

Colección de Folletos de Patologías Nervio Periféricas

Síndrome de Túnel Carpiano



Sus molestias son:

Adormecimiento y hormigueo en su dedo pulgar, índice o medio en la palma de la mano (zona azul).

Su mano la/lo hace despertar durante la noche.

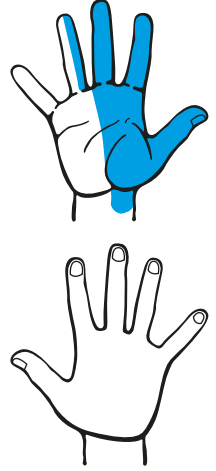
Su mano se adormece mientras usted esta trabajando

El adormecimiento y hormigueo aparece y desaparece.

El adormecimiento y hormigueo puede estar presente todo el tiempo.

Tiene problemas en controlar su dedo pulgar.

Los dedos anular y meñique no forman parte del Síndrome del Túnel Carpiano. Si estos se adormecen, también debería revisar la información del brochure sobre el Túnel Cubital para más información.



¿Qué causa sus molestias?

Un nervio cruza la muñeca a través de un túnel

Este nervio es llamado Nervio Mediano

Este nervio tiene el grosor de una pluma

Cuando la muñeca se mueve hacia arriba o abajo, el nervio sufre una compresión

Cuando el nervio es comprimido, el flujo sanguíneo hacia el nervio disminuye, el flujo decrece y el nervio envía un mensaje de adormecimiento y hormigueo, o un corrientazo en dirección hacia los dedos.

¿Cuándo debería someterse a cirugía?

Cuando sus síntomas están presentes la mayoría del tiempo.

Cuando su mano la/lo levante todas las noches durante el sueño.

Cuando el uso de una férula ya no ayuda o está cansado de usarla por mucho tiempo, o el uso de la misma interfiere con la función de la mano.

Cuando se ha perdido considerablemente la sensación de los dedos y usted tiene problemas para sostener objetos o vestirse.

Cuando ha perdido la fuerza muscular del pulgar o no puede separarlo de la palma de su mano.

Cuando la prueba de Neurosensibilidad con el PSSD (ver el brochure de Prueba de Sensibilidad) demuestra que el nervio está muriendo.

¿En qué consiste la cirugía?

La cirugía toma menos de una hora

Es una cirugía ambulatoria.

Anestesia local con sedación o anestesia general es usada en este procedimiento.

La incisión es realizada cerca del centro de la palma de la mano en uno de los pliegues naturales de la piel.

El ligamento que constituye el techo del túnel carpal es retirado.

Si existe demasiado tejido inflamado alrededor del nervio mediano, este entonces debe ser removido (sinovectomía).

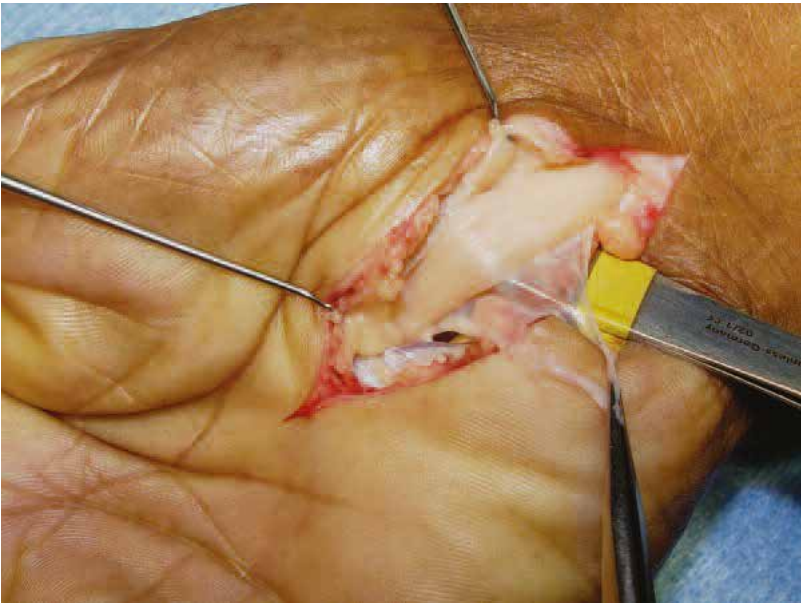
Si existen cicatrices dentro del nervio mediano, entonces la microcirugía puede ser realizada para removerlas(neurolisis interna)

Si los músculos del dedo pulgar están débiles o muriendo, entonces la neurolisis se realiza en la rama motora del nervio mediano.

En su piel se colocará anestesia local, así cuando usted se despierte de su cirugía, sus dedos se encontrarán adormecidos pero no sentirá dolor.

Una férula será colocada alrededor de su muñeca durante una semana , pero usted estará en la capacidad de mover sus dedos y usar su mano en sus actividades cotidianas.

¿Cómo luce el nervio?



¿Cuáles son los riesgos de la cirugía?

El abordaje utilizado para el tratamiento de las patologías del nervio mediano ofrecen los mejores resultados de alivio de sus síntomas. Siempre existirá un riesgo relacionado con cualquier procedimiento quirúrgico, así como el uso de anestesia, sangrado o infección.

Las complicaciones inherentes exclusivamente a la descompresión son:

Naturaleza impredecible del proceso de cicatrización (formación de cicatriz).

Cicatriz dolorosa por atrapamiento del nervio en la piel.

La aplicación de demasiada presión en la palma de la mano tempranamente luego de la cirugía, podría hacer que los puntos se rompan.

El proceso de cicatrización toma más tiempo si usted es diabético/a.

Puede existir alguna ligera presencia de adormecimiento en sus dedos.

Podría llevar más de un año hasta lograr el punto máximo de alivio del dolor.

¿Quién debería realizar esta cirugía?

Los cirujanos quienes recibieron entrenamiento en el Instituto de Cirugía de Nervio Periférico, tienen el más alto nivel de entrenamiento y experiencia al realizar esta cirugía, ofreciéndole a usted una mayor tasa de éxito.

Bibliografía

- Mackinnon, S.E., Dellon, A.L.: Carpal Tunnel Syndrome, in Surgery of the Peripheral Nerve, Chapter 6, Thieme Pub., New York, NY., 1988.
- Chang B, Dellon AL: Surgical management of recurrent carpal tunnel syndrome. J Hand Surg (Br) 18B:467-470, 1993.
- Evans GRD, Dellon AL: Implantation of the palmar cutaneous branch of the median nerve into the pronator quadratus for treatment of painful neuroma. J Hand Surg 19A:203-206, 1994.
- Dellon AL, Keller KM: Computer-assisted quantitative sensory testing in carpal and cubital tunnel syndromes. Ann Plast Surg 38:493-502, 1997.
- Weber, R., Weber, R.A., Schuchmann, J.A., Ortiz, J.: A prospective blinded evaluation of nerve conduction velocity versus pressure-specified sensory device testing in carpal tunnel syndrome. Ann Plast Surg, 45:252-257, 2000.
- Dellon, A.L.: Clinical grading of peripheral nerve problems, Neurosurg Clin N Amer, 12: 229-240, 2001.
- Perkins, B.A., Olaaleye, d., Bril, V: Carpal tunnel syndrome in patients with diabetic polyneuropathy, Diabetes Care, 25:565-569, 2002.
- Slutsky, DJ: Use of nerve conduction studies and the pressure-specified sensory device in the diagnosis of carpal tunnel syndrome, J Hand Surgery, 34e:60-65, 2009.