

# Síndrome del Túnel Carpiano asociado a la existencia de Palmar Profundo. Aportación de 2 nuevos casos

G. CELESTER BARREIRO, A. CASTRO RIO

MUTUA LA FRATERNIDAD. SERVICIO DE CIRUGIA DE LA MANO DEL HOSPITAL MODELO. A CORUNA

**Correspondencia:**

Dr. Gabriel Celester Barreiro  
Avda. del Ejército 12, bajo (Mutua)  
15006 A Coruña  
gcelester@fraternidad.com

**Objetivo.** Analizar dos casos de tendón palmar profundo y realizar una revisión de la literatura comparando con ella nuestros hallazgos.

**Resumen:** Se presentan dos casos de síndrome del túnel carpiano con presencia de un músculo supernumerario intrarretinacular de gran rareza —el palmar profundo—, en sendos pacientes varones jóvenes.

**Resultados.** La destechadura del túnel más la resección tendinosa resolvieron ambos casos.

**Conclusión.** El palmar profundo parece ser un factor agravante, no la causa primaria, del síndrome del túnel carpiano.

**Palabras clave:** *síndrome del túnel carpiano, músculos supernumerarios mano, palmar profundo.*

**Objective.** To analyze two cases of palmaris profundus tendon and to present a review of the literature, comparing our findings.

**Abstract.** Two cases of carpal tunnel syndrome are presented, associated to a supernumerary muscle in the carpal tunnel, which is very rare —palmaris profundus—, in both cases the patients affected were young males.

**Results.** Release of the carpal tunnel and resection of the tendon resolved both cases.

**Conclusions.** Palmaris profundus seems to be an aggravating factor, not the primary cause, of carpal tunnel syndrome.

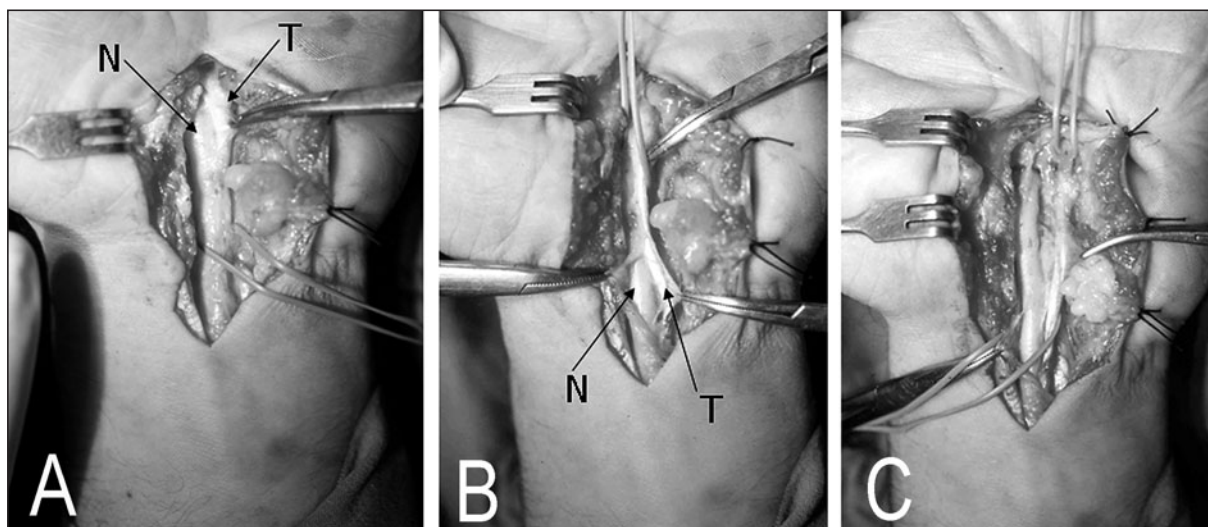
**Key words:** *carpal tunnel syndrome, supernumerary muscles of the hand, palmaris profundus.*

*Rev. Iberam. Cir. Mano - Vol. 34 • Núm. 1 • Abril 2006 (27-30)*

Las anomalías musculares del antebrazo y de sus inserciones tendinosas distales en la muñeca y mano son objeto de frecuentes comunicaciones, sobre todo cuando causan alteraciones nerviosas o vasculares por compresión<sup>1, 7, 10, 11</sup>. Algunas de estas variaciones anatómicas son muy comunes —las distintas inserciones y el variable número de tendones del ab-

ductor largo del pulgar, por ejemplo— y otras de insólita aparición, como la del denominado palmar profundo (*palmaris profundus*), un músculo supernumerario cuyo tendón distal discurre por el interior del túnel carpiano.

Desde la primera publicación de esta anomalía, hecha por Frohse y Frenkel en 1908, las comunicaciones de su hallazgo son tan excepcio-



**Figura 1:** A.- El nervio (N) y el tendón (T) están englobados por la misma vaina conjuntival. B.- Identificación de ambas estructuras al abrir la vaina. C.- Nervio y tendón separados.

nales que en una revisión bibliográfica, Mathoulin (8) sólo encuentra 16 casos descritos en un período de 90 años, todos asociados a un síndrome del túnel carpiano. Reimann (9), en un estudio sobre 1600 especímenes, encuentra un único caso de palmar profundo entre 530 anomalías musculares del antebrazo, de las que 138 afectaban al palmar menor. Aunque tal vez esta parquedad bibliográfica sea sólo paradójica y existan más casos publicados con otra nomenclatura, especialmente como variantes anatómicas del palmar menor<sup>11, 12</sup>.

El palmar profundo puede presentarse de modo impar<sup>3, 4</sup> o bilateral<sup>5, 6, 8</sup>. En algunas ocasiones aparece aisladamente, como reemplazando al palmar menor<sup>3, 5, 8</sup>, y en otras coexisten ambos músculos<sup>2, 4, 5, 6, 11, 12</sup>. La inserción distal es en la cara profunda de la aponeurosis palmar. No está clara su inserción proximal. Para Spinner (citado por Dyrebi<sup>4</sup>) el origen proximal del músculo parece asentar en las estructuras osteofibrosas profundas de la cara anterior del radio, entre sus tercios proximal y medio, donde puede causar compresión del nervio interóseo anterior.

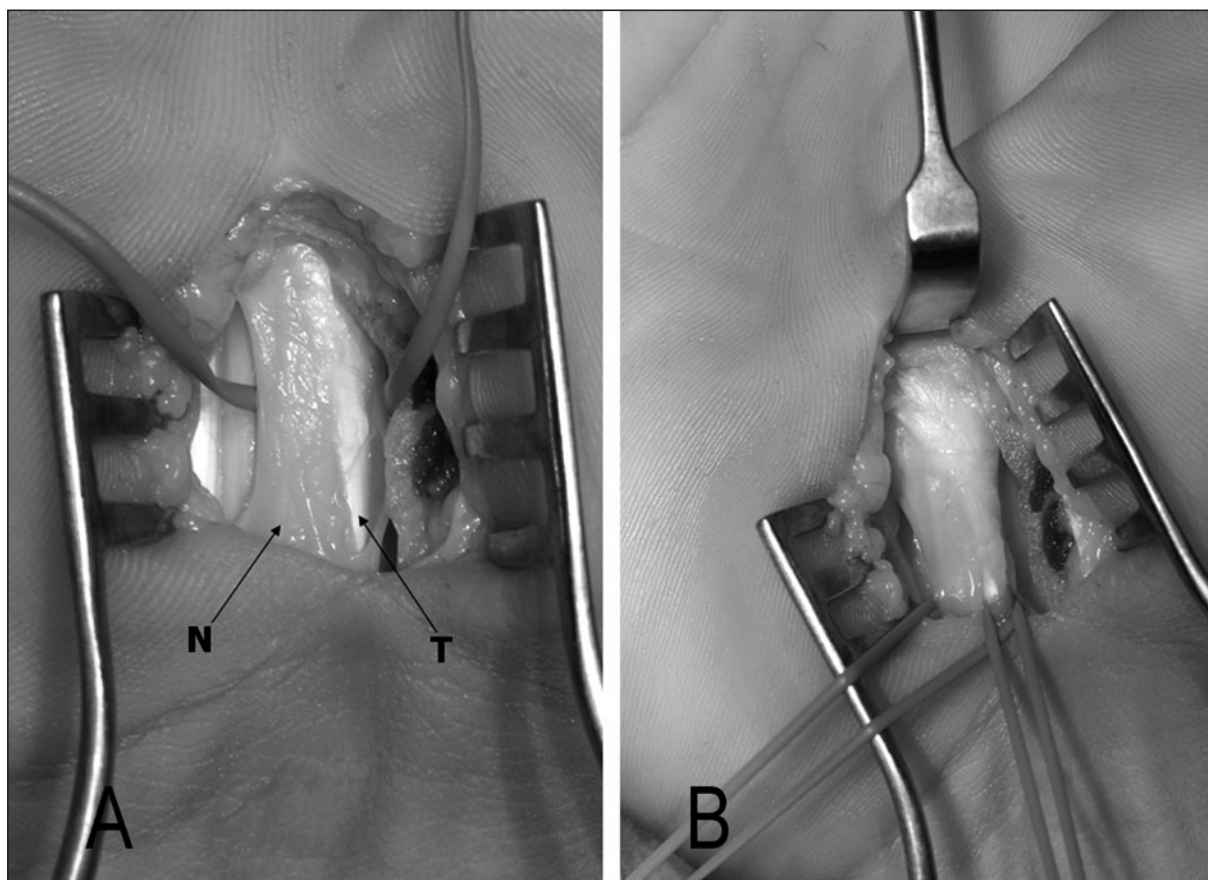
## CASOS CLÍNICOS

**Caso 1.** Paciente varón de 34 años, diabético insulina-dependiente, repostero de profesión,

con síndrome del túnel carpiano bilateral. Operamos primero el lado derecho, en el que no hallamos ningún detalle reseñable, y a las tres semanas el izquierdo, donde encontramos un tendón encintado, de unos 3,5 mm. de ancho, superpuesto sobre el nervio en su lado cubital y englobado por el epineuro (**Figura 1-A. Tendón sujeto con la pinza**). Ampliada la incisión, comprobamos que el tendón tiene su inserción distal en la cara profunda de la aponeurosis palmar media y acompaña al nervio proximalmente hasta donde nos parece ético prolongar la disección (**Figura 1-B**); lo que no nos permite conocer su punto de origen. Liberado el nervio y resecado todo el tendón visible, su estudio anatomopatológico informó de «fibras musculares esqueléticas sin alteraciones histológicas relevantes, con cambios atróficos en algunas zonas». A las 9 semanas de la intervención se reincorporó a su puesto de trabajo sin síntomas neurológicos.

El paciente tenía palmar menor en ambas muñecas.

**Caso 2.** Paciente varón de 28 años, trabajador de la siderurgia, que acude a la consulta por sensación de pérdida de fuerza en la mano derecha más parestesias nocturnas y diurnas en el territorio del nervio mediano. La exploración clínica y electromiográfica confirman un síndrome del túnel carpiano. En la intervención hallamos un tendón aplanado de unos 3 mm so-



**Figura 2:** A.- El nervio (N) y el tendón (T) están englobados por la misma vaina conjuntival, y bien definidos al abrir ésta. B.- Nervio y tendón separados con sendas cintas. Se aprecia la inserción tendinosa en abanico en la base de la aponeurosis palmar.

bre la cara anterior del nervio en su lado radial (**Figura 2-A**) que se insertaba en la cara profunda de la aponeurosis palmar ensanchándose en forma de abanico (**Figura 2-B**). Resecamos el tendón desde 1 cm. antes de su entrada en el túnel hasta su inserción final, y tampoco en este caso pudimos conocer su origen. Tenía palmar menor en ambas muñecas.

Informado el paciente de esta anomalía anatómica, consintió gentilmente en realizar una RNM y ecografía de su muñeca izquierda —en la que no presentaba sintomatología— no apreciándose en estas pruebas ninguna estructura tendinosa adyacente al nervio.

## DISCUSION

Ante el hallazgo de un palmar profundo cabe preguntarse si el tendón es la causa, un fac-

tor agravante o un mero hallazgo sin relación con el síndrome compresivo. Tanto nuestros pacientes como todos los descritos en la literatura mejoraron tras la resección del tendón anómalo, pero se desconoce si ello es debido a este gesto quirúrgico o a la mera apertura del retináculo. Algunos autores<sup>6,8</sup> consideran al tendón un mero factor agravante. En nuestros dos casos no hemos observado ninguna depresión del nervio achacable a la presión tendinosa, por lo que no nos parece que fuese éste la causa principal del síndrome del túnel carpiano. En cambio, uno de los pacientes de Fatah<sup>5</sup> presentaba en el nervio una clara muesca en la zona de contacto con el tendón. Es probable que pueda ser la causa primaria en algún caso, pero no en la mayoría; de hecho, varios pacientes comenzaron con síntomas por encima de los 50 años de edad<sup>4,8</sup>. Fatah comunica dos casos en varones de 72 y 85 años.

Aun cuando parezca significativo que nuestros dos pacientes sean varones jóvenes que no se ajustan al paciente-tipo de esta patología, habitualmente mujeres y de mayor edad media, en los dos hay claros factores ocupacionales: uno debe abrir la boca de un alto horno empleando una pesada varilla de hierro, labor que exige gran fuerza con ambas manos; el otro amasa y carga cajas de pan y cruasanes durante toda su jornada laboral. Este último además es

diabético, factor bien conocido en la etiopatogenia de las neuropatías periféricas.

Como comentario final, nos gustaría señalar que si bien suele ser suficiente la simple apertura del túnel carpiano para descomprimir el nervio mediano, en nuestra opinión es más aconsejable observar siempre el aspecto del nervio y reconocer el canal en busca de posibles causas de compresión, como sinovitis, gangliones, tumores o anomalías musculares.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Amillo S, Barrios RH, Martínez Peric. Músculo palmar menor accesorio ocasionando compresión del nervio cubital en la muñeca. *Rev Esp Cir Mano* 1.992, 43, 77-79.
2. Bauer JM, Trussell JJ. Palmaris profundus causing carpal tunnel syndrome. *Orthop* 1992; 15: 1348-1350.
3. Brones MF, Shaw Wilgis EF. Anatomical variations of palmaris longus causing carpal tunnel syndrome. *Plast Reconstr Surg* 1978; 62: 798-800.
4. Dyrebi JR, Engber WD. Palmaris profundus: a rare anomalous muscle. *J. Hand Surg* 1982; 7A: 513-514.
5. Fatah MF. Palmaris profundus of Frohse and Frankel in association with a carpal tunnel syndrome. *J. Hand Surg* 1984; 9B: 142-144.
6. Floyd T, Burger RS, Sciaroni CA. Bilateral palmaris profundus causing bilateral carpal tunnel syndrome. *J. Hand Surg* 1990; 15A: 364-366.
7. Luanco M, Sánchez M, Martínez A, Cuadrado L. Síndrome del túnel carpiano y resorte en la muñeca producidos por un lipoma de las vainas tendinosas y un músculo lumbrical anómalo. *Rev Esp Cir Mano* 1.990, 39, 23-26.
8. Mathoulin C, Daïliana Z. Palmaris profundus associé à un syndrome du canal carpien. À propos d'un cas et revue de la littérature. *La Main*, 1998; 3: 261-265.
9. Reimann AF, Daseler EH, Anson BJ, Beaton LE. The palmaris longus muscle and tendon: a study of 1600 extremities. *Anat Rec* 1946; 89: 495-505.
10. Rus A. Compresión nerviosa en la muñeca por músculos aberrantes. *Rev Esp Cir Mano* 1996, 51, 65-68.
11. Sánchez Lorenzo J, Márquez Cañada, López Díaz, González Sarasúa. Compression of the median nerve by an anomalous palmaris longus tendon: a case report. *J. Hand Surg* 1996; 21A: 858-860.
12. Schlafly B, Lister G. Median nerve compression secondary o bifid reversed palmaris longus. *J. Hand Surg* 1987; 12A: 371-373.