



SINDROME DEL TUNEL CARPIANO COMO MANIFESTACION INICIAL DE POLIMIALGIA REUMÁTICA

DANIEL BERNASCONI, ZULMA FERNANDEZ, HECTOR GIBELLI, DANIEL BAREDES, DANIEL GRASSI

Sanatorio San José, Buenos Aires

Resumen Se comunica un caso de polimialgia reumática que concurre a la consulta con manifestaciones atípicas. Su presentación se caracterizó por mialgias predominantemente distales, síntomas de compresión del nervio mediano a nivel del túnel carpiano y eritrosedimentación baja. Se analiza la asociación de polimialgia reumática con síndrome del túnel carpiano. La forma simultánea de presentación y la respuesta al tratamiento esteroideo hace suponer que el síndrome es una manifestación dependiente de la polimialgia reumática que se genera por fenómenos inflamatorios en la sinovial del carpo.

Palabras clave: polialgia reumática, túnel carpiano

El síndrome del túnel carpiano es una entidad asociada a múltiples patologías. Entre ellas sobresalen artritis reumatoidea, diabetes mellitus, mixedema, embarazo, traumatismos y tenosinovitis inespecíficas. Con menos frecuencia ha sido relacionado a gota, amiloidosis, acromegalia, dermatomiositis, esclerodermia, lupus eritematoso sistémico, hemodiálisis crónica y tuberculosis. En un 40-50% de los casos se presenta en forma aislada, catalogándose como idiopático^{1, 2}. Su asociación con polimialgia reumática ha sido raramente reconocida^{3, 4} aunque en una revisión de síndrome del túnel carpiano no se encontró mayor frecuencia de polimialgia reumática que en la población general⁵.

La polimialgia reumática habitualmente se presenta en personas mayores de 65 años y se caracteriza por la presencia de mialgias, artralgiyas, debilidad de la cintura escapular y/o pelviana con eritrosedimentación acelerada^{5, 6}. No obstante, se han descripto formas de presentación atípicas con eritrosedimentación normal, dolores articulares y musculares a predominio distal y síndrome del túnel carpiano, entre otras⁴.

Se comunica un caso de polimialgia reumática de presentación atípica, con síntomas de com-

presión del túnel carpiano, afectación dolorosa distal y eritrosedimentación baja.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino y 70 años de edad que comienza en diciembre de 1993 con parestesias en las manos. A los 15 días se agrega rigidez matinal y dolor en cintura escapular y pantorrillas, con limitación para la deambulacion. Consulta en forma ambulatoria, realizándose un estudio electrofisiológico que demuestra lesión de ambos nervios medianos a nivel del túnel carpiano. El cuadro se mantuvo estable y se interna en marzo de 1994 para realizar cirugía de descompresión del nervio.

A su ingreso presentaba parestesias en territorio mediano de ambas manos, dolor e impotencia funcional de la cintura escapular y dolor a la compresión de masas musculares en hombros, brazos y pantorrillas a predominio distal. Las arterias temporales eran semiológicamente normales. Hematocrito: 46%; leucocitos: 9300/mm³; eritrosedimentación: 30 mm; glucemia: 79 mg/dl; creatinina: 1mg/dl; ácido úrico: 2,2 mg/dl; calcio: 10,6 mg/dl; bilirrubina total: 0,8 mg/dl, TGO y CPK y aldolasa: normales; FAN, anti-DNA y reacción de látex para AR: negativos; complemento: normal; albúmina: 3,8 gr/dl; sodio: 138 mEq/l; potasio: 4,2 mEq/l. El cuadro fue interpretado como polimialgia reumática, con síndrome del túnel carpiano secundario a la misma. Se suspendió la cirugía programada y la paciente fue tratada con 40 mg/d de metilprednisona, lográndose una mejoría de los síntomas y descenso de la eritrosedimentación a 5 mm. En el control ambulatorio se redujo la metilprednisona hasta 10 mg/d, reapareciendo los síntomas con una eritrosedi-

Recibido: 5-VI-1995

Aceptado: 12-VII-1995

Dirección postal: Dr. Daniel Bernasconi, Cerrito 1548. 1010 Buenos Aires, Argentina

mentación de 30 mm. Luego de incrementar la dosis a 20 mg/d se obtuvo una nueva remisión de la enfermedad, que permaneció inalterable después de 3 meses de tratamiento con un lento descenso a 10 y 15 mg en días alternos.

Discusión

La polimialgia reumática es una enfermedad cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico. Se caracteriza por presentarse en individuos mayores de 65 años, con artralgias, mialgias, debilidad de la cintura escapular y/o pelviana e incremento de la eritrosedimentación, en ausencia de otra patología capaz de explicarlo^{5, 6}. Bird y colaboradores han propuesto una serie de criterios para el diagnóstico de la misma⁷, que permiten catalogar a nuestra paciente como portadora de polimialgia reumática al cumplir con 3 de ellos, pues presentaba dolor y rigidez en ambos hombros, rigidez matinal que persistía más de 1 hora y edad mayor de 65 años. La eritrosedimentación acelerada, no obstante ser un elemento característico de esta enfermedad, se la encuentra en valores cercanos a la normalidad en aproximadamente un cuarto de los pacientes^{5, 7} por lo que su ausencia no invalida el diagnóstico del caso presentado. Nuestra paciente, además, llamó la atención por su forma de inicio con sintomatología periférica predominante, caracterizada por dolores musculares que eran más intensos en pantorrillas. Estas manifestaciones distales, si bien poco frecuentes en polimialgia reumática, han sido referidas como formas de presentación atípicas de dicha enfermedad⁴.

La asociación de polimialgia reumática con síndrome del túnel carpiano es controvertida. Si bien ha sido descrita en una reciente revisión de 1016 casos con este síndrome^{3, 4}, en la ciudad de Rochester, USA, no se encontró mayor incidencia de polimialgia reumática en los pacientes con síndrome del túnel carpiano que en la población general². Nuestra paciente se presentó a la consulta con síntomas de compresión del túnel carpiano y de polimialgia reumática en forma simultánea, indicándose tratamiento esteroideo; consecutivamente, ambas manifestaciones remitieron a la vez. Esta cronología hace suponer que los síntomas dependientes de la compresión del nervio mediano son secundarios a tenosinovitis del túnel carpiano, siendo esta última una manifestación poco frecuente de la polimialgia reumática. El caso presentado refuerza la idea de asociación de las dos patologías a través de un mecanismo fisiopatológico común, la inflamación

sinovial con localización en el carpo, y representa un alerta para evitar cirugías innecesarias en casos de síndrome del túnel carpiano de etiología poco clara.

Summary

Carpal tunnel syndrome with polymyalgia rheumatica as initial manifestation

A case of polymyalgia rheumatica with atypical manifestations, including carpal tunnel syndrome, distal myalgias and a low erythro sedimentation is reported. The association of polymyalgia rheumatica and carpal tunnel syndrome is controversial. Although it has been reported previously in a recent and large review of carpal tunnel syndrome in Rochester, USA, there was not any more cases of polymyalgia rheumatica associated with carpal tunnel syndrome than in the general population.

In our patient, the symptoms of polymyalgia rheumatica and of carpal tunnel syndrome were present at the beginning, and both responded satisfactorily to the treatment with methylprednisone. This form of presentation and its response to treatment suggest that the symptoms of carpal tunnel syndrome are caused by the inflammation of the carpal synovial, which is an infrequent manifestation of polymyalgia rheumatica.

We report this case for the purpose of alerting to an unusual form of presentation of polymyalgia rheumatica in order to avoid unnecessary surgery for the carpal tunnel syndrome.

Bibliografía

1. Nakano KK. Entrapment of neuropathies and related disorders. In: Kelly WN, et al., (eds.) Textbook of Rheumatology, 4th ed. Philadelphia: Saunders, 1993; 1712-27.
2. Stevens JC, Beard CM, O' Fallon WM, Kurland LT. Conditions associated with carpal tunnel syndrome. *Mayo Clin Proc* 1992; 67: 541-8.
3. Ahmed T, Braun AI. Carpal tunnel syndrome with polymyalgia rheumatica. *Arth Rheum* 1978; 21: 221-3.
4. Fitzcharles MA, Esdaile JM. Atypical presentations of polymyalgia rheumatica. *Arth Rheum* 1990; 33: 403-6.
5. Ayoub WT, Franklin CM, Torreti D. Polymyalgia rheumatica: duration of therapy and long-term outcome. *Am J Med* 1985; 79: 309-15.
6. Hunder GG. Giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. In: Kelly WN, et al, (eds) Textbook of Rheumatology, 4th ed. Philadelphia: Saunders, 1993.
7. Bird HA, Essenlinckx W, Dixon ASJ, Mowat AG, Wood PHN. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica. *Ann Rheum Dis* 1979; 38: 434-9.