

# Síndrome do túnel do carpo: tratamento pela técnica da mini incisão palmar

Claudio Roberto Martins Xavier<sup>1</sup>, Roberto Della Torre dos Santos<sup>2</sup>

---

## RESUMO

Os autores apresentam a técnica pela qual tem tratado a maioria dos seus casos de síndrome do túnel do carpo, desde Julho de 1996, fazendo uma análise crítica dos resultados obtidos assim como das complicações observadas no período.

**Descritores:** Síndrome do tunel do carpo / cirurgia.

## SUMMARY

The authors show the technique which they have been used for the most patients with carpal tunnel syndrome, from July 1996 to December 2000. They analyse the achievements and complications noticed in that period.

**Key Words:** Carpal tunnel syndrome / surgery.

## INTRODUÇÃO

A síndrome do túnel do carpo é uma entidade clínica amplamente conhecida, sendo indiscutivelmente a neuropatia compressiva mais freqüente dos membros superiores, provocada pela compressão do nervo mediano ao nível do canal do carpo.<sup>(1,2,3,4,5)</sup> Apesar do grande número de técnicas cirúrgicas descritas para seu tratamento, este ainda é assunto freqüente de discussões, seja pelas inovações tecnológicas, ou pela insatisfação dos cirurgiões com resultados e complicações, fazendo com que se busquem constantemente melhores resultados com técnicas mais simples.

Atualmente é consenso, que a liberação do ligamento transversal do carpo é suficiente na maioria dos casos para o tratamento da síndrome do túnel do carpo, sem a necessidade de microneurólise. Em nosso meio, a primeira referência à técnica da mini incisão palmar é de Ortiz e cols.<sup>(6)</sup>

---

1-2 Médicos do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital do Servidor Público do Estadual - IAMSPE - São Paulo - SP  
Endereço para correspondência: E.Mail: claudioxavier@uol.com.br

### INDICAÇÕES E CONTRA INDICAÇÕES

Nossa indicação cirúrgica é baseada em critérios clínicos, verificada a presença de pelo menos 3 das seguintes condições:

- Sintomas noturnos (dor/ formigamento)
- Teste de Phalen positivo <sup>(7,8)</sup>
- Hipotrofia/atrofia da eminência tenar
- Ausência de resposta satisfatória ao tratamento conservador

Embora realizemos rotineiramente a eletroneuromiografia em todos os pacientes, ela isoladamente não é utilizada para indicar o tratamento cirúrgico, apenas para confirmar o diagnóstico clínico e para fins de documentação do caso.

Consideramos como contra indicações à técnica:

- Cirurgia prévia para descompressão do nervo mediano
- Ausência de condições clínicas para o procedimento cirúrgico
- Ausência de sintomas e sinais clínicos característicos da doença

### PLANEJAMENTO PRÉ OPERATÓRIO

Após tentativa de tratamento conservador, medicamentoso e com fisioterapia sem resposta, tem-se a indicação do tratamento cirúrgico. O paciente é submetido então a avaliações clínica e laboratorial pré operatórias rotineiras, assim como avaliação pré anestésica. É importante salientar a necessidade de se afastar a existência de outras condições sistêmicas ou do membro superior que possam produzir sintomas semelhantes à síndrome do túnel o carpo (diagnóstico diferencial).

#### Cirurgia

O paciente é internado em regime de Hospital Dia, ou seja, internação menor que 24 horas, e será operado em ambiente de centro cirúrgico, com técnica asséptica.

#### Anestesia

Temos preferido o uso do bloqueio anestésico venoso de Bier, com lidocaína a 1% sem vasoconstrictor, por se tratar de procedimento rápido, simples, que permite boa analgesia para ato cirúrgico relativamente rápido e alta hospitalar também rápida.

#### Técnica Cirúrgica

A técnica da mini incisão palmar, consiste em uma incisão cirúrgica longitudinal de aproximadamente 1,5 a 2,0 cm de extensão, iniciada distalmente à prega de flexão do punho e alinhada à borda ulnar do 4º dedo (figuras 1 e 2). Após a incisão e dissecação do subcutâneo, o tendão do músculo palmar longo pode ser visualizado e, após seccionado, expõe-se a fascia palmar. <sup>(6,9,10,11)</sup>



**Figura 1** - Parâmetros para via de acesso



**Figura 2** - Marcação de pele (mini incisão)

Com o auxílio de dois afastadores de Senn-Müller, é realizada uma incisão pequena no ligamento transverso do carpo, permitindo a identificação por visão direta do nervo mediano (figura 3). Com a proteção de uma tentacânula (figura 4), procede-se a abertura de todo o ligamento transverso do carpo com um bisturi de lâmina nº 15, deslizando-se os afastadores distal e proximalmente pela incisão (figuras 5 e 6).



**Figura 3** - Identificação do canal carpiano



**Figura 4** - Uso da tentacânula para proteção do nervo mediano



**Figura 5** - Liberação do canal do carpo



**Figura 6** - Liberação do canal do carpo

Após hemostasia com bisturi elétrico bipolar, e verificação por visão direta da liberação de toda a extensão do canal carpiano (figura 7), a pele é suturada através de pontos separados de nylon monofilamentar nº 5.0 (figura 8). Julgamos ser conveniente a realização do procedimento com o auxílio de magnificação óptica, através de lupas cirúrgicas.



**Figura 7 - Inspeção do nervo mediano**



**Figura 8 - Sutura da pele**

Não utilizamos antibióticoterapia profilática pré, intra ou pós operatória, nem imobilização gessada, apenas enfaixamento compressivo (figura 9).



**Figura 9 - Enfaixamento compressivo pós operatório**

## Pós operatório

Orientamos a movimentação ativa dos dedos assim que recuperado o paciente da anestesia. O primeiro curativo é trocado no 3º pós operatório, sendo o enfaixamento mantido até o 10º dia, quando são retirados os pontos.

## Reabilitação

O retorno do paciente às suas atividades de vida diária e profissional é progressivo, sendo raramente necessária a reabilitação através de fisioterapia, exceção feita aos raros casos que evoluem com algum tipo de complicação.

## RESULTADOS CLÍNICOS

A técnica da mini incisão palmar, após um período de aprendizado e adaptação, demonstra resultados bastante semelhantes à técnica de exposição ampla no que diz respeito ao desaparecimento dos sintomas dolorosos e do formigamento noturno nas mãos, assim como a satisfação dos pacientes com o resultado do tratamento. Porém, observamos que a técnica apresenta algumas vantagens quando em comparação, especialmente com relação ao tempo de remissão da dor na cicatriz cirúrgica, aspecto da cicatriz, retorno às atividades de vida diária e profissionais e tempo para alta ambulatorial (mais curtos), assim como uma incidência discretamente menor de algumas complicações, como as relacionadas à cicatriz (hipertrofia, hipersensibilidade e dor no pilar) e o desenvolvimento de quadros distróficos.

## COMPLICAÇÕES

Como complicações da técnica, temos observado apenas situações sem maior gravidade, como hipersensibilidade temporária e/ou hipertrofia na cicatriz, e alguns casos de recidiva precoce dos sintomas, provavelmente relacionados a erro de técnica, com liberação incompleta do canal carpiano, exigindo nova intervenção cirúrgica.

São também complicações possíveis, aquelas inerentes às cirurgias em geral, como deiscência de sutura, infecção, lesões tendinosas, vasculares ou nervosas, assim como a distrofia simpático-reflexa<sup>(4,12,13)</sup>, situações que não temos observado em nossos casos operados pela técnica da mini incisão palmar.

## RECOMENDAÇÕES

Como dados que podem facilitar a realização do procedimento, gostaríamos de salientar a importância da utilização de instrumental cirúrgico adequado, em especial dos afastadores de Senn-Müller de dimensões compatíveis com o tamanho da incisão e também do uso da tentacânula, que além de facilitar a abertura do retináculo flexor, também confere maior segurança na proteção do nervo mediano contra lesões acidentais. Outro fator fundamental para a realização da cirurgia sem maiores dificuldades, é a atuação do auxiliar, já que sem um afastamento adequado, torna-se praticamente impossível a liberação segura do canal por uma incisão de dimensões tão reduzidas. Durante o procedimento, ato que facilita bastante é a elevação da pele e partes moles com os afastadores nos ângulos da incisão, permitindo uma melhor visualização das estruturas internas.

## REFERÊNCIAS

1. Galbiatti J, Fallopa F, Albertoni WM, Silva SEAB. Via de acesso ulnar da síndrome do túnel do carpo. *Rev Bras Ortop* 1991;26:389-94.
2. Barbieri CH. Síndrome do túnel do carpo: tratamento cirúrgico. *Rev Bras Neurol* 1991;27 Suppl 1:39-42.
3. Chiconelli JR, Seda H, Monteiro AV, Godinho DR. Síndrome compressiva do túnel do carpo: aspectos clínicos e semiológicos. Resultados do tratamento cirúrgico. *Rev Bras Reumatol* 1998;28:119-24.
4. Lam N, Thurston. Results of open carpal tunnel release: a comprehensive, retrospective study of 188 hands. *Aust New Z J Surg* 1997;68:283-8.
5. Zumiotti AW, Ohno P. Tratamento cirúrgico da síndrome do túnel do carpo por via endoscópica. *Rev Bras Ortop* 1994;29:561-4.
6. Ortiz J, Llobet AJ. Síndrome do canal carpiano: tratamento cirúrgico por mini incisão. *Rev Bras Ortop* 1990;25:50-4.
7. Phalen GS, Kendrick JI. Compression neuropathy of the median nerve in carpal tunnel. *Jama* 1957;164:524-30.
8. Phalen GS. The carpal tunnel syndrome: seventeen years experience in diagnosis and treatment of six hundred fifty four hands. *J Bone Joint Surg (A)* 1966;48:221-8.
9. Campiglio GL, Pajardi G. Carpal tunnel release with short incision. *Plast Reconstr Surg* 1998;101:1151-2.
10. Nathan PA. Carpal tunnel release using minimally invasive technique. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:1195-7.
11. Serra JMR, Benito JR, Monner MD. Carpal tunnel release with short incision. *Plast Reconstr Surg (Barcelona)* 1997:129-35.
12. Louis DS, Greene TL, Moellert RC. Complications of carpal tunnel surgery. *J Neurosurg* 1985;62:352-6.
13. Ebskov LB, Boeckstyns MEH, Sorensen AI. Operative treatment of carpal tunnel syndrome in Denmark. *J. Hand Surg (B)* 1997;22:761-3.