

Reporte de caso

Síndrome del túnel carpiano causado por un ganglion oculto en el túnel carpiano. Reporte de caso

Carpal Tunnel Syndrome Caused by a hidden Ganglion in the Carpal Tunnel:
Case Report

Julián Gómez-Pérez¹ Juan Manuel Camacho²

¹ Universidad de Cartagena - Facultad de Medicina - Especialización en Ortopedia y Traumatología - Cartagena - Colombia.

² Asociación Médica de los Andes - Bogotá D.C. - Colombia.

Información del artículo Resumen

Recibido: 19/02/2023

Aceptado: 27/06/2023

Palabras clave: Síndrome del túnel carpiano; Ganglion; Imagen por Resonancia Magnética; Neuropatía mediana.

Keywords: Carpal Tunnel Syndrome; Ganglion cyst; Magnetic Resonance Imaging; Median Neuropathy.

DOI: <https://doi.org/10.25214/28056272.1561>

Introducción. El síndrome del túnel carpiano (STC) es una condición médica común y una de las formas más frecuentes de compresión del nervio mediano en la muñeca. Aunque suele ser idiopático, en algunos pacientes se puede detectar una causa determinada. Es sabido que las lesiones ocupantes de espacio causan STC y que la incidencia de lesiones ocupantes de espacio en el STC unilateral es mayor que en el STC bilateral. Una masa es fácil de detectar cuando es palpable; sin embargo, las lesiones ocultas suelen pasarse por alto. Los casos de STC secundario a quistes ganglionares son escasos en la literatura.

Presentación del caso. Mujer de 60 años con STC persistente asociado a la presencia de un ganglion dentro del túnel carpiano confirmado por resonancia magnética nuclear a quien mediante intervención quirúrgica se le realizó una resección cuidadosa del ganglion y le liberaron las adherencias cicatrizales sobre el remanente del retináculo flexor. La paciente evolucionó satisfactoriamente, recuperó la función de su mano y retomó sus actividades diarias en casa.

Conclusión. En pacientes con presentación unilateral y persistencia de síntomas de STC a pesar de liberación del túnel carpiano se debe sospechar la presencia de lesiones ocupantes de espacio como etiología.

Abstract

Carpal Tunnel Syndrome (CTS) is a common medical condition that remains one of the most common forms of median nerve compression at the wrist level. Although CTS is usually idiopathic, in some patients a certain etiology can be detected. Space-occupying lesions are known to cause CTS, and the incidence of space-occupying lesions in unilateral CTS is higher than in bilateral CTS. It is easy to detect a mass when it is palpable; however, hidden injuries are often overlooked. Cases of carpal tunnel syndrome secondary to ganglion cysts are rare in the literature.

We present the case of a patient with persistent carpal tunnel syndrome associated with the presence of a ganglion inside the carpal tunnel confirmed by nuclear magnetic resonance.

Introducción

El síndrome del túnel carpiano (STC) es la neuropatía compresiva más común; este se produce como resultado del aumento de la presión sobre el nervio mediano en el túnel del capo¹⁻³. Los pacientes con esta afección refieren frecuentemente parestesias en los dedos pulgar, índice y medio, así como en el lado radial del dedo anular. Los primeros dos músculos lumbricales y de la eminencia tenar son inervados por ramas del nervio mediano, lo cual explica el compromiso motor y la atrofia de dichos músculos en las fases crónicas de este padecimiento¹⁻⁴.

El diagnóstico del STC por lo general se realiza mediante un examen físico clínico y se puede confirmar con una electromiografía. Pocos cirujanos consideran útiles las imágenes diagnósticas para establecer este diagnóstico; sin embargo, estas son de gran utilidad cuando se sospecha una causa secundaria⁵.

Los gangliones son pequeños quistes benignos llenos de líquido mucinoso transparente encerrado en una cápsula fibrosa; estos surgen de los espacios articulares o de las vainas de los tendones; pueden aparecer en la muñeca, en la superficie palmar o dorsal; son

considerados la lesión tumoral benigna más común de la mano, y pueden causar STC si se localizan dentro del túnel carpiano⁶.

A continuación, se presenta el caso de una paciente con STC persistente asociado a la presencia de un ganglión dentro del túnel carpiano confirmado por medio de resonancia magnética nuclear (RMN).

Presentación del caso

Mujer de 60 años de edad con antecedente de liberación de túnel carpiano por síndrome de compresión del nervio mediano, la cual fue realizada por vía abierta en otra institución y por otro ortopedista siete años atrás. La paciente persistía con síntomas típicos de STC y con pruebas de Tinel y Phalen positivas, por lo que se inició manejo con neuromoduladores durante 12 semanas y, al no obtener mejoría de los síntomas, se solicitó una RMN de muñeca, la cual mostró una lesión ocupante de espacio dentro del túnel carpiano con características quísticas (Figura 1). Dados estos hallazgos, se estableció diagnóstico de ganglión en túnel carpiano y se programó procedimiento quirúrgico.

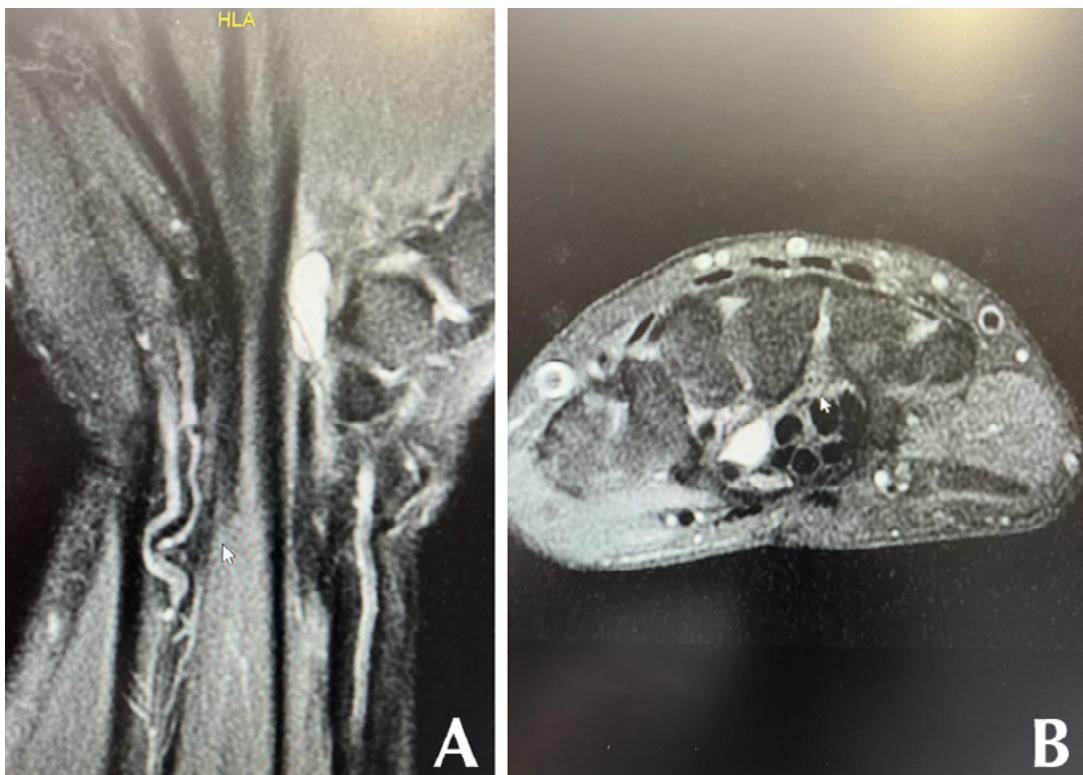


Figura 1. Resonancia magnética nuclear donde se evidencia lesión quística ganglionar en el túnel carpiano. A) corte sagital de la muñeca; B) corte axial de la muñeca.

Fuente: imagen obtenida durante la realización del estudio.

La paciente fue llevada a sala de cirugía, donde bajo anestesia regional y mediante abordaje palmar se le realizó una incisión de 3 cm distal al pliegue de la muñeca en el eje del cuarto dedo sobre la cicatriz de la cirugía previa. La disección se realizó de forma

cuidadosa por planos y una vez dentro del túnel carpiano se observó una lesión ganglionar de aspecto quístico en relación directa con el nervio mediano (Figura 2) que generaba presión constante sobre este.

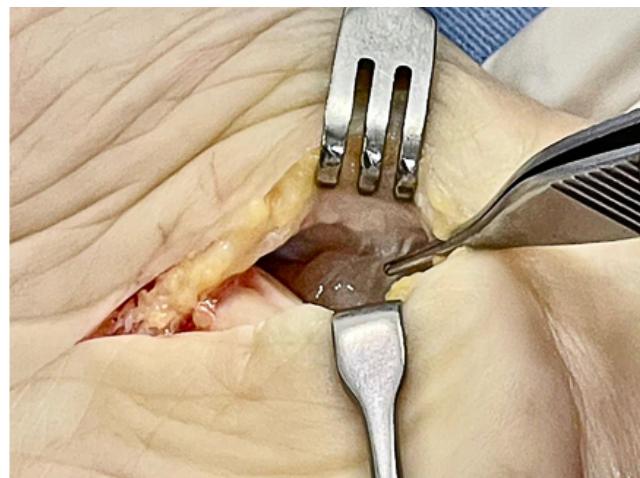


Figura 2. Quiste ganglionar oculito en el túnel carpiano.

Fuente: imágenes obtenidas durante la realización de estudio.

Se realizó una resección cuidadosa del ganglion, se liberaron las adherencias cicatrizales sobre el remanente del retináculo flexor y, posteriormente, se lavó y cerró la herida quirúrgica, con lo cual se finalizó el procedimiento sin complicaciones.

Durante los controles posquirúrgicos, a las semanas 1, 4 y 8, la paciente refirió resolución total de las parestesias y el dolor, así como disminución en la limitación en su mano derecha, lo cual le permitió recuperar la función de su mano y regresar a sus actividades diarias en casa.

Discusión

Aunque el STC suele ser idiopático, cualquier proceso que aumente la presión en el túnel carpiano puede causar la compresión del nervio mediano y generar esta afección. Deben sospecharse causas secundarias en pacientes con síntomas unilaterales, especialmente en aquellos con una larga historia de afectación del túnel carpiano, y cuando la mano sintomática muestra un deterioro neurofisiológico severo mientras que la mano contralateral está neurofisiológicamente intacta.

En pacientes en los que es poco probable que presenten STC idiopático se pueden realizar estudios de imagen como los ultrasonidos o las RMN^{7,8}. Es decir, aunque el diagnóstico del STC está basado generalmente en los síntomas, la historia clínica y los resultados de los estudios de velocidad de conducción nerviosa, hay pacientes que requieren ultrasonido o RMN para evaluar causas infrecuentes como las deformidades óseas, los ganglios y los hemangiomas. La RMN tiene una sensibilidad de 96% y provee información anatómica detallada del nervio y las demás estructuras, además tiene especial utilidad en pacientes que persisten con síntomas posterior a la liberación del túnel carpiano⁵.

Los ganglios son responsables de pocos casos de STC. Estos son más frecuentes en el dorso de la muñeca y solo el 20% se presentan en la cara palmar. Además, por lo general, cuando se encuentran en el túnel carpiano o cerca de él pueden comprimir directamente el nervio mediano.

La mayoría de los quistes ganglionares son clínicamente evidentes como masas firmes que se adhieren a las articulaciones de la muñeca o a las vainas de los tendones, pero cuando se encuentran dentro del túnel carpiano no son detectables clínicamente^{1,5}.

Conclusión

El presente caso recalca la importancia de tener como diagnóstico diferencial del STC las lesiones ocupantes de espacio en las presentaciones unilaterales o en aquellos pacientes en los que los síntomas de compresión nerviosa persisten a pesar de la liberación del mismo.

Conflictos de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

Ninguno declarado por los autores.

Referencias

1. Halverson J, Pierre-Jerome C, Kettner N. Carpal Tunnel Syndrome Secondary to Ganglion Cyst, with Denervation of Abductor Pollicis Brevis. *SN Compr. Clin. Med.* 2020;2(4):388-91. DOI: 10.1007/s42399-020-00241-z.
2. Calandruccio JH, Thompson NB. Carpal Tunnel Syndrome: Making Evidence-Based Treatment Decisions. *Orthop. Clin. North Am.* 2018;49(2):223-9. DOI: 10.1016/j.ocl.2017.11.009.
3. Padua L, Coraci D, Erra C, Pazzaglia C, Paolasso I, Loreti C, *et al.* Carpal tunnel syndrome: clinical features, diagnosis, and management. *Lancet Neurol.* 2016;15(12):1273-84. DOI: 10.1016/S1474-4422(16)30231-9.
4. Genova A, Dix O, Saefan A, Thakur M, Hassan A. Carpal Tunnel Syndrome: A Review of Literature. *Cureus.* 2020;12(3):e7333. DOI: 10.7759/cureus.7333.

5. Zamborsky R, Kokavec M, Simko L, Bohac M. Carpal Tunnel Syndrome: Symptoms, Causes and Treatment Options. Literature Review. Ortop Traumatol Rehabil. 2017;19(1):1-8. DOI: 10.5604/15093492.1232629.
6. Kerrigan JJ, Bertoni JM, Jaeger SH. Ganglion cysts and carpal tunnel syndrome. J Hand Surg Am. 1988;13(5):763-5. DOI: 10.1016/s0363-5023(88)80144-8.
7. Yalcinkaya M, Akman YE, Bagatur AE. Unilateral carpal tunnel syndrome caused by an occult ganglion in the carpal tunnel: a report of two cases. Case Rep Orthop. 2014;2014:589021. DOI: 10.1155/2014/589021.
8. Nakamichi K, Tachibana S. Unilateral carpal tunnel syndrome and space-occupying lesions. J Hand Surg Br. 1993;18(6):748-9. DOI: 10.1016/0266-7681(93)90236-9.