma piógeno o Botriomicoma.

Profundos:

Tenosinovitis aguda supurada.

Infección de espacios aponeuróticos profundos

Gangrena.

Osteomielitis.

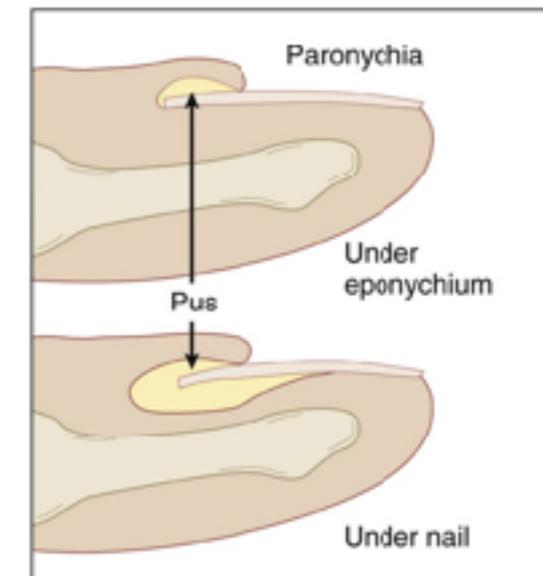
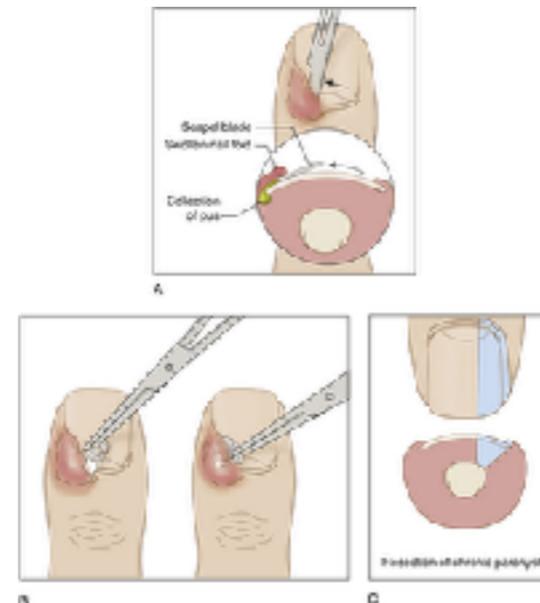
Artritis piógena.

Paroniquia o absceso periungueal

- a. Es la infección más frecuente de la mano.
- b. Afecta a tejidos blandos periungueales habitualmente en su base y borde donde origina tumefacción, enrojecimiento y dolor intenso con o sin presencia de pus.
- c. Tratamiento:
 - Cuando no existe colección purulenta puede ser suficiente el tratamiento antibiótico frente a estafilococo y antiséptico locales.
 - Si no cura y se desarrolla colección purulenta esta debe drenarse, a veces se precisa la resección parcial longitudinal de la uña.
- d. Paroniquia crónica:
 - Sospechar la existencia de hongos. En la paroniquia crónica un germen a tener en cuenta en el diagnóstico etiológico sobre todo en paciente diabéticos es la *Cándida albicans*.
 - Descartar osteomielitis
 - Tratamiento similar



A Acute paronychia B



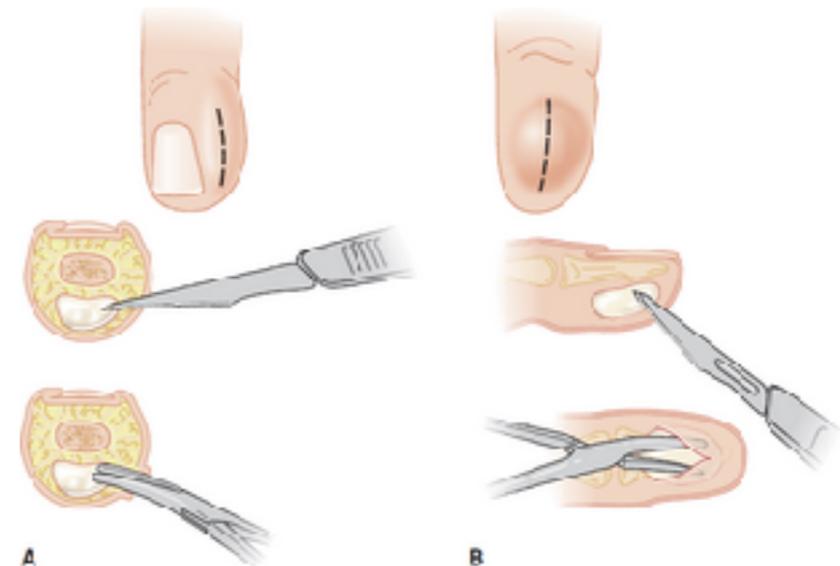
C

Panadizo

- a. Se afecta el pulpejo del dedo tras un pinchazo local. También puede afectar a zona volar y dorsal del resto del dedo.
- b. Produce mucho dolor (zona cerrada y muy inervada): intenso a modo de latido (impide dormir) formándose un absceso a tensión.
- c. Tratamiento: Quirúrgico precoz: drenaje mediante varias incisiones, la más usada es la incisión lateral a 2 mm bajo el borde cubital de la uña (salvo 1º y 5º dedos: borde radial). Se realizará un cierre secundario espontáneo bajo cobertura antibiótica.
- d. Diagnóstico diferencial con herpes simple: dolor parecido, pero a los pocos días aparecen bullas con líquido claro. No operar (riesgo de diseminación herpética)



JC Arenaza (CC)



Fuente: Judich C., Incinelli, J., Stephen Orszpyszski, et al. John M., David H., Line, Rita K., Lydika, Wirth U., Reckler: Tintinalli. Medicina de urgencias, 7e | www.accessmedicine.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

Forúnculo del dorso del dedo.

a. Secundario a una infección de un folículo piloso. Puede evolucionar a ántrax

Granuloma piógeno o Botriomicoma.

a. Forma un saliente polipoideo rojo oscuro en cara palmar de dedos de crecimiento rápido hasta el tamaño de un guisante.

b. Tratamiento: evacuación quirúrgica (laser..) más antibioterapia.



Tenosinovitis aguda supurada

Etiología:

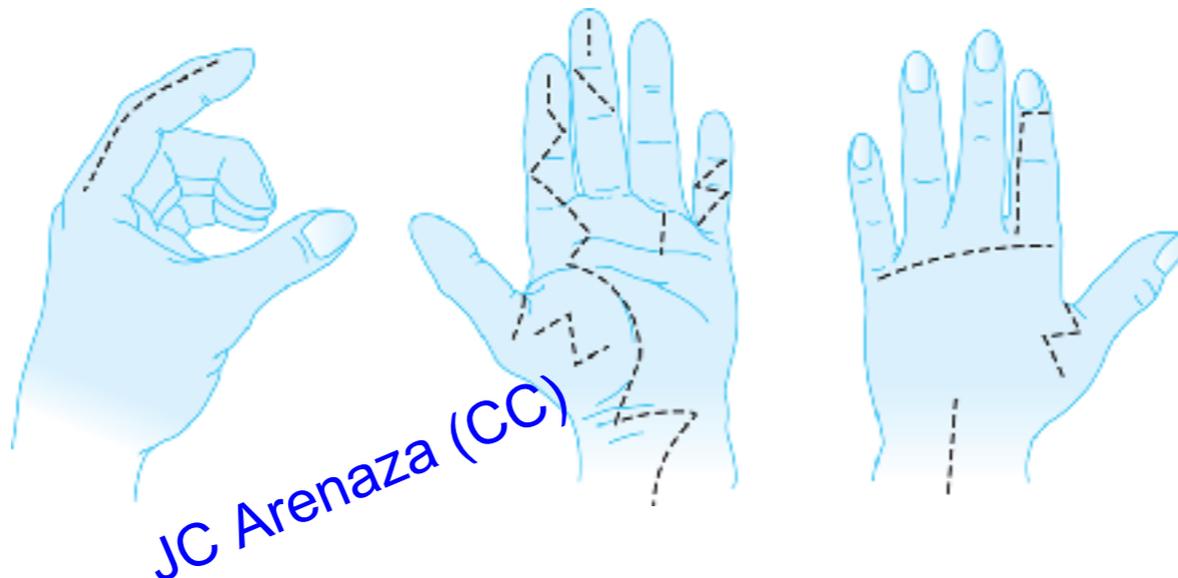
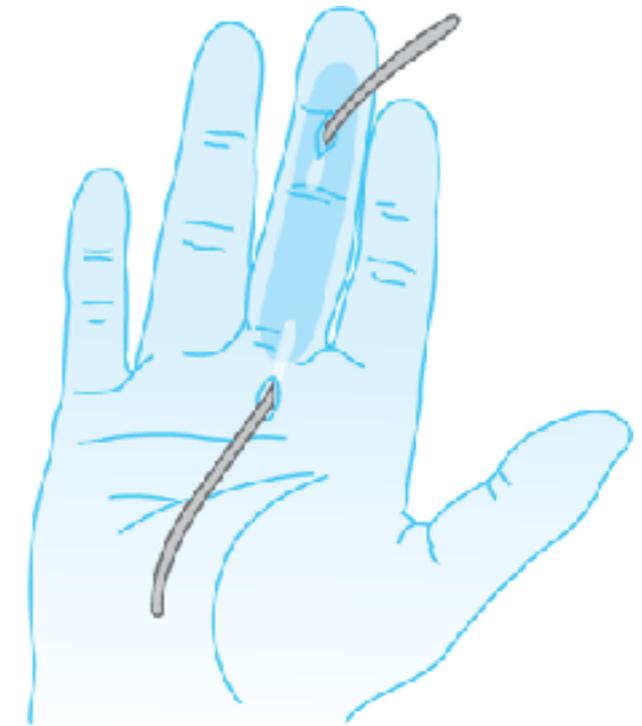
- Inoculación directa en el 60%
- Contaminación por contigüidad o hematógena.
- Se produce la inflamación de las vainas tendinosas de 1º, 5º o 2º-4º dedos desde el pliegue palmar medio hasta la articulación interfalángica distal y/o afectación de eminencias tenar e hipotenar.

La clínica la constituyen los 4 signos cardinales de **Kanavel**:

- Inflamación de las vainas tendinosas en su recorrido anatómico
- Dolor severo a lo largo de la vaina a la palpación
- Dolor al hacer extensión pasiva del dedo (es el signo más precoz).
- Contractura en flexión las articulaciones interfalángicas..

Tratamiento inicial:

- Inmovilización y elevación de la mano y
- Antibióticos sistémicos.
- Si no mejora en 24h se practicarán una incisión den Z en cara palmar con apertura limitada de la vaina y lavado aspiración mediante cánula fina.
- La movilización debe ser precoz para evitar adherencias.



JC Arenaza (CC)

Infección de espacios aponeuróticos profundos

Comisural:

- A partir de una fisura entre dos dedos.
- Existe hinchazón con dedos separados y absceso en forma de reloj de arena.
- El tratamiento consiste en incisión (nunca transversa) y drenaje volar en forma oblicua o en zig-zag y dorsal longitudinal más antibioterapia.

Compartimiento palmar medio.

- La palma está abombada y dolorosa pudiendo extenderse la tumefacción al dorso de la mano.
- Se drena mediante abordaje transverso en la palma y limpieza.

Eminencia tenar:

- Tratamiento: drenaje mediante una doble vía de abordaje para su evacuación: dorsal longitudinal y volar paralelo al pliegue tenar.

Eminencia Hipotenar

- La eminencia hipotenar se afecta rara vez.
- Su abordaje es similar a un abordaje corto del túnel del carpo.



Gangrena

Es una fascitis necrotizante por estreptococos o clostridiums.

Clínicamente ocasiona rápida hinchazón y crepitación, dolor intenso..

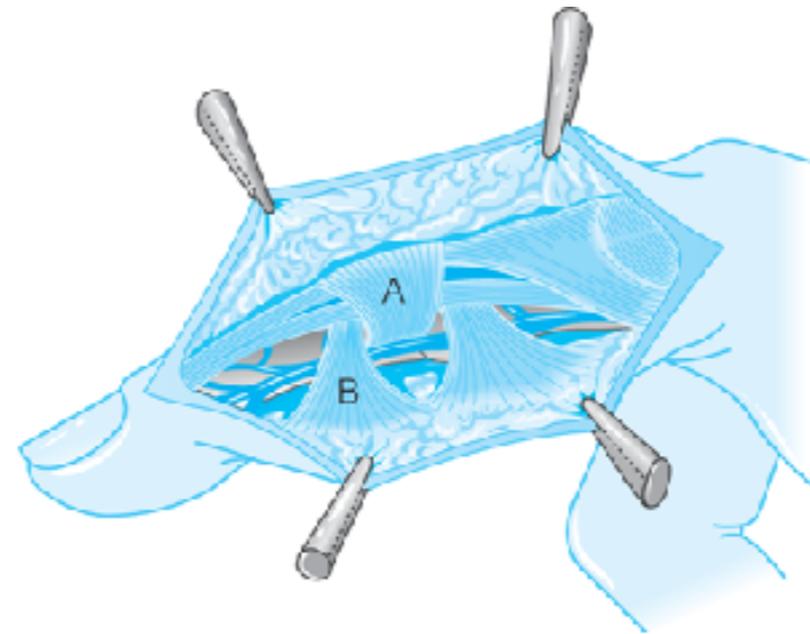
El tratamiento debe ser un desbridamiento amplio y precoz mas antibioterapia sistémica que incluya penicilina y oxígeno hiperbárico o peróxido de oxígeno en las curas.



Osteomielitis

Se debe generalmente a una infección por contigüidad producida por estafilococo dorado.

El tratamiento requiere drenaje vía lateral en dedos y dorsal en metacarpianos, exéresis de tejido necrótico, cierre por segunda intención y antibioterapia específica de forma prolongada.



JC Arenaza (CC)

Artritis piógena

- Es secundaria a heridas u osteomielitis.
- Existe dolor, enrojecimiento y limitación en la movilidad.
- El tratamiento supone drenaje vía dorsal a nivel MCP e IFD, y mediolateral en art IFP y limpieza y cierre secundario a 48-72h con cobertura antibiótica.

Síndromes canaliculares de muñecas y codo

SC. del nervio cubital.

- S.C. en el codo.
- S.C. en la muñeca o síndrome del canal de Guyon.

S.C. del nervio mediano.

- S.C. en el codo y antebrazo o síndrome del ínteróseo anterior.
- S.C. en la muñeca o síndrome del tunel carpiano.

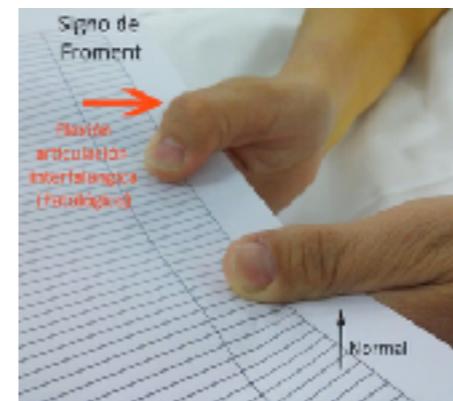
S.C. del nervio cubital en codo

Causas:

- Por compresión directa.
- Por elongación.
- Por inestabilidad crónica

Clinica:

- Parestesias en la cara palmar (mitad cubital del 4º dedo y todo el 5º) y en la dorsal del 1º y 2º dedos.
- - A la exploración existirá Tinnel (+) por encima del arco epitroleo-olecraniano.
- La prueba de hiperflexión del codo es positiva cuando reproduce las acroparestesias de los dedos 4º y 5º.
- Los trastornos motores son más tardíos y progresivos:
 - Torpeza de los dedos y debilidad de la mano para la presión.
 - Signo de Fromment (+). afectación del adductor del pulgar e interóseos
- Amiotrofia intermetacarpiana y aplanamiento de la mano por déficit y amiotrofia de los interóseos y los dos últimos lumbrícales.
- - Garra del 4º y 5º dedos.
- - Signo del cruce (+); no es posible pasar el dedo medio sobre el índice.



S.C. del nervio cubital en muñeca

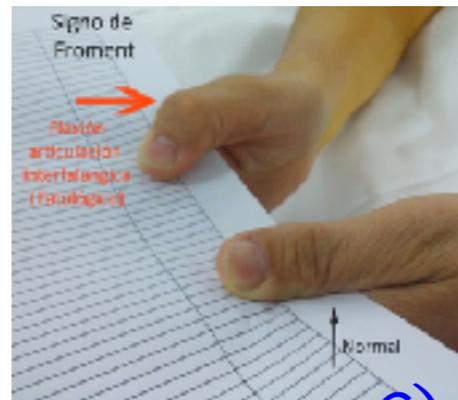
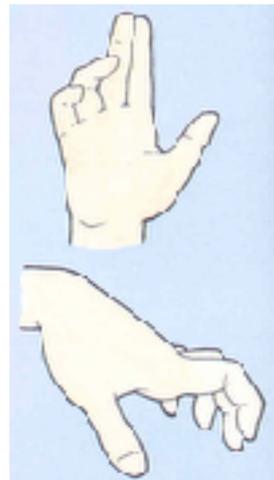
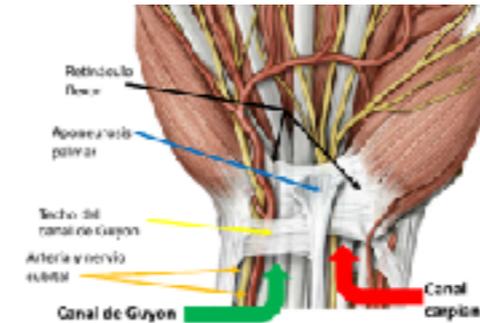
S.C. del canal de Guyon

Etiología:

- Compresiones extrínsecas en trabajadores que utilizan martillos neumáticos,
- Ciclistas en los que se comprime la región hipotenar;
- También compresiones intrínsecas como ocurre en casos de gangliones, fracturas locales, tumores..etc.

Diagnóstico:

- Hallazgos clínicos motores:
 - Garra cubital,
 - Atrofia de la eminencia hipotenar y de los espacios interóseos, en menor medida de la eminencia tenar.
 - Signos de Fromment y Wartenberg (+).
- Desde el punto de vista sensitivo:
 - hipoestesia del borde cubital de la mano y del 4º y 5º dedos.



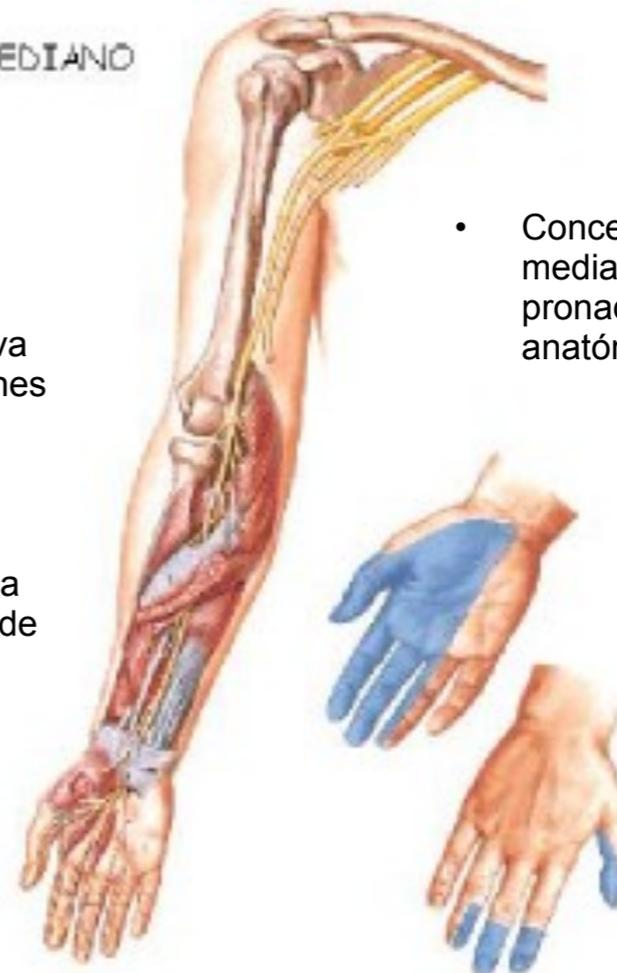
S.C. del nervio mediano en el codo

Snd. De Kiloh-Nevin



Síndrome del pronador Redondo

NERVIO MEDIANO



S.C. del nervio mediano en la muñeca

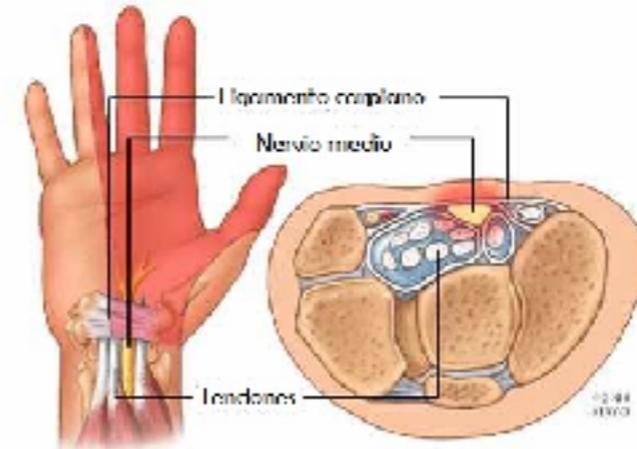
Sind. del Tunel Carpiano

• Concepto:

Compresión del nervio mediano debajo del ligamento anular del carpo (LAC).

• Epidemiología:

- Es el Sd de compresión nerviosa más frecuente en la extremidad superior.
- 0.1 – 10 % de la población general.
- Es un trastorno de la edad media, con una prevalencia máxima entre los 45 y 54 años.
- Más frecuente en mujeres.
- El envejecimiento juega un papel importante en su desarrollo.



• Anatomía del túnel carpiano :

- El túnel carpiano está constituido por el canal anterior del carpo, cerrado por delante por el LAC.
- El límite volar es el LAC que se conecta radialmente al tubérculo del escafoides y cresta del trapecio y, cubitalmente, al pisiforme y apófisis unciforme del ganchoso.
- El límite dorsal (piso) está formado por la fila proximal del carpo y los profundos ligamentos carpianos palmares extrínsecos.
- El túnel carpiano está dividido en dos túneles osteofibrosos:
 - El externo es para el tendón del palmar mayor (FCR).
 - El interno está ocupado por el nervio mediano, el tendón del flexor pollicis longus, los cuatro tendones FDS y cuatro tendones FDP..
- El nervio mediano, a la salida del túnel emite 5 ramas terminales (la más radial es motora y las demás son sensitivas).
 - 1a rama: Nervio de la eminencia tenar (motor).
 - El resto de las ramas, que son sensitivas, se distribuyen por:
 - Cara palmar de la mitad externa de la mano.
 - Cara palmar de los 3 primeros dedos.
 - Borde radial del 4o dedo.
 - Cara dorsal de las falanges media y distal del 2º y 3º dedos y mitad radial del 4º dedo.

S.C. del nervio mediano en la muñeca

Sind. del Tunel Carpiano

Etiología:

- En más de un 95 % de los casos, es idiopático.
- Causas anatómicas:
 - Disminución del tamaño del túnel carpiano por engrosamiento del LAC, alteraciones óseas, etc.
 - Aumento del contenido del túnel carpiano: Tumores, músculos lumbricales muy proximales, sinovial hipertrófica por artritis, etc.
- Causas fisiológicas:
 - Neuropatías, como la diabetes o el alcoholismo.
 - Alteraciones inflamatorias en la membrana sinovial del canal: Tenosinovitis, artritis reumatoide (AR), hiper e hipotiroidismo, etc
 - Alteraciones en el balance de fluidos:
 - Embarazo: Se da en un 12 % según un estudio y entre las 28-32 semanas de gestación..
 - Hemodiálisis a largo plazo.
 - Congénitas, como en las mucopolisacaridosis (más común en niños).
 - Posición y uso de la muñeca:
 - Repetición de la flexoextensión (labor manual).
 - Acciones repetitivas de presión o torsión forzada.
 - Mecanografía (aunque los estudios acerca de si el uso prolongado del teclado se asocia a tasas más altas de STC no son concluyentes)
 - Tocar instrumentos musicales con frecuencia.
 - Presión externa sobre el túnel carpiano con muñeca extendida:
 - Paraplejia (para empujar la silla de ruedas se apoyan sobre el túnel carpiano, comprimiéndolo).
 - Montar en bicicleta durante largas distancias (apoyo en manillar)
 - Inmovilización con la muñeca con excesiva flexión y desviación cubital:
 - Tras fractura de Colles mal inmovilizada (exceso de flexión).
 - Posición “torpe” durante el sueño.
 - Síndrome de Raynaud: Existe una posible asociación entre este síndrome con el STC.
 - Obesidad: El riesgo de STC se incrementa un 8% por cada unidad de incremento del índice de masa corporal (IMC).
 - Tabaco

S.C. del nervio mediano en la muñeca Sind. del Tunel Carpiano

Clínica:

Paciente típico:

Mujer de edad mediana.

Dolor y parestesias en los 3 primeros dedos y borde radial del 4o.

Sobre todo parestesias nocturnas

En casos graves:

Atrofia de la musculatura tenar.

Pérdida de la oposición del pulga

Diagnóstico:

- Es clínico (historial y examen físico):

1. Parestesias en la distribución del nervio mediano.
2. Entumecimiento nocturno.
3. Debilidad y/o atrofia de la musculatura tenar.
4. Signo de Tinel positivo.
5. Prueba de Phalen positiva.
6. Pérdida de discriminación de dos puntos.

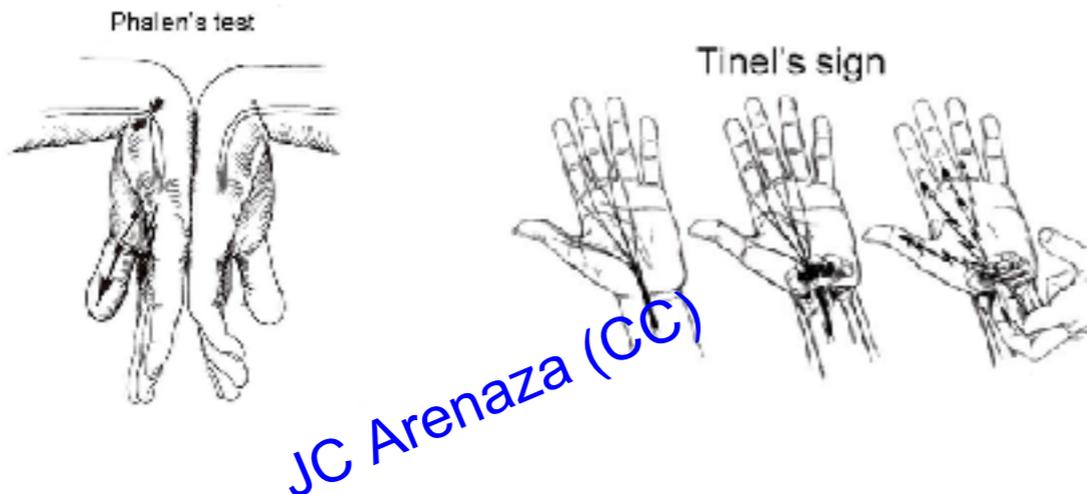
- Tests de exploración más usados

Compresión carpiana (Durkan): Es el test de exploración más sensible y específico. Se presiona con ambos pulgares sobre el túnel carpiano. Si se reproduce la sintomatología en menos de 30 segundos, es positivo.

Phalen: El paciente coloca los codos sobre la mesa y flexiona el codo y las muñecas. Si en menos de 1 minuto nota pinchazos o entumecimiento en los dedos radiales, es positivo.

Tinel: Al percutir el nervio se produce dolor local y parestesias en la distribución cutánea del nervio.

- Electrofisiología (velocidades de conducción nerviosa y electromiografía): Llevar a cabo con cuidado y valorando los resultados en su justa medida:
- Radiografías e historia clínica: Sirven para buscar una causa conocida, tal como AR, DM, alteración renal, etc.
- Si la historia del paciente, el examen físico y los estudios de electrodiagnóstico son equívocos, la inyección diagnóstica de un corticoide en el túnel carpiano, puede ser útil.



Tratamiento Conservador

Indicaciones:

- Cuando la compresión es por enfermedad general (AR, DM, etc) que se pueda tratar.
- En trabajo repetitivo de muñeca (modificarlo).
- Si la clínica es muy leve (estadios iniciales)
- Embarazo.

Consiste en:

- Cambio de hábitos perjudiciales (posición en el trabajo, inmovilizaciones, etc).
- Férula en muñeca en posición neutra por la noche + AINEs.
- Infiltración con corticoides:
- Vitamina B6: Sólo útil en pacientes con déficit demostrado de esta vitamina.
- Ultrasonidos, ejercicios, intervenciones de movilización, posición ergonómica o equipamiento.
- Una reciente revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones no quirúrgicas en el tratamiento del STC (esteroides orales o inyectados, ultrasonidos, terapia con campo electromagnético, férula nocturna, uso de teclados ergonómicos) sugiere que son beneficiosos a corto plazo, pero hay escasa evidencia sobre la eficacia a mediano y largo plazo de estas intervenciones.



JC Arenaza (CC)

