

La infiltración con corticoides mejora los síntomas del túnel carpiano

Injection with methylprednisolone proximal to the carpal tunnel: randomised double blind trial.

Dammers JW, Beering MM, Vermeulen M. *BMJ* 1999;319:884-6.

Objetivo

Evaluar el efecto de una infiltración proximal al túnel carpiano (TC) con 40 mg de metilprednisolona en los síntomas del síndrome de túnel carpiano.

Diseño

Ensayo clínico randomizado doble ciego con un año de seguimiento, seguido por un estudio abierto en los no respondedores del grupo control.

Lugar

Consultorio externo de Neurología en un Hospital General de distrito en Holanda.

Pacientes

Pacientes mayores de 18 años, derivados al Servicio de Neurología, con síntomas de túnel carpiano de más de tres meses de evolución, y diagnóstico confirmado por electromiograma. En los pacientes con síntomas bilaterales se randomizó el lado más severo. Se excluyeron pacientes con tratamiento previo.

Intervención

Los pacientes fueron randomizados para recibir una infiltración con 10 mg de lignocaina, o 10 mg de lignocaina más 40 mg de metilprednisolona. Los no respondedores que habían recibido lignocaina sola recibían 40 mg de metilprednisolona más 10 mg de lignocaina en el estudio abierto. La infiltración se realizaba 4 cm proximal a la muñeca entre los tendones del flexor común de los dedos y el palmar mayor.

Fuente de financiamiento: no referida

Medición de resultados principales

Los pacientes fueron clasificados en respondedores y no respondedores. Respondedores eran aquellos que no referían síntomas o con síntomas menores que el paciente consideraba no requerían ningún tratamiento adicional. Esto fue evaluado al mes, 3, 6, 9 y 12 meses después de la infiltración. Si se requería tratamiento adicional se abría el código y, si el paciente había recibido lignocaina sola, se le ofrecía infiltración con metilprednisolona, si no, se realizaba cirugía de descompresión.

Resultados principales

Al mes, sólo 6 (20%) de los 30 pacientes del grupo control respondieron vs. 23 (77%) de los 30 pacientes del grupo intervención (diferencia observada: 57%; IC 95%: 36%-77%). Al año sólo 2 de los 6 pacientes respondedores del grupo control no necesitaron otro tratamiento, vs. 15 de los 23 del grupo intervención (diferencia: 43%; IC 95%: 23%-63%). En todos los intervalos medidos, el número de pacientes respondedores fue significativamente mayor en el grupo intervención.

En el estudio abierto, 24 de 28 (86%) pacientes del grupo control respondieron al tratamiento con metilprednisolona, a pesar que 12 de estos 24 requirieron tratamiento quirúrgico dentro del año.

Conclusiones

Una única infiltración con corticoides proximal al túnel carpiano produjo una mejoría a largo plazo en los síntomas de pacientes con síndrome del túnel carpiano y debe ser considerada antes de la cirugía de descompresión.

COMENTARIO

El síndrome del TC o neuropatía compresiva del nervio mediano en la muñeca, es la más común de las neuropatías compresivas afectando entre el 0,1 y el 0,5 % de la población en EE.UU.¹. Hay gran cantidad de condiciones asociadas a este síndrome (embarazo, diabetes, hipotiroidismo, enfermedades reumáticas inflamatorias, amiloidosis, etc). Los pacientes se quejan de dolor quemante y parestesias en la mano que aparecen por la noche y mejoran al sacudir la misma. Los síntomas sensitivos pueden estar limitados al clásico territorio del mediano: eminencia tenar, y región palmar de los dedos 1 a 4, o puede afectar regiones más amplias o limitadas de la cara palmar. Ocasionalmente el dolor se puede extender en forma proximal, incluso hasta el hombro, dificultando el diagnóstico.

Desde hace muchos años que la infiltración con corticoides es considerada como altamente efectiva (80%) en el tratamiento del TC²⁻³⁻⁴.

Lo más novedoso de este artículo es el sitio de la infiltración. Los autores aplican la misma 4 cm por arriba de la muñeca en lugar de sobre el pliegue distal de la misma, como es clásico²⁻³⁻⁴. Aducen que esta localización es menos probable que produzca lesión del nervio y más sencilla de realizar, aunque esto no ha sido demostrado en estudios

comparando ambos métodos.

El cálculo del tamaño de la muestra necesario para mostrar diferencias fue de 80 pacientes. Sin embargo el comité de ética detuvo el estudio cuando se habían incluido sólo 60 pacientes. A pesar de esto el estudio tuvo un poder del 99 % para detectar diferencias al mes con un nivel de significancia del 5 %, debido a que el porcentaje de respuesta en el grupo control fue menor al calculado (20 % vs 50%).

Otras dos buenas noticias de este estudio son: una mayor duración del beneficio del tratamiento que en estudios previos³⁻⁴. Estas variaciones seguramente se deben a diferencias en la selección de los pacientes, y sus enfermedades asociadas que no fueron comentadas en el estudio; y, que la media de duración de los síntomas fue de más de dos años, lo cual va en contra de que con síntomas de más de un año de duración es esperable una pobre respuesta como se sostiene clásicamente³⁻⁴.

Como conclusión, este estudio refuerza el concepto que la infiltración con corticoides debe ser considerada como opción previa a la cirugía en el síndrome del túnel carpiano, aún en pacientes con mucho tiempo de evolución. Se presenta una alternativa en el sitio de infiltración, al clásicamente utilizado.

Dr. Enrique Soriano

Reumatología. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Referencias

1. Stevens JC, Sun S, Beard CM, et al. Carpal tunnel syndrome in Rochester, Minnesota, 1961-1980. *Neurology* 1998; 38:134-37.
2. Gírlanda P, Dattola R, Venuto C, et al. Local steroid treatment in idiopathic carpal tunnel syndrome: short and long term efficacy. *J Neurol* 1993;240:187-90.
3. Gelberman RH, Aronson D, Weisman M. Carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg* 1980;62:1181-4.
4. Weiss APC, Sachar K, Gendreau M. Conservative management of carpal tunnel syndrome: A reexamination of steroid injection and splinting. *J Hand Surg* 1994;19:410-15.