

Síndrome del tunel del carpo asociado a tenosinovitis granulomatosa

Dra. Teniente María Elena, Dra. Rengifo Adriana

INTRODUCCIÓN

La neuropatía por atrapamiento del nervio mediano o Síndrome del Túnel del Carpo, es la mononeuropatía más frecuente del miembro superior, presentándose en mayor proporción en mujeres que en hombres (7:1).

Entre los principales factores que contribuyen a mayor compromiso del nervio, debemos considerar enfermedades endocrinas (diabetes, hipotiroidismo, acromegalia), reumatológicas (artritis reumatoidea, LES), y enfermedades granulomatosas (Tuberculosis, sarcoidosis, amiloidosis)¹

En las enfermedades granulomatosas asociadas a esta patología debemos tener en cuenta la presencia de infecciones por Micobacterias, hongos, brucella o causas no infecciosas como sarcoidosis, amiloidosis, enfermedad por depósito de cristales y presencia de cuerpos extraños.²

Siendo la tuberculosis una enfermedad aun frecuente en nuestro país, y teniendo en cuenta que la presentación extrapulmonar es poco frecuente y necesita algunas veces una alta sospecha clínica si no se asocia a un cuadro con compromiso respiratorio, presentamos este caso clínico que puede enriquecer nuestro diagnóstico diferencial y nos alerta ante la posibilidad de infección por micobacterias en pacientes con síndrome del túnel del carpo asociado a tenosinovitis crónica y recurrente con poca respuesta al tratamiento.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 37 años que presenta seis meses antes del ingreso dolor y parestesias en mano y antebrazo izquierdo, coincidentemente sufre traumatismo en muñeca derecha, motivo por el cual acude a la clínica siendo evaluado en forma ambulatoria por cirugía de mano.

Se solicita una electromiografía evidenciándose signos de compromiso severo del nervio mediano derecho con signos de reinervación temprana y signos del síndrome del túnel del carpo izquierdo en grado moderado.

Se inicia tratamiento con antiinflamatorios, presentando mejoría del cuadro en el miembro superior derecho, persistiendo e incrementándose la sintomatología de la mano izquierda.

Al no remitir los síntomas recibe tratamiento quirúrgico en dos oportunidades, los hallazgos operatorios son sinovitis de apariencia inflamatoria que compromete tendones flexores de miembro superior izquierdo y posteriormente tenosinovitis de II, III, IV, V dedos, con gran proliferación de sinovia de consistencia gelatinosa, y compresión de nervios digitales. Se toma biopsia de tejido sinovial y se solicita cultivo de tejido.

Se incrementa la sintomatología de la mano derecha. La evolución es tórpida con recurrencias de los síntomas, parestesias y dolor, siendo intervenida quirúrgicamente tres

meses después del inicio de los síntomas evidenciándose en esta oportunidad compromiso del nervio mediano y cubital con engrosamiento de la fascia palmar, del ligamento transversal del carpo y fibrosis cicatrizal.

Veintiún días después de la cirugía de mano izquierda presenta aumento de volumen con signos de flogosis, dehiscencia de herida operatoria con presencia de secreción blanquecina, recibe tratamiento antibiótico por 2 semanas sin evidenciar mejoría, motivo por el que es hospitalizada; recibiendo tratamiento antibiótico endovenoso y manejo quirúrgico.

Antecedentes:

Sintomatología respiratoria frecuente no diagnóstico de asma, niega antecedentes de TBC.

Exámenes Auxiliares:

Examen anatomopatológico de muestra sinovial de mano izquierda tomada en la primera intervención quirúrgica: Si-

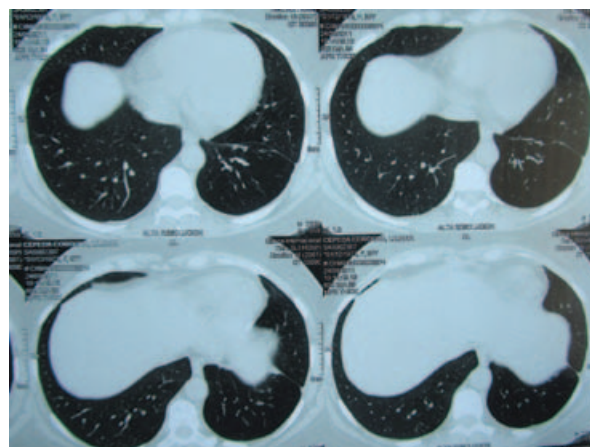
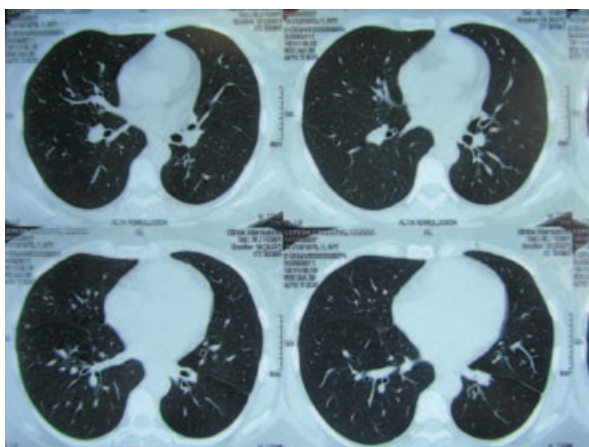
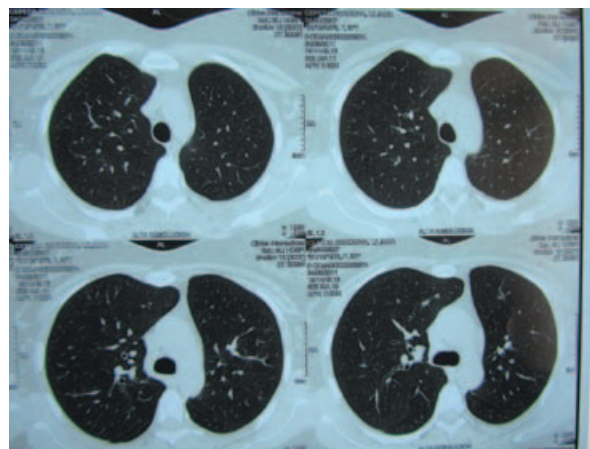
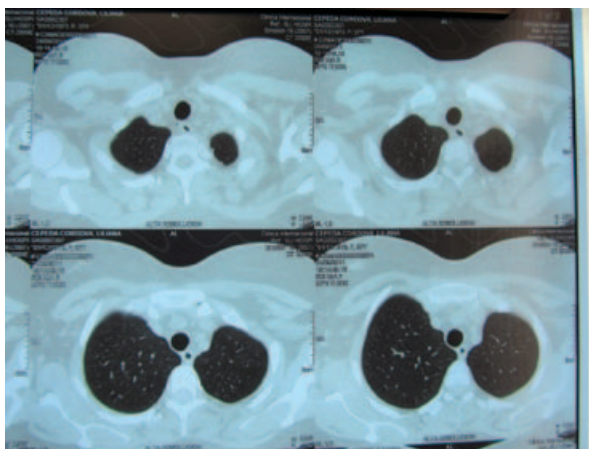
novitis crónica moderada a severa, inespecífica, con marcado edema, focos de necrosis y exudado fibrinoide.

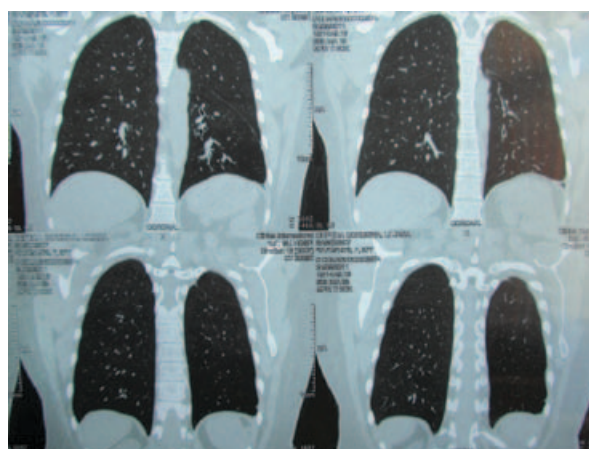
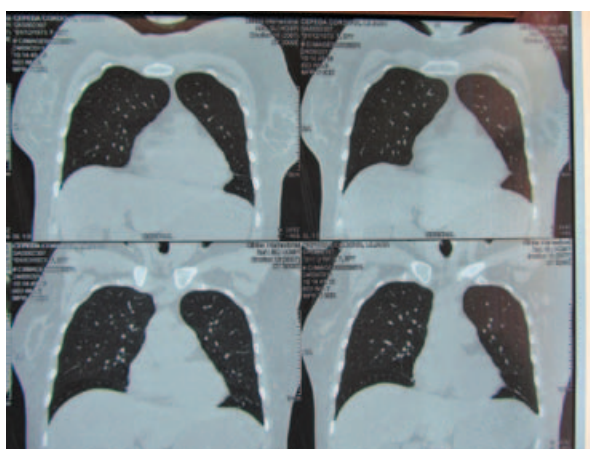
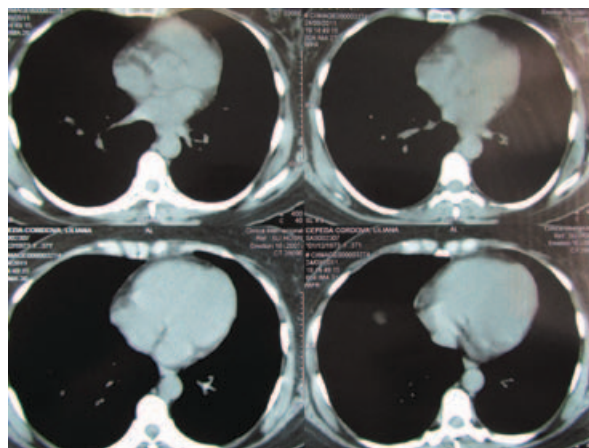
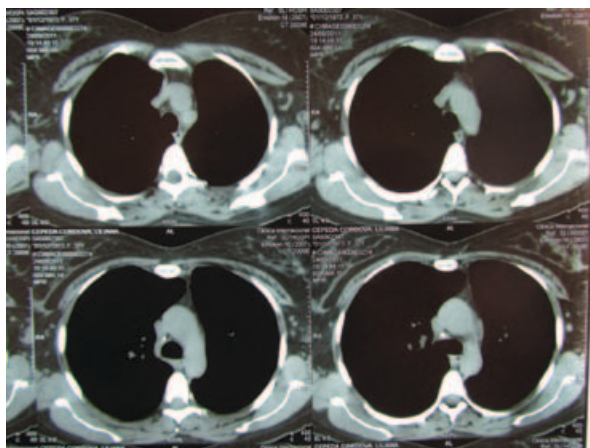
Examen anatomopatológico de muestra tomada en intervención quirúrgica de mano derecha: Tejido fibroelástico con escasa celularidad y fragmento de tejido neuronal sin atipia, no proliferación.

Examen anatomopatológico de muestra sinovial de mano izquierda tomada en la segunda intervención quirúrgica: Sinovitis granulomatosa.

La neuropatía por atrapamiento del nervio mediano o Síndrome del Túnel del Carpo, es la mononeuropatía más frecuente del miembro superior, presentándose en mayor proporción en mujeres que en hombres (7:1).

Hemograma, glucosa, creatinina, Proteína C reactiva.	En valores normales
VIH, VDRL, BK en esputo	Negativo





Se amplían los estudios solicitándose:

- PPD positivo (11 mm)
- Rx Tórax sin evidencia de infiltrados ni cavitaciones.
- TAC de tórax: nódulo sugerente de granuloma calcificado.
- Tinciones Ziehl-Nielsen positiva FITE positiva

Cultivo de tejido sinovial: *Mycobacterium* sp (se observan colonias rugosas y no pigmentadas, morfología característica del complejo *Mycobacterium tuberculosis*) confirmándose el diagnóstico e iniciando tratamiento específico.

DISCUSIÓN

Presentamos el caso de una mujer joven, inmunocompetente sin comorbilidad conocida que inicia el cuadro clínico presentando un caso típico de compresión del nervio mediano o síndrome del túnel del carpo.

Los síntomas en esta patología derivan de la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca por hipertrofia y edema de la sinovia del flexor, el cuadro clínico se manifiesta por disestesias, parestesias y pérdida de la sensibilidad a nivel del territorio del mediano, esta sintomatología

puede exacerbarse por la noche distribuyéndose en la porción medial del dedo pulgar, índice y medio y en la porción medial del dedo anular, las disestesias pueden irradiarse hasta el cuello, fenómeno conocido como de Valleix. La sintomatología se desencadena con actividades cotidianas o con las maniobras de Phalen, Tinel o la compresión directa del nervio en la muñeca; en casos severos puede haber atrofia de los músculos de la eminencia tenar con pérdida de la discriminación táctil.¹

Entre los antecedentes de nuestra paciente presento sintomatología respiratoria anterior sin diagnóstico confirmado de TBC pulmonar, en la radiografía de torax no se evidencio infiltrados ni lesiones secuelas. Esto concuerda con otros casos revisados en los cuales la sintomatología respiratoria fue previa al inicio del cuadro. En la tomografía se observa una imagen sugerente de granuloma calcificado, probablemente secuelar a infección previa.²⁻⁴

La baja incidencia de tuberculosis de localización extrapulmonar, la multiplicidad de las formas clínicas de presentación y su lenta evolución han contribuido a que esta enfermedad no sea sospechada en pacientes con poca o ninguna sintomatología respiratoria, lo que conduce a demora en el diagnóstico y tratamiento, se describen casos sin ningún compromiso respiratorio, sin antecedentes de

TBC, a veces con presencia de lesiones secuelas antiguas o nódulos pulmonares.⁶

Se revisó el caso de una paciente mujer con sintomatología del túnel del carpo, con evidencia en la resonancia magnética de engrosamiento sinovial con colección líquida heterogénea en la vertiente palmar y tenosinovitis en el segundo dedo, con resultados de PPD positivo, en quien finalmente se evidencia en la histopatología sinovitis granulomatosa gigantocelular caseificante positiva a la coloración de ziehl-Nielsen.²

La tuberculosis osteoarticular es una patología poco frecuente, y la afectación exclusivamente de la mano es aun mas rara, con una incidencia que varía de 0,7 a 6%.⁶

La tenosinovitis tuberculosa fue descrita por primera vez en 1923 por Kanavel³, clínicamente el cuadro se manifiesta como dolor, edema e impotencia funcional, los exámenes por imágenes resultan poco útiles para el diagnóstico precoz; el diagnóstico definitivo se realiza mediante biopsia, estudio anatomopatológico y cultivo, se recomienda el estudio genómico con PCR para *Mycobacterium tuberculosis*, el PPD positivo apoya el diagnóstico ante la sospecha clínica.²

La tenosinovitis por micobacterias son frecuentemente asociadas a *M. tuberculosis*, también se describen casos de infección por micobacterias atípicas de crecimiento rápido, entre ellas *M. Bovis*, *M. chelonae*, *M. avium*, *M. Kansasi* y *M. marinum*. La presencia de germen atípico está asociada con algunos tipos de labores agrícolas y ganaderas y ganaderas, presentándose con mayor frecuencia en pacientes inmunosuprimidos.⁵⁻⁶ En estos casos se ha observado buena respuesta con asociación de macrólidos, quinolonas o aminoglicósidos.⁴

En una serie revisada de 11 pacientes la asociación con TBC pulmonar varió de 1 a 10%, en ninguno de los casos revisados el diagnóstico fue hecho preoperatoriamente, el retardo en el diagnóstico es frecuente en esta patología.⁶

La evolución es lenta, y los síntomas iniciales se limitan a un dolor simple difuso, con parestesias y en algunas ocasiones leve rigidez, sin tratamiento farmacológico y debido al compromiso inflamatorio de la vaina sinovial del tendón de los músculos flexores de la mano, pueden aparecer fistulas en algunos casos, abscesos y sobreinfección bacteriana. El tendón puede llegar a romperse ocasionando disfunción permanente, con limitación del movimiento y destrucción de la articulación.³

El diagnóstico se basa como en este caso en la identificación del agente causal en el cultivo, teniendo siempre en cuenta que un cultivo negativo no descarta el diagnóstico, el uso del PPD actualmente es poco útil por la baja sensibilidad, La histopatología muestra generalmente sinovitis granulomatosa con células gigantes generalmente positiva a las tinciones como Ziehl-Nielsen^{2,6}.

El pronóstico es bueno y depende de la precocidad del diagnóstico y tratamiento,

En caso de no recibir tratamiento precoz se puede presentar, destrucción cartilaginosa, deformación articular, por lo que se recomienda iniciar tratamiento y observar evolución a fin de limitar el daño en la articulación, la limitación funcional de la mano; evitando una secuela funcional permanente.^{3,5-6}

El tratamiento se basa en el tratamiento farmacológico, quirúrgico, y la rehabilitación temprana. El tratamiento quirúrgico consiste en la sinovectomía de las áreas afectadas con escisión de las zonas destruidas y necróticas y la reconstrucción funcional.⁵⁻⁶

Se debe de sospechar la etiología tuberculosa de una tenosinovitis en un cuadro crónico, de inicio insidioso y evolución lenta, en estos casos se debe de ampliar estudios a fin de identificar el germen, evitando el tratamiento con corticoides locales.

Bibliografía

1. Síndrome del Túnel del Carpo: Correlación Clínica y Fisiopatológica. Portillo R. Salazar M et al. An Fac Mec. 2004; 65 (4) 247-254.
2. Síndrome del Túnel Carpiano en Mujer de 68 años. Vicente J. Ballester J. Enferm Infecc Microbiol Clin 2004; 22(2): 123-124.
3. Tuberculosis de la Muñeca y de la Mano. Firpo C. Miranda M. et al. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2010. 75 (3): 231-235.
4. Tenosinovitis por *Mycobacterium chelonae*: A Propósito de un Caso. Berrocal A. Echevarría J. Ramirez E. et al. Rev Med Hered 2004; 15:229-231.
5. Asociación del Síndrome del Túnel del Carpo y Tuberculosis. Guanche H. Cleto L et al. Ann Med Intern 2004; 21(8): 395-396.
6. Tuberculosis de la mano. A propósito de una serie de 11 casos. Celester G. Irisarri C. et al. Acta Ortop Gallega. 2005; 1(1): 10-14.