

# Prevalencia de fibromialgia en pacientes con síndrome del túnel carpiano

Ly-Pen, D<sup>1</sup>,  
Andreu-Sánchez, JIL<sup>2</sup>,  
de Blas Beorlegui, G<sup>3</sup>

- 1 M.D., Ph.D., Centro de Salud Gandhi. SERMAS. Madrid. España. Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Spain.
- 2 M.D., Ph.D. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Majadahonda (Madrid). Spain.
- 3 M.D., Ph.D. Servicio de Neurofisiología Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Spain.

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de fibromialgia (FM) en pacientes diagnosticados de síndrome del túnel carpiano (STC), en el ámbito de Atención Primaria.

**Métodos:** A 109 pacientes consecutivos diagnosticados de STC, confirmados neurofisiológicamente, se les estudió la presencia de criterios ACR (1990) de FM, en un estudio prospectivo de cohortes. De estos 109 pacientes, 6 tuvieron dolor generalizado, pero menos de 11 puntos sensibles (*tender points*) de FM. Dos pacientes (1.83%) cumplieron criterios ACR para FM. Ninguno de ellos había sido diagnosticado previamente de FM. Se estableció un grupo control de 218 pacientes de la misma consulta de Atención Primaria, ajustados en sexo y edad al grupo STC. Cinco de estos pacientes cumplieron criterios ACR para FM. Estos resultados fueron similares a los de FM en la población general española.

**Conclusiones:** La incidencia de FM de nuestros pacientes diagnosticados de STC, es similar a la de la población general española.

## Correspondencia:

✉ [domingoly@gmail.com](mailto:domingoly@gmail.com)

## Abstract

**Objective:** To assess the prevalence of fibromyalgia (FM) in patients with carpal tunnel syndrome (CTS), in a primary care population.

**Methods:** We evaluated 109 correlative patients with CTS, confirmed by electrophysiologic studies, for the presence of ACR's classification criteria for FM (1990), in a prospective cohort study. Six patients had generalized pain, but less than 11 tender points for FM. Two patients (1.83%) fulfilled ACR's classification criteria for FM. None of them had been previously diagnosed with FM. As a control group, we studied 218 patients attending their primary care physician for unrelated conditions with chronic pain or paresthesias, matched for gender and age with the CTS group. Five of these patients fulfilled ACR's criteria for FM. Our results were similar to those reported for FM in the Spanish general population. **Conclusions:** The incidence of FM is similar in CTS patients when compared to the general population.

**Palabras clave:** carpal tunnel syndrome, fibromyalgia.

## Introducción

Tanto la fibromialgia (FM) como el síndrome del túnel carpiano (STC) son patologías frecuentes en nuestra práctica clínica diaria. En estudios epidemiológicos clásicos, la prevalencia de STC en la población general fue del 2,7 % [1], y la prevalencia de FM fue del 2,3 % [2].

Las parestesias en las manos son el síntoma principal en el STC [3]. Pero las parestesias en las manos también forman parte de los múltiples síntomas que nos relatan los pacientes con FM [4]. De hecho, varios estudios han sugerido una mayor prevalencia de STC no detectado, en pacientes diagnosticados de FM [5-7], en comparación con la población general. Es más, hasta se han propuesto posibles mecanismos etiopatogénicos similares [8]. No obstante,

otro estudio [9] no pudo confirmar dicha supuesta asociación entre STC y FM.

No obstante, no tenemos conocimiento de estudios hasta la fecha en los que se investigue la prevalencia de FM en pacientes diagnosticados de STC. El objetivo del presente estudio fue establecer la prevalencia de FM en pacientes diagnosticados de STC en el ámbito de la atención primaria, y comparar la misma con la prevalencia con la prevalencia de pacientes no seleccionados que acudían por otros motivos a nuestra consulta de atención primaria.

## Pacientes y métodos

Desde septiembre de 1998 hasta enero de 2000, 133 pacientes que consultaron a su médico de aten-

ción primaria por vez primera, por síntomas sugestivos de STC, de más de tres meses de duración, fueron remitidos a una consulta en el Centro de Salud "Gandhi". La demora media para ser atendido en dicha consulta, fue de 4 días (rango: 0-12 días), y la duración media para la realización de las pruebas neurofisiológicas fue de 24 días (rango: 2-61 días).

El criterio de diagnóstico clínico de STC, fue la descripción de dolor, parestesias u hormigueos en los dedos del territorio de distribución del nervio mediano [10]. La anamnesis incluyó: debilidad de la mano, parestesias nocturnas, dolor generalizado (dolor axial más dolor en hemicuerpo superior e inferior, más dolor en el lado derecho y en el lado izquierdo) mayor de 3 meses de duración. Se registraron antecedentes médicos y quirúrgicos. La exploración física incluyó: signo de Tinel, Test de Phalen, lesiones locales, atrofia de eminencia tenar, exploración motora y sensitiva de la mano, y el número de puntos sensibles (*tender points* en la literatura anglosajona) la ACR para FM [11].

La determinación de los puntos sensibles se hizo siguiendo un mapa corporal predeterminado (copiado de la descripción ACR-1990) [11], incluido en la hoja de historia clínica. Se consideró como positivo el punto sensible, cuando el paciente manifestaba dolor a la presión digital suficiente para blanquear lecho ungueal.

Se consideró al paciente como afecto de FM, si presentaba una historia de dolor crónico generalizado de como mínimo 3 meses de duración, junto con 11 o más puntos dolorosos en la exploración de los puntos sensibles [11].

Todos los pacientes fueron evaluados por el mismo investigador (DLP). Después de una historia clínica y exploración física detallada, los pacientes con diagnóstico clínico de STC (dolor, hormigueo, que-

mazón, entumecimiento, o cualquier combinación de estos síntomas, en los dedos de distribución del nervio mediano, irradiado o no al antebrazo), fueron invitados a participar en el estudio, solicitándoseles un consentimiento informado por escrito. El STC se confirmó mediante estudio electrofisiológico, de acuerdo con los criterios de Kimura [12], que resumimos en la **Tabla 1**. Se realizaron estudios electrofisiológicos de los nervios mediano y cubital del lado afectado.

**Tabla 1.** Criterios neurofisiológicos para el diagnóstico de STC (resumidos de Kimura [12]).

1. Latencia distal motora desde la muñeca a la eminencia tenar del nervio mediano mayor de 2 desviaciones estándar (DE) de la media ( $3.49 \pm 0.34$ , límite: 4.2 ms), siendo normal la del nervio cubital.
2. Disminución de la velocidad de conducción sensitiva antidrómica, desde muñeca hasta el tercer dedo, mayor de 2 DE de la media normal ( $56.2 \pm 5.8$ , límite 44 m/s), siendo normal la velocidad de conducción sensitiva distal del nervio cubital.

*(Los valores de los límites inferiores de la normalidad de la amplitud de potencial evocado del nervio mediano, considerando la media menos 2 DE, fueron de 3.5 mV para el potencial motor y de 19  $\mu$ V para el potencial sensitivo).*

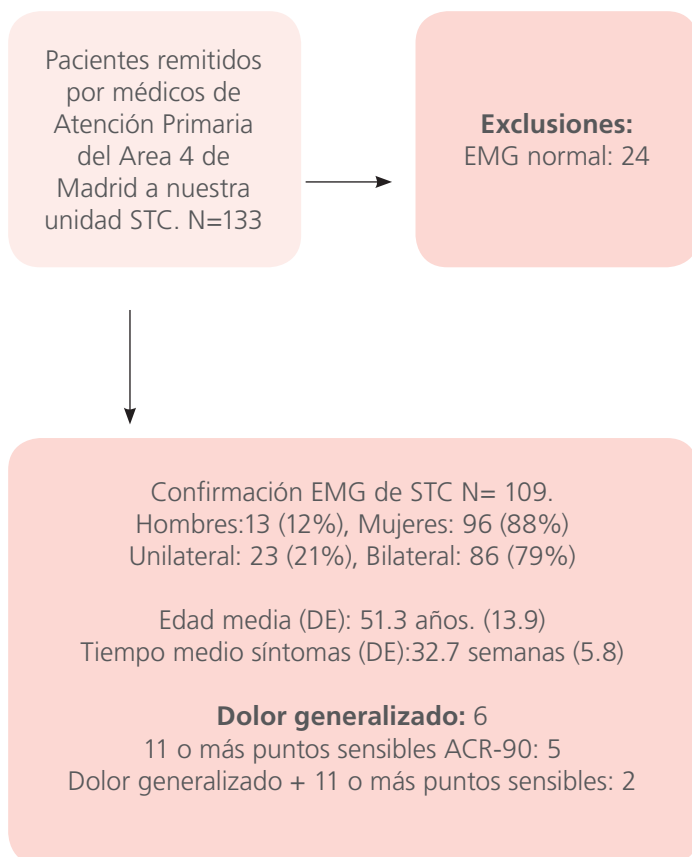
Se calculó la *odds ratio* con un intervalo de confianza del 95% para FM entre los pacientes con STC, en comparación con los controles, y la significancia estadística se calculó mediante la prueba Chi-cuadrado y la corrección de Yates.

Este estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario "Ramón y Cajal".

## Resultados

De los 133 pacientes que consultaron la primera vez, solo a 109 pacientes se les pudo demostrar alteración neurofisiológica en alguna de las muñecas afectas. De ellos, 96 pacientes (88%) fueron mujeres. La edad media fue de 51.3 años (DE: 13.9, rango: 19 a 91 años). El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta acudir a consulta fue de 32.7 semanas (DE: 5.8 semanas). El STC fue bilateral en 86 pacientes. En el grupo control se reclutaron 218 pacientes, estratificados por sexo y edad, en las consultas de atención primaria por motivos de consulta diferentes a dolor crónico o parestesias. La distribución por edades y sexos no mostró diferencias estadísticamente significativas entre el grupo STC y el grupo control.

**Tabla 2.** Diagrama de flujo del estudio.



Seis pacientes (de los 109 incluidos en el estudio) presentaron dolor generalizado (definido como dolor axial más dolor en hemicuerpo superior e inferior, más dolor en el lado derecho y en el lado izquierdo, mayor de 3 meses de duración [11]). Cinco pacientes (de los 109 incluidos en el estudio) tuvieron 11 o más puntos sensibles de FM en la exploración física. Pero solo dos pacientes cumplieron ambos requisitos (dolor generalizado en la historia clínica + 11 o más puntos sensibles en la exploración física), y pudieron ser por tanto, diagnosticados de FM de acuerdo con la definición de la ACR-1990 (datos resumidos en **Tabla 2**).

En consecuencia, el 1.83% de nuestros pacientes diagnosticados de STC también cumplieron los criterios ACR-1990 para FM. En el grupo control, 5 del total de 218 pacientes (2,29%) cumplieron los criterios ACR-1990 para FM. La *odds ratio* para FM entre pacientes con STC fue de 0,80 (IC 95%: 0,15-4,17;  $p = 0,074$ ).

## Discusión

El STC es la neuropatía por atrapamiento más frecuente. Es debido a la compresión del nervio mediano en el túnel carpiano, en la muñeca. Habitualmente los pacientes suelen quejarse de sensación de hormigueo, calambres, dolor y/o quemazón en los dedos de la mano, sobre todo los tres primeros. También es frecuente la irradiación proximal de los síntomas al antebrazo [10].

La FM es un síndrome músculoesquelético de causa desconocida, caracterizada por una historia de dolor duradero y diseminado, y por la existencia de puntos sensibles en la exploración física. La mayoría de los pacientes con FM, también relatan síntomas variados en muchas otras partes del cuerpo: inten-

sa fatiga, cefaleas, síntomas sugestivos de síndrome del intestino irritable, fenómeno de Raynaud, o una exagerada sensibilidad al frío. También son frecuentes en muchos pacientes, otros síntomas somáticos inespecíficos, tales como mareo, dificultad de concentración, sequedad de ojos, boca seca, palpitaciones, etc., lo que puede inducir al diagnóstico de trastornos somatomorfos. Las parestesias son un hallazgo muy frecuente. Se ha publicado que más de la mitad de los pacientes con FM manifestaron artralgias periféricas [4].

La prevalencia del STC en pacientes con FM ha sido estudiada previamente [5-8]. Aunque las parestesias son un síntoma frecuente de los pacientes con FM, Sarmer y col [9] no encontraron una mayor prevalencia de STC en una población de 50 pacientes con FM, al compararlos con la población general.

Contrariamente a otras publicaciones con un diseño retrospectivo, recientes estudios de Nacir y col [6], y de Fahmi y col [7] demuestran que el STC es más frecuente en pacientes con FM que en la población general. Quizás la prevalencia real sea mayor, pero se debe tener en cuenta el sesgo de selección del paciente, puesto que los pacientes que se quejan de síntomas graves tienen mayor probabilidad de ser remitidos a centros hospitalarios más especializados.

El objetivo de nuestro estudio fue establecer la prevalencia de FM entre los pacientes que acudieron a su médico de atención primaria por síntomas sugestivos de STC, y que posteriormente fueron confirmados mediante estudio neurofisiológico. Puesto que todos nuestros pacientes fueron detectados y

enviados por sus médicos de atención primaria sin prácticamente lista de espera, podemos asumir que estos pacientes eran una muestra real y representativa de lo que es el STC en la población general, sin prácticamente sesgos de selección.

La detección de FM en pacientes recientemente diagnosticados de STC es interesante porque se ha postulado una evolución menos favorable del STC en pacientes con FM [13,14], independientemente del tratamiento al que hayan sido sometidos (ya sean infiltraciones locales de corticosteroides [13] o cirugía [14]). Este hecho debería ser tenido en cuenta cuando evaluemos la respuesta al tratamiento.

En resumen, nuestros datos sugieren que la FM no es más frecuente en nuestros pacientes diagnosticados de STC (prevalencia del 1.83%), que en nuestra población general (prevalencia del 2,29%). Podríamos concluir que aunque estén presentes síntomas parecidos a los del STC en pacientes con FM, la prevalencia de FM, de acuerdo con los criterios ACR-1990, no es superior en pacientes con STC confirmado neurofisiológicamente, en comparación con la población general.

## Conflicto de intereses

:

Ninguno. No hay beneficios que puedan percibirse de ninguna empresa, en relación directa o indirecta al asunto de este artículo.

## Referencias

1. Atroshi, I., Gummesson, C., Johnsson, R., Ornstein, E., Ranstam, J., Rosen, I. Prevalence of carpal tunnel syndrome in a general population. *JAMA* 1999; 282: 153-8.
2. Valverde, M., Juan, A., Rivas, B., Carmona, L. Fibromialgia. Estudio EPISER. Sociedad Española de Reumatología. Madrid. 2001; Chap VI: 77-91.
3. Spinner, RJ., Bachman, JW., Amadio, PC. The many faces of carpal tunnel syndrome. *Mayo Clinic Proc.* 1989; 64: 829-36.
4. Reilly, PA., Littlejohn, GO. Peripheral arthralgic presentation of fibrositis/fibromyalgia syndrome. *J. Rheumatol.* 1992; 19: 281-3.
5. Pérez-Ruiz, F., Calabozo, M., Alonso-Ruiz, A., Herrero, A., Ruiz-Lucea, E., Otermin, I. High prevalence of undetected carpal tunnel syndrome in patients with fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol.* 1995; 22: 501-4.
6. Nacir, B., Genc, H., Duyur Cakit, B., Karagoz, A., Erdem, HR. Evaluation of upper extremity nerve conduction velocities and the relationship between fibromyalgia and carpal tunnel syndrome. *Arch Med Res.* 2012; 43: 369-7.
7. Fahmi, DS., El-Shafey, AM. Carpal tunnel syndrome in fibromyalgia patients – A crucial factor for their functional impairment. *Egypt Rheum.* 2013; 35: 175-9.
8. Cimmino, MA., Parisi, M., Moggiana, G., Accardo, S. The association between fibromyalgia and carpal tunnel syndrome in the general population. *Ann Rheum Dis.* 1996; 55: 780.
9. Sarmer, S., Yavuzer, G., Kucukdeveci, A., Ergin, S. Prevalence of carpal tunnel syndrome in patients with fibromyalgia. *Rheumatol Int.* 2002; 22: 68-70.
10. Katz, JN., Simmons, BP. Carpal tunnel syndrome. *N Engl J Med.* 2002; 346: 1807-12.
11. Wolfe, F., Smythe, HA., Yunus, MB., Bennett, RM., Bombardier, C., Goldenberg, DL. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicentric Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990; 33: 160-72.
12. Kimura, J. Assessment of individual nerves. Kimura, J. *Electrodiagnosis in Diseases of Nerve and Muscle.* 3<sup>rd</sup> ed. New York: Oxford University Press, Inc. 2001; 130-77.
13. Akkus, S., Kutluhan, S., Akhan, G., Tunc, E., Ozturk, M., Koyuncuoglu, HR. Does fibromyalgia affect the outcomes of local steroid treatment in patients with carpal tunnel syndrome? *Rheumatol Int.* 2002; 22: 112-5.
14. Straub, TA. Endoscopic carpal tunnel release: A prospective analysis of factors associated with unsatisfactory results. *Arthroscopy* 1999; 15: 269-74.

### Opina sobre este artículo:



<http://medicalia.org.es/>

Los médicos disponen de una red social para intercambiar experiencias clínicas, comentar casos y compartir conocimiento. También proporciona acceso gratuito a numerosas publicaciones. **¡Únase ahora!**

### Publish with iMedPub

<http://www.imedpub.com>

Acta Rheumatologica es una revista que tiene por fin la difusión de estudios clínicos relacionados con aspectos prácticos del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con patología reumatológica, de estudios epidemiológicos relacionados con patología inflamatoria y musculoesquelética de presentación común o infrecuente en la práctica clínica tanto en población adulta como pediátrica, de casos clínicos de patología poco habitual o de presentaciones inusuales de patología frecuente, de imágenes didácticas e ilustrativas en reumatología y del estado actual e innovación en la formación especializada en reumatología.