

SÍNDROME DO TÚNEL CÁRPICO - VARIANTE ULCERO-MUTILANTE

Neide Pereira¹, Maria Miguel Canelas², Ricardo Vieira², Américo Figueiredo³

¹Interna do Internato Complementar de Dermatologia e Venereologia/Resident, Dermatology and Venereology

²Assistente Hospitalar de Dermatologia e Venereologia/Consultant, Dermatology and Venereology

³Director de Serviço; Professor Doutor de Dermatologia e Venereologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra/

Head of Dermatology Department; Professor of Dermatology and Venereology of Coimbra University

Serviço de Dermatologia, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, Coimbra, Portugal

RESUMO – Introdução: As alterações cutâneas associadas à síndrome do túnel cárpico são raras.

Caso clínico: Descrevemos o caso de um doente do sexo masculino de 77 anos de idade, que apresentava lesões confinadas à zona sensorial do nervo mediano da mão esquerda. As lesões consistiam em ulcerações do 2º e 3º dedos, hiperqueratose cutânea, alterações distróficas das unhas, inflamação purulenta, encurtamento das falanges distais e osteólise acral observada na radiografia da mão. O doente, que até à data recusara a cirurgia descompressiva do nervo mediano, foi novamente orientado para consulta de Ortopedia.

Discussão: Bouvier foi o primeiro a descrever a variante ulcerativa e mutilante da síndrome do túnel cárpico, que inclui alterações cutâneas (atrofia, anidrose, eritema, edema, bolhas, esclerodactilia e úlceras indolentes), ungueais e ósseas (acro-osteólise). A descompressão cirúrgica é o tratamento definitivo para essa forma grave da doença, levando a uma melhoria considerável das alterações. No entanto, a osteólise é irreversível.

PALAVRAS-CHAVE – Síndrome do Túnel Cárpico; Úlcera Cutânea; Osteólise Acral.

CARPAL TUNNEL SYNDROME - ULCERATIVE AND MUTILATING VARIANT

ABSTRACT – Background: The cutaneous changes related to the carpal tunnel syndrome are rare.

Case report: We describe the case of a 77 years old, male patient who had lesions limited to the sensorial area of his left hand's median nerve. The lesions were ulcerations in the second and third fingers, cutaneous hyperkeratosis, dystrophic changes in the nails, pus-filled inflammation, shrinkage of the distal phalanxes and acral osteolysis displayed in the hand's radiography. The patient, who until that time refused the decompressive surgery of the median nerve, was once more redirected to an Orthopaedic consult.

Discussion: Bouvier was the first to describe the ulcerative and mutilating variant of carpal tunnel syndrome, which includes skin (atrophy, anhidrosis, erythema, swelling, blisters, sclerodactyly, and indolent ulcers), nail and bone changes (acro-osteolysis). Surgical decompression is the definitive treatment for this severe form of the disease, leading to a considerable improvement. However, osteolysis is irreversible.

KEY-WORDS – Carpal Tunnel Syndrome; Acral-osteolysis; Nails, Malformed; Skin Ulcer.

Conflitos de interesse: Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.
No conflicts of interest.

Caso Clínico

Correspondência:

Dr.ª Neide Pereira

Serviço de Dermatologia e Venereologia
Hospitais da Universidade de Coimbra
Praceta Mota Pinto
3000-075 Coimbra, Portugal
Tel.: 00351 239 400 420
Fax: 00351 239 400 490
E-mail: neidepereira@sapo.pt

INTRODUÇÃO

A síndrome do túnel cárpico é uma das neuropatias compressivas mais frequentes do membro superior. Geralmente apresenta-se com a tríade clássica de dor nocturna, hipoestesia e atrofia tenar, mas também pode estar associada a alterações cutâneas e ósseas. Na patogénese desta síndrome está implicada a compressão mecânica das fibras motoras, sensoriais e sobretudo fibras autonómicas do nervo mediano entre o ligamento transversal e ossos do carpo¹⁻³ com comprometimento da vascularização distal^{3,4}.

CASO CLÍNICO

Descrevemos o caso de um doente do sexo masculino de 77 anos de idade sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes, referenciado ao serviço de dermatologia por apresentar lesões ulceradas confinadas às extremidades distais do 2º e 3º dedos da mão esquerda, com dois anos de evolução, associado a dor nocturna e parestesias da respectiva área anatómica. As lesões consistiam em úlceras indolores, com base necrótica, hemorrágica e halo inflamatório, associadas à formação de abscessos peri e subungueais, bolhas hemorrágicas periféricas e áreas adjacentes de hiperqueratose cutânea. Nos dedos afectados, observava-se edema duro, encurtamento das falanges distais, onicolise distal e braquioniquia (Figs. 1a,b,c). A exploração neurológica revelou hipostesia táctil e dolorosa na mão esquerda, confinada à zona de distribuição do nervo mediano, observando-se uma marcada atrofia muscular da região tenar (Fig. 2).

O estudo analítico, nomeadamente hemograma, bioquímica e auto-anticorpos foi normal ou negativo. O estudo radiológico da mão esquerda mostrou osteólise das falanges distais do 2º e 3º dedos (Fig. 3).

O diagnóstico da síndrome do túnel cárpico grave foi confirmado pela electromiografia, mostrando diminuição da velocidade de condução sensorial do nervo mediano e aumento do tempo de latência motora do nervo mediano.

As alterações cutâneas e ungueais apresentaram uma melhoria considerável após tratamento conservador com pensos hidrocolóides e ácido hialurónico (Fig. 4). O doente, que até à data recusara a cirurgia descompressiva do nervo mediano, foi novamente orientado para consulta de Ortopedia; e até à data aguarda tratamento definitivo.

DISCUSSÃO

A variante clínica ulcerativa e mutilante da síndrome do túnel cárpico foi inicialmente descrita por *Bouvier et al.*⁵ em 1979. Muito rara, com apenas 25 casos notificados na literatura^{3,5,6} é mais frequente no sexo masculino na sexta década de vida e bilateral em 25% dos casos³.

É caracterizada pelo aparecimento de alterações cutâneas como atrofia da pele, anidrose, eritema, edema, bolhas, úlceras indolentes e esclerodactilia nas pontas dos dedos e regiões subungueais. As unhas também estão envolvidas apresentando onicodistrofia, coloração acastanhada, cutículas hiperqueratósicas ou onicolise^{6,7}. Ocasionalmente, o fenómeno de Raynaud pode ocorrer^{8,9}, bem como envolvimento ósseo em casos mais graves com osteólise acral das falanges distais^{5,8-15}.

As alterações descritas localizam-se normalmente na ponta e região dorsal do segundo e terceiros dedos^{3,6,9}, facto que pode ser explicado porque a inervação do polegar é mista, proveniente do nervo mediano e radial.

A descompressão cirúrgica é o tratamento definitivo para esta forma grave da síndrome do túnel cárpico.

Caso Clínico



Fig. 1 - Segundo e terceiro dedos afectados, apresentando: úlceras indolores, com base necrótica, hemorrágica e halo inflamatório, associadas à formação de abscessos peri e subungueais, bolhas hemorrágicas periféricas e áreas adjacentes de hiperqueratose cutânea, edema duro, encurtamento das falanges distais, onicólise distal e braquioniquia.



Fig. 2 - Atrofia muscular da região tenar.



Fig. 3 - Radiografia da mão esquerda visualizando-se osteólise das falanges distais do 2º e 3º dedos.

Bem sucedida em cerca de 60%³ dos casos, proporciona alívio sintomático e melhorias das alterações cutâneas, mas^{9,16} no entanto, a osteólise é irreversível, como demonstrado por *Natale et al.*¹⁷. Se a descompressão não aliviar a sintomatologia, uma causa sistémica com esclerodermia ou artrite reumatóide deve ser admitida.

Caso Clínico



Fig. 4 - Após tratamento conservador com pensos hidrocolóides e ácido hialurónico, mostrando uma melhoria das alterações cutâneas e ungueais.

Em conclusão: os dermatologistas que observam doentes com úlceras na ponta dos dedos associadas a deficiência sensorial raramente consideram a possibilidade de uma forma grave da síndrome do túnel cárpico. Esta entidade também tem sido negligenciada nos livros de dermatologia, provavelmente porque é uma doença neurológica. O objectivo da apresentação deste caso clínico é lembrar os dermatologistas desta forma atípica da síndrome do túnel cárpico. Tendo em mente esta possibilidade, o diagnóstico torna-se mais simples.

BIBLIOGRAFIA

1. Benini AD. Karpal tunnel syndrom und die übrigen Syndrome des Nervus medianus. Stuttgart:Thieme. 1975.
2. Phalen GS. The carpal-tunnel syndrome: Clinical evaluation of 598 hands. Clin Orthop. 1972; 83:29-40.
3. Romaní J, Puig L, de Miguel G, de Moragas JM. Carpal tunnel syndrome presenting as sclerodactylia, nail dystrophy and acroosteolysis in a 60-year-old woman. Dermatology. 1997;195(2):159-61.
4. Destuet JM, Murphy WA. Acquired acro-osteolysis and acronecrosis. Arthritis Rheum. 1983;26:1150-4.
5. Bouvier M, Lejeune E, Rouillat M, Marionnet J. Les formes ulcero-mutilantes du syndrome du canal carpien. Rev Rhum. 1979; 46:169-76.
6. Cox NH, Large DM, Paterson WD, Ive FA. Blisters, ulceration and autonomic neuropathy in carpal tunnel syndrome. Br J Dermatol. 1992;126: 611-3.
7. Requena C, Requena L, Blanco S, Alvarez C, Galache C, Rodriguez E. Acral ulcerations and osteolysis, a severe form of the carpal tunnel syndrome. Br J Dermatol. 2004;150(1):166-7.
8. Geffray L, Leman J, Dehais J, Cavid-Chausse J. Deux cas de syndrome du canal carpien avec ulcérations digitales et acro-osteolyse. Rev Rhum. 1984; 51: 45-7.
9. Tosti A, Morelli R, D'Alessandro R, Bassi F. Carpal tunnel syndrome presenting with ischemic skin lesions, acroosteolysis and nail changes. J Am Acad Dermatol. 1993;29:287-90.
10. Tréves R, Arnaud JP, Benaubou M, Desproges-Gotteron R. Ulcerations digitales au cours d'un syndrome du canal carpien avec syndrome de Raynaud. Rev Rhum. 1980; 47: 578-9.
11. Rageot E, Maigne R, Nataf J. Guérison d'un syndrome de Raynaud au stade de ganfrene par une intervention portant sur le canal carpien. Coeur Med Interne. 1973; 12: 317-9.
12. Adoue D, Arlet P, Giraud P, Giraud M, Bories P, Bonafé JL. Syndrome du canal carpien avec ulcerations digitales chez un insuffisant rénal en hémodialyse périodique. Ann Dermatol Venereol 1984; 111(11): 1019-21.
13. Aratari E, Regesta G, Reboria A. Carpal tunnel syndrome appearing with prominent skin symptoms. Arch Dermatol. 1984; 120: 517-9.
14. Kendall D. Non penetrating injuries of the median nerve at the wrist. Brain 1950; 73: 84-94.
15. Lagrot F, Micheau P, Costagliola M, Mansat C. A propos d'une forme ulcerante du canal carpien. Mem Acad Chir. 1966; 92: 169-71.
16. Neau JP, Gil R, Boissonnot L, Elbaz C, Allal J, Rousseau G, Barraine R. Cutaneous ulcerations and osteolysis in the carpal tunnel syndrome. Rev Neurol (Paris). 1987;143(4):303-5.
17. Natale M, Spennato P, Bocchetti A, Fratta A, Savarese L, Rotondo M. Ulcerative and mutilating variant of carpal tunnel syndrome. Acta Neurochir.2005; 147: 905-8.