

INTRODUCCIÓN

La descompresión quirúrgica del nervio mediano se ha convertido en una de las cirugías más comunes y exitosas de la cirugía ortopédica de muñeca y mano. Sin embargo, las complicaciones y los fracasos del tratamiento, incluida la persistencia o recurrencia de los síntomas, se notifican entre un 3 y un 25% de los casos.^{1,2}

Se considera que existe una persistencia de los síntomas tras la neurectomía primaria, si no llega a haber un periodo libre de enfermedad en los primeros 6 meses tras la cirugía.¹ La causa más frecuente es la sección incompleta del ligamento transverso del carpo. También nos encontramos con esa situación en casos diagnosticados de manera errónea y en síndromes de doble atrapamiento nervioso, como el síndrome del pronador redondo.

Nos encontraremos ante una recurrencia del síndrome del túnel carpiano (STC) si han pasado más de 6 meses desde la cirugía primaria con mejoría sintomática, hasta la reaparición de la clínica. La causa de recidiva más frecuente es la formación de fibrosis perineural. Este hecho está íntimamente relacionado con el acto quirúrgico previo,² la tenosinovitis reactiva hipertrófica de los tendones flexores o comorbilidades del paciente.

En diversos estudios encontramos asociados ciertos factores de riesgo a una mayor tasa de recurrencia del STC: hipertensión arterial, diabetes mellitus o síndrome metabólico³; una hemostasia pobre en el lecho quirúrgico, la inmovilización prolongada o una terapia física muy intensa tras la cirugía, se han asociado a una mayor formación de fibrosis perineural.

Las técnicas que encontramos en la literatura para el tratamiento de la recidiva del STC van desde la nueva neurectomía del nervio, sin asociar ningún otro gesto, hasta la interposición de distintos materiales o colgajos. Se han descrito varias técnicas para proporcionar mayor cobertura de tejidos blandos al nervio mediano en la cirugía de recidiva del STC: colgajo de grasa hipotenar³, colgajo de abductor digiti minimi, colgajo rotacional de flexor superficial de los dedos, colgajo de pronador cuadrado, colgajos fasciales o fasciocutáneos, transposición de tejido sinovial de los flexores, envoltura venosa o colgajo libre, como por ejemplo, colgajo de epiplón. Cada técnica tiene ventajas y desventajas únicas que guían la decisión del cirujano y no hay estudios que demuestren la superioridad de una de las técnicas sobre el resto.

Como beneficio de la técnica del colgajo de grasa hipotenar frente a otras que emplean musculatura intrínseca o extrínseca de la mano como tejido de interposición u otros tejidos de zonas anatómicas más alejadas, contaríamos con una menor comorbilidad del área donante.



Figura 2. Nervio mediano bífido observado intraoperatoriamente

RESULTADOS

Se realizó la técnica descrita por Strickland et col: a través de una incisión anterior sobre la región volar de la muñeca, incidiendo la cicatriz sobre herida quirúrgica previa y extendiendo de forma proximal cruzando y respetando el pliegue palmar, dirigiéndose hacia el lado ulnar siguiendo el trayecto del tendón flexor carpi ulnaris. Durante la disección se observa nervio mediano bífido (Figura 2). Visualizando la rama cubital adherida a tejido fibrótico, por lo se disecó dicha rama, y disección leve de la rama radial. Se continuó con disección de solapa de tejido subcutáneo y piel hipotenar, completando la disección hacia el borde cubital de la muñeca, para elevar un colgajo de almohadilla de grasa de la musculatura hipotenar. A continuación se traspone el colgajo sobre el nervio mediano y se ancla a la pared radial del canal carpiano (Figura 3). El nervio mediano y el flexor largo del pulgar se rodean por la solapa, para conferir una almohadilla libre de tensión cicatricial postquirúrgica.



Figura 3. Imagen intraoperatoria tras la transposición de la almohadilla grasa

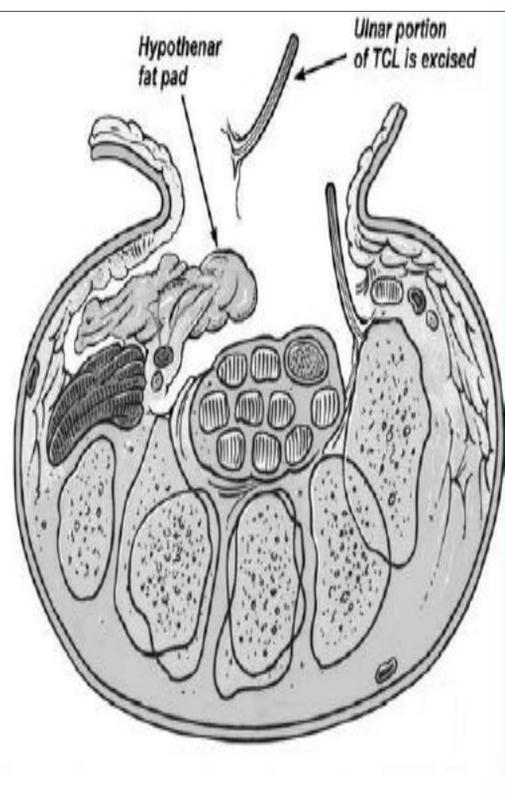
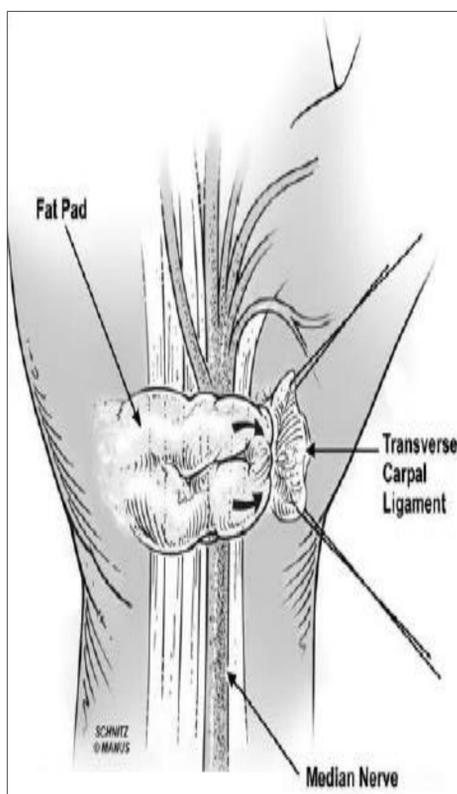


Figura 1. Técnica colgajo grasa hipotenar descrita por Strickland y col



MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una mujer de 46 años, intervenida previamente del STC muñeca derecha en otro centro. En la exploración física presenta gran atrofia de la eminencia tenar e incapacidad para la abducción del pulgar.

Tras realización de pruebas complementarias, que diagnostican recidiva del STC, se propone la realización de un colgajo con la almohadilla grasa hipotenar, previa neurectomía y liberación cicatricial del nervio mediano, según técnica descrita por Strickland et col.³ (Figura 1)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicita nueva prueba de neurofisiología clínica (ENG-EMG) con resultado de persistencia de atrapamiento del nervio mediano derecha, a nivel de canal del carpo, de grado severo.

BIBLIOGRAFÍA.

- Mosier BA, Hughes TB. Recurrent carpal tunnel syndrome. Hand Clin 2013; 29 (03) 427-434
- Djerbi I, César M, Lenoir H, Coulet B, Lazerges C, Chammas M. Revision surgery for recurrent and persistent carpal tunnel syndrome: Clinical results and factors affecting outcomes. Chir Main 2015; 34 (06) 312-317
- Strickland JW, Idler RS, Lourie GM, Plancher KD. The hypothenar fat pad flap for management of recalcitrant carpal tunnel syndrome. J Hand Surg Am 1996; 21 (05) 840-848
- Bedy MG, Vijn V, Percival N. Bifid median nerve: anatomical variant at the carpal tunnel. Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg 2003;37:58-60.

CONCLUSIONES

- El colgajo de almohadilla de grasa hipotenar descrito por Strickland, es una buena técnica quirúrgica para tratar el STC recurrente, ofreciendo una alternativa que presenta alguna ventajas como ofrecer tejido vascularizado y grueso que permite aislar el nervio de la zona fibrótica de la cicatriz y que, al tratarse de un tejido vecino, requiere la realización de un solo abordaje quirúrgico.
- Ha permitido reproducir resultados clínicos fiables sin lesionar la musculatura de la eminencia hipotenar. El colgajo no sacrifica tejido funcional y es de tamaño suficiente para proporcionar una cobertura completa del nervio mediano en el túnel carpiano.
- El nervio mediano bífido es una variante anatómica, poco común, que suele ponerse de manifiesto durante la cirugía programada en procedimientos como liberación del túnel carpiano, tenosinovectomía flexora, o bien tras exploración de heridas. La literatura reporta una incidencia variable entre 0.8 y el 2.4% en pacientes intervenidos del síndrome del túnel carpiano. Sin embargo, otros autores afirman, que la incidencia es menor aún en la población general.⁴