

Úlceras digitales indoloras como presentación inusual de síndrome de túnel carpiano bilateral severo

Painless Ulcers on the Fingers: An Unusual Presentation of Severe Bilateral Carpal Tunnel Syndrome

Sr. Director:

El síndrome del túnel carpiano (STC) es la neuropatía por atrapamiento más frecuente y se debe a la compresión del nervio mediano a su paso por el túnel formado por los huesos de la muñeca y el ligamento anular del carpo. Afecta a entre el 1 y el 3% de la población, siendo cuatro veces más frecuente en las mujeres que en los hombres. Presenta un pico de incidencia entre la cuarta y la sexta década de la vida y en más de un 50% de los casos es bilateral. A pesar de que la mayoría de los casos son idiopáticos, en ocasiones esta compresión es debida a una combinación de factores que aumentan la presión sobre dicho nervio. Habitualmente se presenta con la triada de dolor nocturno, hipoestesia y atrofia tenar. Presentamos un caso de STC que fue diagnosticado por la presencia de lesiones cutáneas indoloras de localización característica.

Varón de 86 años, no fumador, con antecedentes personales de arritmia cardíaca y prostatismo, que fue remitido a nuestras consultas por lesiones indoloras en los dedos de ambas manos de 1 mes de evolución. Se encontraba en tratamiento con furosemida, acenocumarol, dutasterida y tamsulosina. A la exploración se objetivaban heridas en varios dedos de ambas manos, lesiones ampollosas en los pulgares, y úlceras en los pulpejos de dedos índice y medio de la mano derecha y medio de la mano izquierda. Además presentaba acortamiento de la falange distal del dedo índice de la mano derecha siendo la uña más corta y ancha (figs. 1 y 2). La palpación de pulsos periféricos radial y braquial era normal.

Ante la pérdida de sensibilidad dolorosa y la distribución de las lesiones se sospechó un síndrome del túnel



Figura 2 Detalle de las úlceras en pulpejos de dedos índice y medio de mano derecha.

carpiano, por lo que se remitió al Servicio de Neurología para estudio. La exploración neurológica permitió evidenciar atrofia tenar y anestesia a la percusión en el territorio mediano, con sensibilidad conservada en los antebrazos y en el territorio cubital y radial de las manos. La electroneurografía mostró la abolición bilateral de la función sensitiva y motora del nervio mediano distal al túnel carpiano.

El estudio analítico permitió comprobar un aumento de la VSG con gammapatía IgA, sin datos de mieloma múltiple tras el estudio por parte del Servicio de Hematología. El estudio de factor reumatoide, crioglobulinas, crioaglutininas y autoanticuerpos no mostró anomalías.

La radiografía de manos demostró la reabsorción ósea de la falange distal del dedo índice de la mano derecha (fig. 3).

Se le indicó que se protegiera de traumatismos mecánicos y térmicos y las lesiones cutáneas se resolvieron en varias semanas con la ayuda de tratamiento tópico. El paciente rechazó tratamiento quirúrgico.

Las lesiones cutáneas en el STC son excepcionales. Fueron descritas por primera vez por Bouvier et al¹ en 1979 y desde entonces existen pocos casos publicados. La variante ulcerativa y mutilante del STC se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas ulcerativas indoloras en los pulpejos



Figura 1 Úlceras digitales bilaterales en el territorio del nervio mediano. Se observa acortamiento del 2.º dedo de la mano derecha.



Figura 3 Reabsorción ósea de la falange distal del dedo índice derecho.

y las zonas subungüales, esclerodactilia y acroosteólisis en la región sensitiva inervada por el nervio mediano². La afectación cutánea se da en un 20% de los casos de STC³. Esta se debe a la compresión de fibras autonómicas contenidas en el nervio mediano, por lo que la afectación cutánea ocurre en pacientes con STC grave⁴. El daño de la función vasomotora resultaría en un fenómeno de Raynaud y necrosis cutánea y el daño de la función sensitiva facilitaría traumatismos mecánicos o térmicos que podrían además contribuir al desarrollo de la necrosis⁵. Las lesiones cutáneas incluyen eritema, edema, ampollas, ulceraciones indoloras en pulpejos de dedos y regiones subungüales, discoloración ungueal, onicólisis, gangrena, amputación y acroosteólisis⁶. En la mayoría de los casos el segundo y el tercer dedo son los afectados, con predominio en la región volar de la falange distal⁷. El hecho de que se afecten principalmente los dedos índice y medio se debe a que la inervación del pulgar es mixta, proviniendo de fibras del nervio mediano y del nervio radial y a que estos dedos estén más expuestos a los traumatismos^{8,9}. Las ulceraciones acrales y la osteólisis son frecuentemente unilaterales, aunque se han descrito casos bilaterales. Ante este tipo de lesiones habrá que realizar el diagnóstico diferencial con las siguientes entidades: collagenopatías, neuropatías autonómicas, enfermedades hematológicas, traumatismos externos, enfermedades metabólicas y patologías vasculares^{2,10}.

El diagnóstico del STC puede ser sencillo si presenta las manifestaciones clásicas, siendo útil la exploración física. Los signos de Phalen y de Tinel-Hoffman son altamente sugestivos de STC. Las técnicas de imagen sirven para valorar la estrechez del canal y para poder descartar la existencia de fracturas. Sin embargo, para confirmar el diagnóstico y poder valorar el grado de afectación del nervio mediano, se debe realizar un estudio neurofisiológico.

Queremos destacar la labor del dermatólogo a la hora de valorar este tipo de lesiones, ya que un diagnóstico precoz es clave para prevenir lesiones óseas y mutilaciones irreversibles.

Bibliografía

1. Bouvier M, Lejeune E, Rouillat M, Marionnet J. Les formes ulcéro-mutilantes du syndrome du canal carpien. *Rev Rhum.* 1979;46:169-76.
2. Romani J, Puig L, de Miguel G, de Moragas JM. Carpal tunnel syndrome presenting as sclerodactylia, nail dystrophy and acro-osteolysis in a 60-year-old-woman. *Dermatology.* 1997;195:159-61.
3. Aratari E, Regesta G, Rebora A. Carpal tunnel syndrome appearing with prominente skin symptoms. *Arch Dermatol.* 1984;120:517-9.
4. Cox NH, Large DM, Paterson WD. Blisters, ulceration and autonomic neuropathy in carpal tunnel syndrome. *Br J Dermatol.* 1992;126:611-3.
5. Pont V, Millán F, Gimeno E. Lesiones cutáneas en el síndrome del túnel carpiano. *Piel.* 2007;22:72-7.
6. Tosti A, Morelli R, DiAlessandro R, Bassi F. Carpal tunnel syndrome presentig with ischemic skin lessions, acroosteolysis, and nail changes. *J Am Acad Dermatol.* 1993;29:287-90.
7. Fritz TM, Burg G, Böni R. Carpal tunnel syndrome with ulcerous skin lesions. *Dermatology.* 2000;201:165-7.
8. Requena C, Requena L, Blanco S, Álvarez C, Galache C, Rodríguez E. Acral ulcerations and osteolysis, a severe form of the carpal tunnel syndrome. *Br J Dermatol.* 2004;150:155-77.
9. Natale M, Spennato P, Bocchetti A, Fratta M, Savarese L, Rotondo M. Ulcerative and mutilating variant of carpal tunnel syndrome. *Acta Neurochir.* 2005;147:905-8.
10. Goiriz R, Fernández J. Enfermedad de Buerger (tromboangeítis obliterante). *Actas Dermosifilográficas.* 2005;96:553-62.

N. Ormaechea-Pérez*, M.A. Arregui-Murua, J. Zubizarreta-Salvador e A. Tuneu-Valls.

Servicio de Dermatología, Hospital Donostia, San Sebastian, Guipúzcoa, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nereaorma@hotmail.com (N. Ormaechea-Pérez).

doi:10.1016/j.ad.2010.11.010