

ORIGINAL

Síndrome del túnel carpiano tratado con *Aranea diadema*

José Rovira Egido^a, Pilar López Esteban^b, Emilio Cervera Barba^c,
María José Lucio López^a y María Jesús Meis Meis^d

^aMédico Homeópata, Profesor del Curso de Especialista Universitario en Homeopatía, Madrid, España

^bMédico Especialista en Neurofisiología Clínica, Madrid, España

^cMédico Homeópata, Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Madrid, España

^dDirectora del Curso de Especialista Universitario en Homeopatía, Madrid, España

Recibido el 27 de febrero de 2011; aceptado el 2 de marzo de 2011

PALABRAS CLAVE
Síndrome del túnel carpiano;
Síndrome de atrapamiento;
Dolor neuropático;
Aranea diadema

KEY WORDS
Carpal tunnel syndrome;
Nerve entrapment syndrome;
Neuropathic pain;
Aranea Diadema

Resumen El síndrome del túnel carpiano (STC) es un dolor neuropático por un síndrome de atrapamiento del nervio mediano en el túnel carpiano. El objetivo del presente trabajo es el tratamiento del STC hasta curación, mejoría o agravamiento. La metodología utilizada es la historia clínica detallada con una exploración basada fundamentalmente en el signo de Phalen, y pruebas complementarias como radiografía de ambas muñecas y electromiografía. En nuestra opinión es un buen método alternativo a otras terapias incluida la quirúrgica y sin riesgos de iatrogenia.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Carpel tunnel syndrome treated with *Aranea diadema*

Abstract Carpal tunnel syndrome (CTS) occurs when the median nerve becomes compressed at the wrist, causing neuropathic pain. The aim of the present study was treatment of CTS until cure, improvement or worsening. The methodology used was detailed clinical history-taking with examination based mainly on Phalen's sign and complementary tests such as radiographs of both wrists and electromyography. In our opinion, this method is a good alternative to other treatments, including surgery, and carries no risk of iatrogeny.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.



Figura 1 Atrofia eminencia tenor.

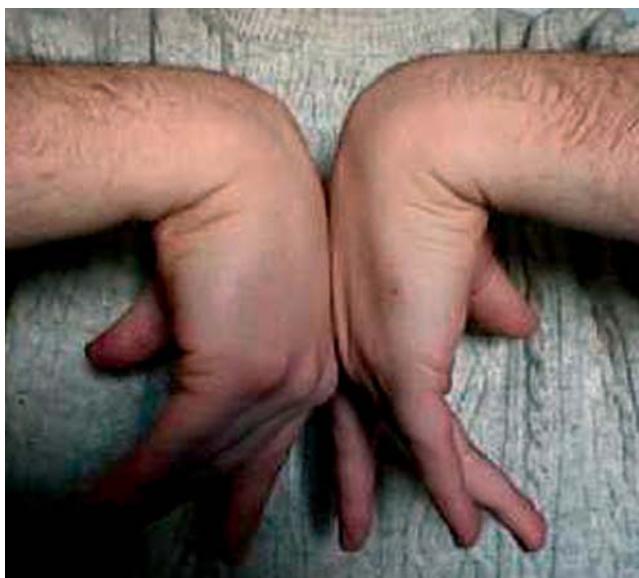


Figura 2 Maniobra de Phalen.



Figura 3 Infiltraciones de corticoides.

Introducción

El síndrome del túnel carpiano (STC) (fig. 1) es un dolor neuropático, que corresponde a un síndrome de atrapamiento del nervio mediano a nivel del túnel carpiano en la muñeca.

Clínica

Afectación bilateral en el 50% y lateralidad derecha o izquierda en el otro 50%.

Dolor y parestesia continuo o intermitente en el territorio del nervio mediano, nocturno fundamentalmente, desde muñeca a mano, antebrazo incluso a veces a brazo, y en casos avanzados amiotrofia de la eminencia tenar. También se presenta una hipostesia con pérdida de discriminación de 2 puntos a excepción de la eminencia tenar.

Exploración

- Signo de Tinel (poco fiable en nuestra experiencia). No se utiliza en el presente estudio como prueba diagnóstica.
- Maniobra de Phalen (fig. 2). Con mejores resultados, incluida en el presente estudio dada su fiabilidad y reproducibilidad. Consiste en la oposición de ambas muñecas, adoptando una posición en flexión y la cuantificación del tiempo que se tarda en obtener una respuesta en el miembro afectado.

Pruebas complementarias

- Análisis clínicos.
- Electromiografía (EMG) como prueba de referencia.
- Radiología anteroposterior y lateral de muñeca.
- Resonancia magnética (RM), cuando se precisa, de muñeca.
- Ecografía de muñeca.

Tratamiento

Conservador

- Tratamiento de las patologías asociadas.
- Modificación del tipo de vida o de actividad laboral.
- Rehabilitación.
- Ortesis postural de muñeca, fundamentalmente nocturna.
- Corticoides durante 2 semanas por vía oral.
- Cuando falla todo lo anterior, se puede poner una infiltración de lidocaína con corticosteroide y un máximo de 3 infiltraciones al año (fig. 3).

Quirúrgico

- Si falla el tratamiento conservador.
- También si en el estudio EMG se producen signos de degeneración axonal.

Actualmente se realizan 3 técnicas quirúrgicas en la sección del ligamento transverso del carpo, como es la de incisión clásica de 6 cm, con incisión mínima unos 2 cm y finalmente mediante endoscopia.

Aranea diadema

Es una araña que se la denomina araña cruz, común en Europa, tiene un cuerpo ovoideo con una cruz en el dorso de puntos blancos y amarillos. Antiguamente utilizada para el tratamiento de las fiebres, hoy en día sólo se utiliza para la obtención de las diluciones homeopáticas a partir de la tintura madre de un triturado de la araña y macerado en alcohol al 65% vol. En su composición química se observa la existencia de 2 hemolisinas, una la aracnolisisina y la otra la epeiralisina, además de un veneno neurotóxico que actúa sobre la permeabilidad vascular y que contiene aranina e hialuronidasa, y otros aminoácidos.

Signos

Solamente reflejaremos los que nos interesan y son la base de este estudio: neuralgia después de frío húmedo; terebrantes periódicas; empeoramiento por la noche; sensación de acorcharamiento en zona cubital, de edema o inflamación y de pesadez, fundamentalmente en manos pero también en brazos, es como si los miembros superiores hubiesen crecido.

También se puede utilizar en personas con hormigueos nocturnos en brazos que les despiertan, relacionados con patologías parecidas al STC, como neuralgias posturales por dormir boca abajo, etc.

Posología

5 CH 5 gránulos 3 veces al día.

Objetivo

Mejoría o curación de los síndromes de atrapamiento, intentando evitar el tratamiento quirúrgico, utilizando *Aranea diadema* 5CH.

Metodología

Historia clínica detallada; exploración basada fundamentalmente en el signo de Phalen; pruebas complementarias, radiografía de ambas muñecas y EMG fundamentalmente, en algunas ocasiones ecografía y/o RM; tratamiento consistente en *Aranea diadema* 5CH 5 gránulos sublinguales hasta disolución 3 veces al día; revisiones hasta constatar con evaluación clínica la curación, mejoría, estancamiento o empeoramiento de la sintomatología; también se realizará siempre que sea posible una EMG para cuantificar la evolución de forma objetiva, comprobando su curación, mejoría o empeoramiento del caso; clasificación de los casos clínicos por su gravedad en leve, moderada y severa; clasificación de los criterios de curación en objetivos y subjetivos; clasificación al final del período de estudio en asintomático, mejoría, sin cambios y finalmente agravamiento (tabla 1).

Resultados

Estudio comprendido entre 2005 y 2009 (tabla 1), con un total de 5.747 consultas. Siendo el número de pacientes visto 1.436, con un promedio anual de consultas por paciente de 4. El número de casos estudiados es de 21. Correspondiéndose al 1,5% de las consultas.

Tabla 1 Tabla de resultados

	001	002	003	004	005	006	007	008	009	010	011	012
1	VCM	53	F	D	L	I	L	A	183	S	Idiopático	Aranea
2	ASC	56	F	D	L			A	62	S	Idiopático	Aranea
3	ABJM	65	F	D	L	I	L	A	93	O	Idiopático	Aranea
4	AGMC	73	F	D	S			A	445	O	Luxación	Aranea
5	APMS	53	F	D	M	I	L	A	396	S	Luxación	Aranea
6	BAJ	87	F	D	S			M	431	S	Muletas	RANEA
7	CBM	74	F	D	S	I	L	E	735	O	Idiopático	Quirúrgico
8	CPP	71	F	D	L			A	70	O	Idiopático	Aranea
9	HGML	74	F	D	S	I	S	M	87	O	Idiopático	Aranea
10	LBM	52	F	D	L			A	78	O	Idiopático	EAARAN
11	LCR	64	F			I	L	A	117	S	Idiopático	Aranea
12	MAC	68	F	D	L	I	L	A	354	O	Idiopático	Aranea
13	MMC	57	F			I	L	A	90	S	Idiopático	Aranea
14	OME	67	F	D	S			SC	92	O	Idiopático	Quirúrgico
15	PZI	13	F	D	L	I	L	A	58	S	Idiopático	Aranea
16	RFT	59	F	D	M	I	M	A	77	O	Idiopático	Aranea
17	RMMJ	56	F			I	L	A	54	S	Idiopático	Aranea
18	FLB	68	F	D	L			A	69	S	Idiopático	Aranea
19	GCA	66	F	D	L			A	72	S	Idiopático	Aranea
20	EGMT	75	F	D	M	I	M	A	84	S	Idiopático	Aranea
21	VSC	70	F	D	M	I	L	A	79	O	Posquirúrgico	Aranea

001: iniciales del paciente; 002: edad; 003: sexo (F) femenino; 004: lado (D) derecho, (I) izquierdo; 005 a 007: intensidad (L) leve, (M) media, (S) severa; 008: (A) asintomático, (M) intensidad media, (SC) sin cambios, (E) empeoramiento; 009: días de duración del estudio; 010: diagnóstico (S) subjetivo al alta, (O) objetivo al alta; 011: etiología; 012: tratamiento.

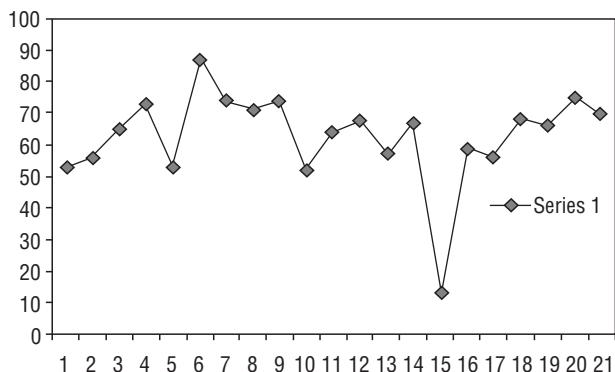


Figura 4 Distribución por edades.

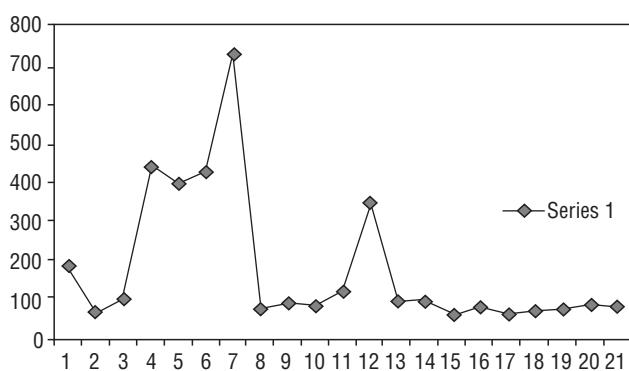


Figura 5 Distribución por días de tratamiento.

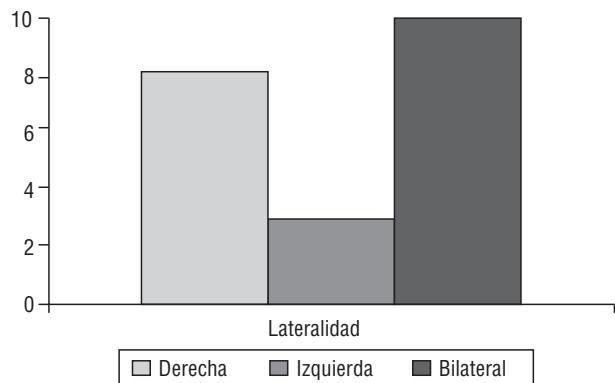


Figura 6 Lateralidad derecha 8, izquierda 3 y bilateral 10.

Dos de los pacientes (9,5%) del STC se remitieron a cirugía, uno de ellos dada su gravedad se decidió no esperar más tiempo, aun a pesar de no haber criterios subjetivos de agravamiento. El otro caso remitido a cirugía se decidió por presentar una mala respuesta a *Aranea diadema* y criterios subjetivos de agravamiento del cuadro.

Los casos de curación por desaparición de la sintomatología fueron un total de 17 (81%). Con unos criterios de curación objetivos en unos casos y subjetivos en todos. Siendo la razón de este doble rasero diagnóstico por la EMG al ser una prueba mal tolerada por algunos pacientes.

Los casos con mejoría fueron 2 (9,5%), uno de ellos con una utilización continua de bastones de marcha por una fractura de fémur con importante pérdida de ejes, no

estando previsto la retirada del apoyo de los bastones en un futuro. Dichos bastones le suponen al paciente un traumatismo constante en la muñeca. Al otro paciente se le planteó la posibilidad de un tratamiento quirúrgico y fue rechazado por él, dado que la mejoría obtenida le permitía llevar una calidad de vida aceptable según su criterio.

La distribución por sexos es del 100% mujeres, confirmando este dato que es una patología con una incidencia netamente femenina.

La distribución por edades es desde los 13 a los 87 años (fig. 4). Con un promedio de edad de 62,9 años. Correspondiendo la serie, excepto la paciente de 13 años, a una edad adulta tardía, semejante al promedio al estándar de esta patología referido por la mayoría de los autores (fig. 4).

Los días de tratamiento oscilan desde un mínimo de 54 hasta un máximo de 735. Con un promedio en días de 177 (fig. 5).

La cifra más elevada se corresponde a una paciente que durante meses se negó a someterse a cirugía, aun a pesar del mal resultado del tratamiento, no aceptando otro que el homeopático, accediendo a la intervención quirúrgica cuando su cuadro clínico se agravó.

Conclusiones

Dentro del grupo de los dolores neuropáticos, el síndrome de atrapamiento del nervio mediano en el túnel del carpo es una patología frecuente en mujeres y más raramente en varones, siendo la mayoría de los casos idiopáticos, aunque se barajan posibles causas etiológicas, como la hidratación en los síndromes premenstruales, los traumatismos repetidos, las repeticiones posturales anómalas, etc.

En nuestra serie se observa que la incidencia es femenina, con el 100% de los casos, a una edad de 62 años de promedio. Como posibles causas desencadenantes podemos pensar en los casos de luxación de hombro con edema del miembro superior y como consecuencia el estrechamiento del túnel carpiano. También podemos ver el traumatismo repetido por unos bastones de marcha o en el único caso después de una cirugía del túnel carpiano como una causa iatrogénica, bien por bridas cicatriciales o por edema que no cede a pesar de los tratamientos convencionales.

Respecto a la lateralidad (fig. 6), es compatible con la mayoría de las series, en las que aproximadamente el 50% de los casos es bilateral y el otro 50% se reparte en ambas manos, con un predominio del lado derecho, posiblemente por ser la mano dominante y como tal sujeta a un mayor traumatismo por uso.

Los días de tratamiento, con un promedio de 177 (fig. 5), están muy sesgados, dado que si exceptuamos los casos n.º 4 y 5, con una luxación de hombro ambos, con 445 y 396 días de tratamiento, el caso n.º 6, que mantendrá sus muletas continuamente y 431 días, y finalmente el caso n.º 7, que se negó a operarse hasta su agravamiento. Vemos que el promedio de duración del tratamiento con *Aranea diadema* 5 CH es de unos 90 días, cifra más que aceptable.

Finalmente, los criterios de curación (fig. 7), dado que la EMG es una prueba muy mal tolerada por muchos pacientes, no obstante deseable para tener datos objetivos, se omitió en los casos en que el paciente mostraba su rechazo. Por lo

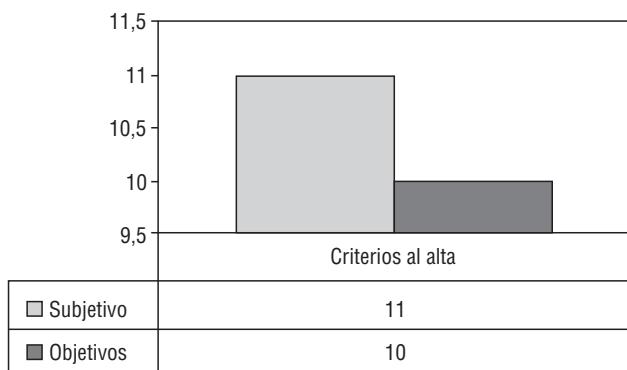


Figura 7 Clasificación al alta por criterios: 11 casos subjetivos (por clínica) y 10 casos objetivos (por electromiografía).

tanto, exceptuando esos casos con EMG en los que se demostraba la desaparición de los signos de neuropatía por atrapamiento, la totalidad de los casos se evaluó por un criterio clínico de ausencia de síntomas, tanto diurnos como nocturnos, y la negativización de la prueba de Phalen.

Por todo esto, consideramos que la utilización de *Aranea diadema* 5 CH 5 gránulos 3 veces al día, merece la pena tenerla en cuenta en nuestro arsenal terapéutico junto a los tratamientos alopáticos y la cirugía, con la ventaja de no producirse iatrogenia, ser más económico el tratamiento y la posibilidad, si el caso así lo aconseja, de pasar inmediatamente a otras terapéuticas sin merma de la capacidad de respuesta del paciente.

No obstante sería aconsejable realizar más estudios al respecto para así obtener una base de datos más amplia y poder obtener conclusiones más sólidas.

Bibliografía recomendada

Amengual C. Medicina homeopática. Barcelona: Timun Mas; 2007.

Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Omstein E, Ranstam J. Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA*. 1999;282:153-8.

Benkemoun P. Tratado de homeopatía. Colección de Homeopatía. 2.ª ed. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2002.

Boulet J. Diccionario de Homeopatía. Barcelona: Robin Book; 1998.

D'ArCy CA, McGee S. Clinical diagnosis of carpal tunnel syndrome. *JAMA*. 2000;284:1924-5.

Demarque D, Jouanny J, Poivetin B, Jean YS. Farmacología y materia médica homeopática. CEDH; 2010.

Gotteris MA, Espinosa Freire I. Síndrome del túnel carpiano. Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: Semfyc; 1998.

Márquez C, Montero J. Esquemas en dolor neuropático. Síndromes dolorosos por compresión nerviosa. Barcelona: Ars Médica; 2007.

Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Neuropatías: síndrome del túnel carpiano. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4.ª ed. Madrid: Harcourt; 1998.

Marzetti R. Homeopatía teoría y práctica. Editorial el Ateneo.

McRae R, Kinninmonth AWG. Síndromes de compresión nerviosa de la extremidad superior. Manual ilustrado de traumatología y ortopedia. Madrid: Edimsa; 1998.

Phalen GS. The carpal tunnel syndrome: clinical evaluation of 598 hands. *Clin Orthop*. 1972;83:29-40.

Randol Barker L, Burton JR, Zieve PD. Neuropatías por compresión y atrapamiento: síndrome del túnel carpiano. Principios de Medicina Ambulatoria y Familiar. Barcelona: Masson; 1995.

Roel J. Las patologías por movimientos y esfuerzos de repetición. Informe para un daño anunciado. Estadísticas de enfermedades profesionales 1998. Anuario AT 38. Alicante: Ministerio de Trabajo de España; 1999.

Steele M. Carpal tunnel syndrome. eMedicine Journal [número en internet]. July 5 2001 [citado el 25-11-2003]; 2(7). Disponible en: <http://www.emedicine.com>