

SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA  
HOSPITAL COMARCAL DE CALATAYUD (ZARAGOZA)

# Síndrome Canalar ocasionado por Músculo Abductor Largo Accesorio del 5º dedo.

## A propósito de un caso

P. PRESA CANDELL; J.M. BARNOLA PETIT;  
J. F. LOPEZ MARCO; J. A. VELILLA GODED

### RESUMEN

En este artículo se analiza un caso clínico de síndrome canalar del túnel carpiano causado por un músculo aberrante (abductor largo accesorio del 5º dedo) tratado quirúrgicamente, que posteriormente (8 meses) se complicó con un síndrome compresivo cubital a nivel del canal de Guyón por no resear en su totalidad dicho músculo en el acto quirúrgico inicial.

Revisión, bibliografía y conclusiones.

Descriptores: Síndrome del túnel carpiano. Músculo abductor largo 5º dedo.

### SUMMARY

The authors analyze a clinic case of carpal tunnel syndrom caused by an aberrant muscle (long abducent accesory of fifth finger) treated by surgery, whitch after aight months was complicated with an ulnar nerve compressive syndrom at the Guyon´s canal caused by not completely resecting the mentioned muscle in the initial operation.

Review of bibliography an conclusions.

Key words: carpal tunnel Syndrom.

### Introducción

A finales del siglo pasado se comenzaron a tener en cuenta las anomalías musculares como hechos de observación anatómica pura, sin que se tuviesen en consideración las posibles consecuencias en el ser vivo. Así lo atestiguan los estudios de WOOD (1), TESTUT (2) y LE DOUBLE (3)

Actualmente han pasado de ser un mero hallazgo de interés para anatomistas y antropólogos, integrándose de lleno en la cotidianidad del clínico, siendo relativamente abundante la literatura referida a ellas, la mayoría de las veces como casos aislados (4, 5, 6, 7, 8). Existen, sin embargo, afortunados logros en

cuanto a la clasificación y estudios sistemático de las mismas, como los de CANTERO (9), BOURREL (10) y FURNAS (11), que las dividen básicamente en:

A- Variaciones en la situación, forma, volumen o número de un músculo.

B- Músculos supernumerarios aberrantes.

Las anomalías musculares propias de la mano son afecciones difíciles de diagnosticar fuera del acto quirúrgico, y causa frecuente de errores al determinar la etiopatogenia y plantear el tratamiento de los síndromes compresivos que pudieran originar, etiquetándose de otras afecciones más frecuentes como son los lipomas (12, 13), gangliones (13, 14), tenosinovitis (9, 12), hemangiomas (12, 15) e inclu-

so compresiones de la 6ª y 7ª raíces cervicales (12).

Su frecuencia, según la localización, varía según las series de diversos autores, siendo el palmar menor el que más a menudo resulta afectado (13, 16, 17, 18), siguiéndole el flexor superficial de los dedos (9, 10, 19), el extensor corto de los dedos largos (9), el abductor largo del meñique (9, 20) y los lumbricales (6, 21).

La relación existente entre anomalía muscular y compresión nerviosa puede llegar a ser bastante alta según las series (9), pero la existencia de un factor microtraumático o de sobrecarga (5, 6, 12, 20, 22, 23) puede considerarse determinante respecto a la aparición de la clínica, así como los menos frecuentes factores metabólicos (24, 25), hormonales (12), autoinmune (26) o la coexistencia con algún tumor (27).

Phalen es de la opinión de que no se debe de considerar la anomalía muscular como causa primaria en los síndromes del túnel carpiano (12).

### Caso Clínico

Mujer de 45 años de edad, ama de casa, que acude a la consulta en octubre de 1.986 presentando una cervicalgia de 18 meses de evolución que se había agravado últimamente con cefaleas de localización occipital e hipoestesia en el 3º. dedo de la mano derecha.

La exploración clínica confirma la hipoestesia del 3º. dedo, así como la evidencia de un signo de Tinnel ++, signo del manguito ++ y signos radiculares ++, no existiendo trofías, parexias o parálisis. El estudio electromiográfico reflejó la presencia de potenciales de fibrilación en territorio de C<sub>5</sub> y de C<sub>6</sub> (biceps). El electroneurograma concluyó que existía una disminución considerable de la velocidad de conducción sensitiva y una desincronización del potencial sensitivo del nervio mediano derecho a nivel de la muñeca, compatible con un síndrome del túnel carpiano.

Siendo preceptivo el tratamiento quirúrgico, se procedió al mismo bajo anestesia por bloqueo de plexo con Mepivacaina. Incisión cutánea en "S" en cara anterior de la muñeca comenzando en el borde cubital. Despegamiento y desplazamiento de la piel y tejido celular subcutáneo, observándose la existencia de un vientre muscular cuya inserción proximal se encuentra a nivel del palmar menor y ligamento anular del carpo. Se procedió a la densin-

ción proximal del citado músculo y a la apertura del ligamento anular, liberando el nervio mediano

A los 2/3 días de la intervención quirúrgica cedieron las parestesias digitales. Realizada una valoración clínica a los 6 meses de la intervención, la paciente estaba completamente asintomática, realizando sus labores habituales.

En junio de 1.987 la paciente volvió a la consulta por presentar parestesias en el 4º y 5º dedos de la mano derecha. Clínicamente no aparecía el signo de Froment, los músculos interóseos eran normales y el canal de Guyon era doloroso a la presión +++. Por otra parte refería dorsalgia localizada en los niveles de D<sub>7</sub> a D<sub>12</sub>. El estudio electromiográfico confirmó que las parestesias en el 4º y 5º dedos respondían a un síndrome compresivo del nervio cubital a nivel del canal de Guyón.

Se procedió a intervenir quirúrgicamente a la paciente mediante bloqueo de plexo. La incisión cutánea se realiza sobre la anterior y prolongándola tanto proximal como distalmente. Se identificó el vientre muscular, desinsertado proximalmente en la anterior intervención y siguiéndose distalmente su trayectoria, observándose que se introducía, formando un cordón, por el canal de Guyón, insertándose junto con el abductor del meñique en la parte interna de la articulación metacarpofalángica. Una vez individualizado se procedió a la resección completa del músculo y, a continuación, a la apertura del canal de Guyón.

La sintomatología desapareció a los pocos días de la intervención.

### Discusión

El músculo abductor del meñique está situado en la parte interna de la eminencia hipotenar, insertándose proximalmente en el pisiforme y en una expansión fibrosa que envía al tendón del cubital anterior, y distalmente en el sesamoideo y ligamento glenoideo de la articulación metacarpofalángica y en el tubérculo interno del extremo superior de la primera falange del meñique (28, 29).

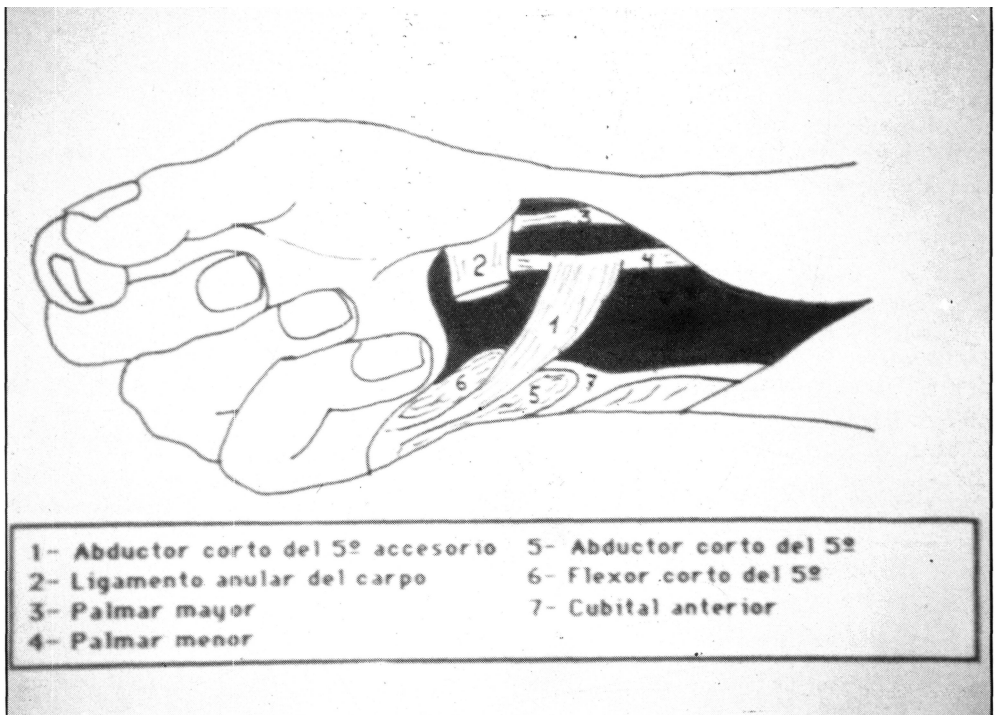
El músculo hallado durante el acto operatorio lo identificamos como un abductor largo accesorio del 5º dedo que conservaba su inserción distal común con el abductor corto y que proximalmente atravesaba el carpo entre el pisiforme y el ganchoso terminando en la aponeurosis superficial del antebrazo y palmar menor, dando efectos de compresión nerviosa a nivel de los canales del carpo y de

### Guyón.

En los anfibios, la musculatura de la mano es exclusivamente intrínseca, constituida por gruesos músculos del tipo brevis, separados de la musculatura del antebrazo por los huesos del carpo (30, 31, 32). A medida que la función sustentadora de las extremidades superiores se va sustituyendo por la prensora, la musculatura flexora de los dedos atraviesa la barrera del carpo para fusionarse con la musculatura del antebrazo, quedando finalmente los músculos tenares e hipotenares como representación única de la musculatura intrínseca de la mano (13, 31, 33). En nuestro caso se trata pues de una migración proximal de un músculo intrínseco, lo cual, según lo antedicho, supone un paso adelante dentro del proceso evolutivo.

Consideramos de interés la presentación de este caso de doble compresión del nervio cubital y mediano a nivel de los canales de Guyón y del carpo respectivamente, separados cronológicamente en el tiempo, para hacer

hincapié en la necesidad de realizar, en cuanto se objetive la anomalía, amplias incisiones operatorias (4) en las que puedan reconocer las inserciones, tanto proximal como distal del músculo aberrante, así como proceder a la excisión total del mismo (9), pues en nuestro caso, la simple desinserción proximal con apertura del canal carpiano, llevó a la resolución del problema compresivo a nivel del nervio mediano, pero presentándose con posterioridad un síndrome compresivo del nervio cubital a nivel del canal de Guyón, que obligó a una nueva intervención quirúrgica, en la que se procedió a la extirpación completa del músculo aberrante.



## BIBLIOGRAFÍA

1. WOOD, J.: On some varieties in human myology". Proc. R. Soc. London, 1.864, 13:299.
2. TESTUT, L.: Les anomalies musculaires chez l'homme expliquées par l'anatomie comparée". 1<sup>a</sup> ed. Paris: Ed. Masson, 1.884.
3. LE DOUBLE, A.F.: "Traité des variations du système musculaire de l'homme". 1<sup>o</sup> ed. Paris: Flammarion, 1.897.
4. AMETEWEE K.; HARRIS, A ; SAMUEL, M.: "Acute carpal tunnel syndrome produced by anomalous flexor digitorum superficialis indicis muscle". J. Hand Surg. (Br) 1.985 Feb, 10 (1): 83-84.
5. DORIN, D.; MANN, R. J.: "Carpal tunnel syndrome associated with abnormal palmaris longus muscle". South Med. J., 1.984, Sep, 77 (9): 1210-1211.
6. GLEASON, T. F.; ABRAHAM, E.: "Bilateral carpal tunnel syndrome associated with unilateral duplication of the flexor digitorum superficialis muscle: a case report". Hand, 1.982, Feb, 14 (1): 48-50.
7. KISTAN, T.: "Carpal tunnel syndrome caused by rare tendon variation". Handchir. Mikrochir. Plast. Chir., 1.986, Mar, 18 (2): 77-78, Ger..
8. RUDIGIER, J.: Bolh, Median nerve compression syndrome caused by atypical palm muscle". Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. 1.985, 17 (1): 27-30.
9. CANTERO, J.: "Anomalías musculares de la mano y del antebrazo". Rev. Esp. Cir. Mano 1.983, 25 (11): 9-22.
10. BOURRER, P.: "Anomalies musculaires et syndromes canalaire. Syndromes canalaire du membre superieur". 1<sup>a</sup> ed. Paris. Ed. Expansion Scientifique 1.983, 89-95.
11. FURNAS, D. W.: Muscle-tendon variations in the flexor compartment of the wrist". Plast. and Reconstr. Surg. 1.965, 36: 320-324.
12. PHALEN, G. S.: Reflection on 21 years experience with the carpal tunnel syndrome". J. A. M. A. 1.970, 212: 1.365.
13. STILL, J. M. JR.; HAROLD, E. K.: "Anomalous muscle and nerve entrapment in the wrist and hand". Plast. and Reconstr. Surg. 1.983, Oct, 394-400.
14. REIMAN, A, F.: The palmaris longus muscle and tendon. A study of 1.600 extremities". Anat. Rec. 1.944, 89:495.
15. MESEGUER, L. R.: Etiología poco frecuente en el síndrome del tunel carpiano". Rev. Inf. Med. Ter. 1.979, 44 (6-7): 175-179.
16. BERTOLOTTI, P.; GRANDIS, C.; FERRARI, G. L.; BONELLI, A.: "Anomalías del palmar menor como causa del síndrome del tunel carpiano". Rev. Esp. Cir. Mano 1.980, 19 (8): 23-30.
17. KAPLAN, E. B.: "Functional and surgical anatomy of the hand". 1<sup>a</sup> ed. Phil.: Ed. J. B. Lipp 1.965; 160-169.
18. TANE, G. D.: Quain's elements of anatomy". 1<sup>a</sup> ed. Londres: Logmans, Green and Co. 1.882, 189.
19. SMITH, R. J.: "Anomalous muscle belly of the flexor digitorum superficialis causing carpal tunnel syndrome". J. Bone Joint Surg. 1.971, 53 A: 1.215-1.216.
20. JEFFERY, A. K.: "Compresion of the deep palmar branch of the ulnar nerve by anomalous muscle". J. Bone Joint Surg. 1.971, 53 B: 718.
21. BARTON, N. J.: "Another cause of median nerve compression by a lumbrical muscle in the carpal tunnel". J. Hand Surg. 1.979, 4: 189-190.
22. HAYES, C. W.: "Anomalous flexor sublimis muscle with incipient carpal tunnel syndrome". Plast. and Reconstr. Surg. 1.974, 53 (4): 479-483.
23. ROSS, J. A.; TROY, C. A.: The clinical significance of the extensor digitorum brevis manus". J. Bone Joint. Surg. 1.969, 51 B: 473.
24. LESLIE, B. M.; RUBY, L. K.: Congenital carpal tunnel syndrome. A case report". Orthopedics - 1.985, Sep, 8 (9): 1165-1167.
25. MINER, M. et SCHIMKE, R. N.: Carpal tunnel syndrome in pediatric mucopolysaccharidosis". J. Neurosurg. 1.975, 43: 102-103.
26. BROW, F. E.; MORGAN, G. J. JR.; TAYLOR, T.; O'CONNOR, G. T.: Coexistence of muscle anomalies and rheumatoid arthritis in patients with carpal tunnel syndrome". Clin. Exp. Rheumatol 1.984, Oct-Dec, 2 (4): 297-302.
27. ASAI, M.; WAY, C. W. A.; MATSUNAGA, T.; AKAHOSHI, Y.: Carpal tunnel syndrome caused by aberrant lumbrical muscles associated with cystic degeneration of thethenosynovium: a case report". J. Hand Surg. (Am) 1.986 Mar, 11(2): 218-221.
28. SPALTEHOLZ, W.: "Atlas de anatomía humana". 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ed. Labor, 1.972.
29. TESTUT, D. R.: Tratado de anatomía humana". 1<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ed. Salvat, 1.985.

30. MC MURRICH, J. P.: The phylogeny of forearm flexors". *Am. J. Anat.* 1.903, 2:177-209.
31. MINER, R. W.: The pectoral limb of erypods and other primitives tetrapods". *Bull. Am. Museum Nat Hist.* 1.924-25, 51-145.
32. WESSER, D. R.; CALOSTYPIS, F.; HOFFMAN, S.: The evolutionary significance of an aberrant flexor superficialis muscle in the human palm". *J. Bone Joint Surg.* 1.969, 51 A: 369.
33. FRAZER, J. E.: The derivation of the human hypotenar muscles". *J. Anat. and Physiol.* 1.908, 42: 326.