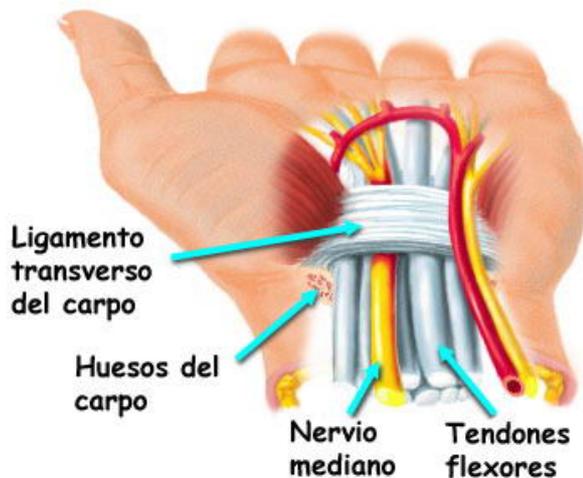


EL SINDROME DEL TUNEL CARPIANO. ABORDAJE OSTEOPATICO.

Acostumbrados a la publicidad de la medicina ortodoxa todos hemos oído este diagnóstico que es tan habitual entre nuestros amigos, familia, compañeros de trabajo...

Hoy intentaremos dar otra perspectiva, otro abordaje multidisciplinar teniendo en cuenta multifactores que pueden desencadenar este cuadro, a menudo pesado, pero también a menudo muy mal entendido y tratado dado que en muchísimas ocasiones la cirugía lo complica aún más debido a la fibrosis cicatrizal que genera, aumentando los síntomas.

Lo primero es definir lo que es el túnel carpiano desde un concepto anatomista.



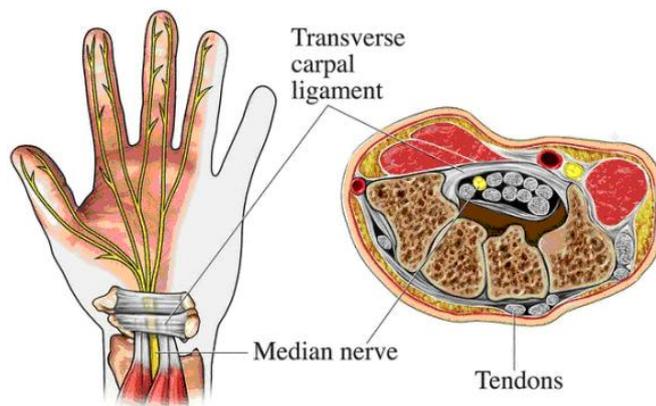
El túnel carpiano se encuentra en la parte distal de la extremidad superior, a nivel de la muñeca, y es un pasadizo estrecho y rígido formado por el ligamento anular del carpo y los huesos de la base de la mano; ese espacio contiene diversos tendones y el nervio mediano. Está delimitado en su parte proximal por los huesos pisiforme, semilunar, piramidal y escafoides; y su parte distal por el

trapezio, trapezoide, el grande y el ganchoso. El techo del túnel está formado por el ligamento denominado retináculo flexor. A través de este túnel discurren cuatro tendones del músculo flexor común superficial de los dedos de la mano, cuatro tendones del músculo flexor común profundo de los dedos de la mano y el tendón del músculo flexor largo del pulgar.

La medicina atribuye este cuadro patológico a la compresión y estrechamiento de ese espacio donde se comprime el nervio mediano y diferentes estructuras anatómicas que pueden causar disfunción manual.

Cualquier proceso que provoque ocupación del espacio (inflamación de alguno de estos tendones, presencia de líquido, etc.) provoca la disminución de espacio y el atrapamiento del nervio.

Algunas veces, el engrosamiento de los tendones irritados u otras inflamaciones estrechan el túnel y hacen que se comprima el nervio mediano. El resultado puede ser dolor, debilidad o entumecimiento de la mano y la muñeca, irradiándose por todo el brazo y aumentando mucho por la noche.



Como causas se nombra un 50% de causas idiopáticas, es decir desconocidas, y el resto se relacionan sobre todo con microtraumatismos o excesos de sollicitación de la articulación radiocarpiana así como causas secundarias como lo son el embarazo, la diabetes mellius, el hipotiroidismo e incluso el uso de anticonceptivos.

Esta “sopa” tan difícil de describir es a menudo mal interpretada dado que la medicina sólo busca con sus tratamientos farmacológicos bajar la inflamación, disminuir el dolor local y proteger la zona con férula de descarga nocturna, hasta que el dolor se hace muy latente y entonces se opta por un tratamiento quirúrgico en la base de la mano con el fin de liberar esas estructuras y aumentar el paso del túnel. Al final los éxitos son escasos y demasiadas veces el paciente refiere empeoramiento tras la intervención.

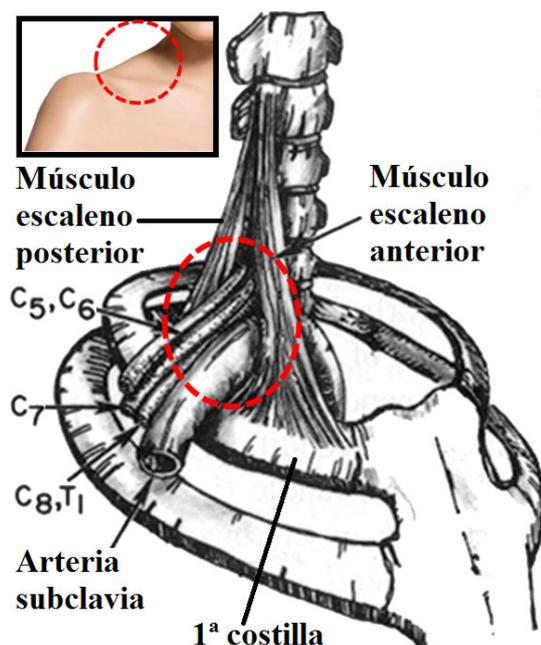


Lo que es importante entender y aclarar es lo siguiente: siempre que hay una compresión de un nervio debe de haber pérdida de función del nervio, es decir, se caen las cosas de la mano, no hay fuerza y se manifiesta impotencia funcional. Esto puede ir acompañado de dolor dado que en la zona carpiana este nervio mediano es mixto y aporta motricidad y sensibilidad de la mano.

Desde el concepto osteopático la lesión no está sólo en un sitio; se unen diferentes factores mecánicos y no mecánicos que hacen que se manifiesten una serie de síntomas en la zona más débil o que más está soportando pero no únicamente en la zona donde se encuentra el problema.

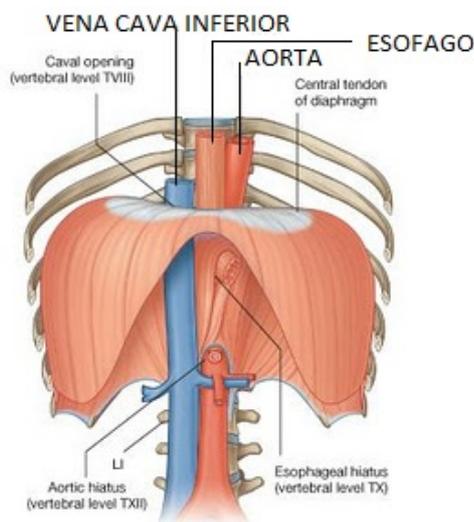
A menudo vamos a encontrar una implicación del segmento cervicodorsal, de la charnela C7-D1 con fibrosis y retracción del conjuntivo local, sobre todo a nivel de los escalenos, del músculo omohioideo y adaptaciones de los ligamentos vertebropericárdicos, frenopericárdicos y zona suspensora de los pulmones que son también tejido conjuntivo. Esta zona es el punto débil para el síndrome del túnel carpiano aunque ciertamente siempre suelen acompañarse de alteraciones vasculares.

La zona pectoral y los rotadores de hombro son otra encrucijada neurovascular que afecta a distancia.



Generalmente estos síntomas se acentúan por la noche porque el paciente duerme del mismo lado y en lateralización de la cabeza con rotación externa del brazo suele aumentar la compresión del plexo braquial y de la arteria subclavia en la entrada del agujero torácico, también por pérdida de la capacidad de deformarse de ese tejido conjuntivo.

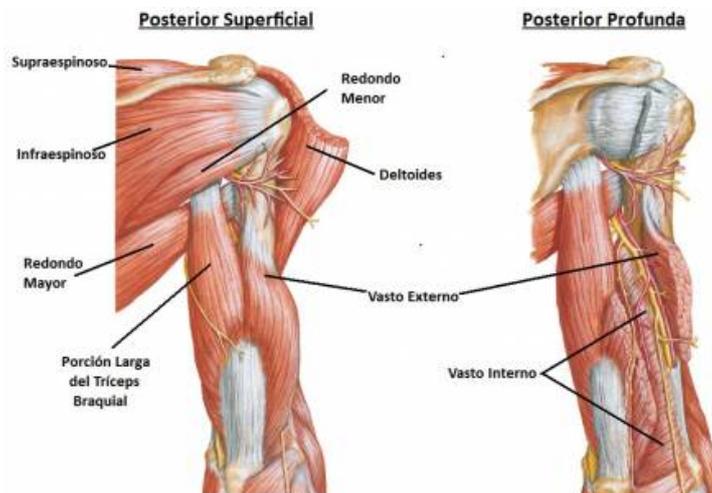
Uno de nuestros principios de trabajo osteopático es la ley de la arteria, es decir, poder facilitar la buena oxigenación de los tejidos y sobre todo el buen drenaje venolinfático evitando con ello los éxtasis. El trabajo clavicular en relación al hombro y la zona cervicodorsal es necesario. Igualmente la movilidad de las primeras 3 costillas debe de recuperarse por completo.



Ya en algunos casos debemos buscar más a distancia pues para nosotros las alteraciones de la estática pueden estar influyendo en el transcurso de la vena cava y perjudicar la circulación de retorno. Por ello el diafragma es una estructura fundamental para la nutrición, respiración, asimilación y circulación debiendo centrar en muchos pacientes un estudio y trabajo local antes de cualquier determinación terapéutica.

El trabajo de codo (fundamental revisar la movilidad fina y pequeños movimientos de traslación lateral y pronosupinación) y de la muñeca es para el final. Debemos de mejorar todo el trayecto y todas las zonas relacionadas con las estructuras del túnel carpiano, desde su origen anatómico y desde sus influencias neurovegetativas. Las inflamaciones siempre son resolutivas y nunca patológicas por lo que debemos de evitar los AINES orales ya que cortan un proceso natural y orgánico siempre mediado por el sistema nervioso central para reparar.

Nuestro trabajo se debe de centrar más en la globalidad del organismo, en entender qué está pasando en ese organismo que estamos valorando, entendiendo el contexto de nuestro paciente, único y diferente a otro que puede tener los mismos síntomas pero seguramente otra manera



de abordar y otro contexto propio.

El trabajo mecánico de la musculatura y conjuntivo de la mano y antebrazo es la parte final de tratamiento casi siempre. Podemos utilizar herramientas como la hipertermia con el fin de oxigenar y drenar pero nunca será la base del trabajo osteopático.

El sistema respiratorio y las mucosas (ORL) también pueden tener algo que decir en este tipo de síntomas dado que el pulmón elimina ácidos débiles y puede estar compensando trabajos a distancia de otros órganos por lo que corregir la alimentación es importante, a parte de poder suplementar en cierto tipo de casos con Vitaminas (sobre todo la vitamina C por ser coenzima del conjuntivo y reparadora de tejido y vitamina B6) así como antioxidantes, oligoterapia y fitoterapia.

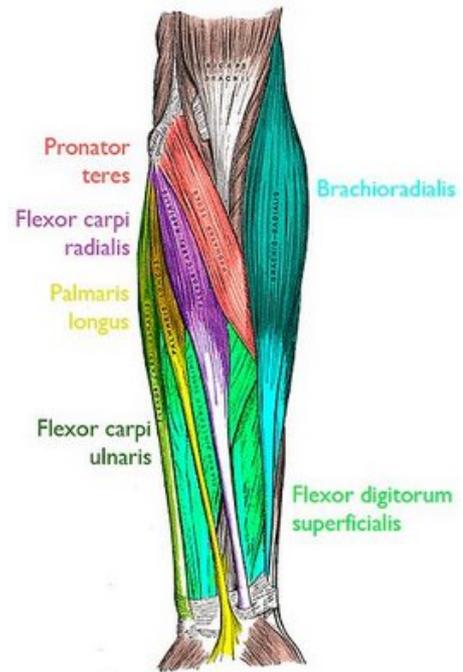
Todo este trabajo debe de estar sustentado por el contexto del paciente pues no existen protocolos en la medicina osteopática. Debemos de relacionar un montón de factores a la hora de abordar un problema de este tipo.

Mi experiencia de 20 años me ha dado la posibilidad de tratar cientos de “síndromes del tunel carpiano” con un éxito importante pues han sido muy pocas (contadas con los dedos de una mano) las veces que hemos tenido que recurrir a la cirugía. Si es necesaria la cirugía siempre se tendrá como una buena herramienta, pero debe de ser



la última alternativa para el paciente. También mi situación de privilegio por ser una de las opciones finales de elección terapéutica para muchos pacientes me permite transmitir que para muchos ya operados la osteopatía tiene muchas posibilidades de poder mejorar estos cuadros sintomáticos. El trabajo de la cicatriz debe de ser prioritario tras la intervención y no demorarlo en el tiempo para poder mejorar sus condiciones nutricionales y su deformabilidad, evitando queloides y fibrosis. La tecarterapia es un buen instrumento en este caso.

Desde el punto de vista emocional (biológico) también es importante entender que los procesos resolutivos del neomesa (tendones, vainas, conjuntivo en general, ganglios...)



se inflaman en la fase de reparación pudiendo afectar a la función, pero comprendiendo esto el paciente debe de estar tranquilo y puede utilizar elementos como la arcilla, la hidroterapia... que no impiden su proceso natural de reparación pero que lo modula. Forzar la zona no tiene sentido más que para entrar nuevamente en autodevaluación por no poder hacer.



La motricidad depende de la corteza cerebral y tiene que ver más con un sentido de gesto interrumpido en algo como atraer, retener o incluso separación con dolor. Todos estos matices se deben de abordar con el paciente en la consulta dado que a menudo el neomesa y la corteza van juntos en la unión neuromuscular.

Francisco Javier Rivas Crespo D.O
Director de la ESMO Sanasport – León
Miembro de la Academia Española de Osteopatía
Presidente de la Asociación Nacional de Osteópatas