

Polimialgia reumática

CASO CLÍNICO

M. PECH

CLÍNICA

Se caracteriza por un síndrome febril, debilidad y dolorimiento de la musculatura de las cinturas pélvicas y escapulares. Los síntomas musculares, generalmente son proximales, bilaterales y simétricos. Los pacientes lo definen como una gran imposibilidad para elevar ambos brazos, que es más acusado después de períodos de reposo; además, estos síntomas también aparecen en la zona de la cadera, con dificultad para caminar y elevar las piernas junto con dolor en ingles y muslos. Menos constante es el dolor cervical. Algunos pacientes desarrollan manifestaciones de la musculatura distal, como, por ejemplo, el síndrome del túnel del carpo.

Como anteriormente habíamos dicho, esta enfermedad se suele asociar a la arteritis de las células gigantes, entidad que se caracteriza por afectar a pacientes de edad avanzada y manifestarse con cefalea, a menudo acompañada de algias faciales atípicas en la zona occipital o cervical. La claudicación de la mandíbula sugiere fuertemente su diagnóstico. En la exploración física de dicha enfermedad puede hallarse endurecimiento y disminución del pulso a la palpación en las arterias temporales (Figs. 1 y 2), y en algunos casos alteraciones de la visión, como amaurosis, diplopia y pérdida total de la visión; el repentino dolor y deterioro de la visión en un ojo por la mañana es una clásica manifestación.



Figura 1.

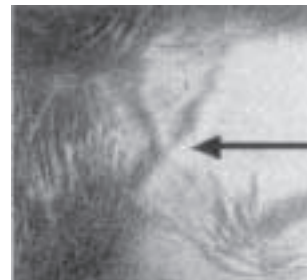


Figura 2.

DIAGNÓSTICO

No hay criterios estandarizados para diagnosticar la polimialgia reumática, quizás porque este síndrome ha estado considerado en el pasado parte de la arteritis de las células gigantes o una variante de la artritis reumatoide del anciano. El diagnóstico, frecuentemente puede ser un reto por la falta de criterios diagnósticos o por la presencia de una gran variedad de enfermedades que cursan con mialgias proximales (Tabla 1).

El laboratorio muestra a los reactantes de la fase aguda muy elevados, con niveles de la creatín-cinasa y LDH normales. Existe un aumento de las enzimas hepáticas en un 30% de casos, y hay un desarrollo rápido de una anemia normocítica. Los ANA y el factor reumatoide son negativos. Sólo el 7% de los pacientes tienen una VSG inferior a 40 mm/h en el momento del diagnóstico. Los criterios diagnósticos propuestos por Hunder y la Clínica Mayo son los siguientes:

Curso de doctorado: Dolor crónico benigno
Residente R1 de Medicina de Familia y comunitaria
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa
Tarragona

Dirección para correspondencia:
Dra. Montse Pech Sola
Escoles, 48
43870 Amposta
Tarragona
E-mail: montrimontri@hotmail.com

Tabla 1. Diagnóstico diferencial

-
- Patología infecciosa
 - Sd. paraneoplásicos
 - Patología periarticular
 - Tiroides
 - Parkinson
 - Artritis reumatoide
 - Polimiositis/dermatomiositis
 - Fibromialgia
-

- Edad de comienzo sobre los 50 años o mayores.
- VSG > 40 mm/h.
- Afectación bilateral con 1 mes o 2 de evolución con afectación de la región cervical, hombros o región pélvica.
- Exclusión de otros diagnósticos a excepción de la arteritis de células gigantes.

Healey y Virginia Mason Clinic también incluyeron en estos criterios la rigidez matutina de más de 1 h de duración y la rápida resolución del cuadro con la administración de prednisona (Tabla 2).

Los criterios de la *American College of Rheumatology* para diagnosticar la arteritis de las células gigantes son: edad de comienzo sobre los 50 años, VSG > 50 mm/h, cefalea y anormalidad en la exploración física de la arteria temporal. El diagnóstico de la arteritis de células gigantes, como el de la polimialgia, es en gran parte por exclusión, aunque en la arteritis de las células gigantes nos es de gran ayuda la biopsia de la arteria temporal superficial. Es un procedimiento inocuo y de elevada sensibilidad cuando se selecciona cuidadosamente la zona que se va a biopsiar. Debe extirparse un fragmento de 3 cm y hay que examinar numerosas secciones histológicas. La ausen-

Tabla 2. Criterios para el diagnóstico de la polimialgia reumática

-
- Dolor y/o rigidez simétrica en los hombros
 - Configuración completa del cuadro en un tiempo igual o inferior a 2 semanas
 - VSG > 40 mm/h
 - Rigidez matutina de más de 1 h de evolución
 - Edad superior a los 55-60
 - Depresión o pérdida de peso
 - Dolor a la palpación de la musculatura proximal de los brazos
-

Ante un cuadro sugestivo se requiere la presencia de al menos 3 criterios

cia de lesiones en la biopsia no excluye el diagnóstico debido a la naturaleza segmentaria de las lesiones. Por este motivo, se han establecido criterios diagnósticos para la arteritis (Tabla 3).

La anatomía patológica de la arteria muestra una pared ocupada por un infiltrado compuesto por linfocitos y macrófagos que adoptan una organización granulomatosa. Es frecuente la presencia de células gigantes multinucleadas. El infiltrado se localiza preferentemente en la zona de unión entre la íntima y la adventicia (Figs. 3 y 4).

TRATAMIENTO

Los corticoides son el fármaco de elección para tratar los síntomas y las complicaciones secundarias a la vasculitis. La controversia existe respecto a la velocidad en que tenemos que descender la dosis de corticoides. Para pacientes con polimialgia reumática sin evidencia de arteritis, la dosis inicial es de 10-20 mg de prednisona diaria. Si la enfermedad coincide con la arteritis, tenga biopsia positiva o no de arteritis de células gigantes, precisa de dosis más altas de corticoides, 1 mg/kg/día. Los síntomas clínicos son el factor pronóstico más fiable para ajustar las dosis de corticoides, la VSG es poco fiable para determinar la actividad de la enfermedad y su pronóstico. Ocasionalmente algunos pacientes pueden sufrir una recaída de su sintomatología, sobre todo en los primeros 18 meses de tratamiento y requieren un ajuste de dosis. Algunos requieren de 3 a 4 años de tratamiento a dosis más elevadas y un

Tabla 3. Criterios para el diagnóstico de la arteritis temporal

-
- Edad superior a los 50 años
 - Mejoría clínica evidente a las 48 h de inicio del tratamiento con esteroides
 - Duración de los síntomas mayor de 3 semanas
 - Biopsia de la arteria temporal positiva
 - Claudicación de la mandíbula
 - Polimialgia reumática
 - Anomalias en la exploración física de la arteria
 - Manifestaciones sistémicas
 - Cefalea de aparición reciente
 - Alteraciones visuales
-

Para el diagnóstico se requieren los 3 primeros más otros 3 de los comprendidos entre el 5 y el 10

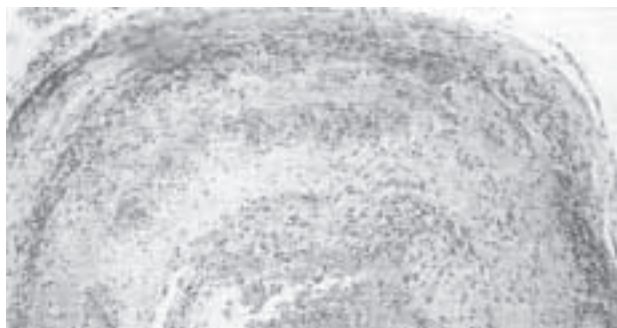


Figura 3. Infiltración en la pared de la arteria temporal con células inflamatorias mixtas, incluidas células gigantes multinucleadas.

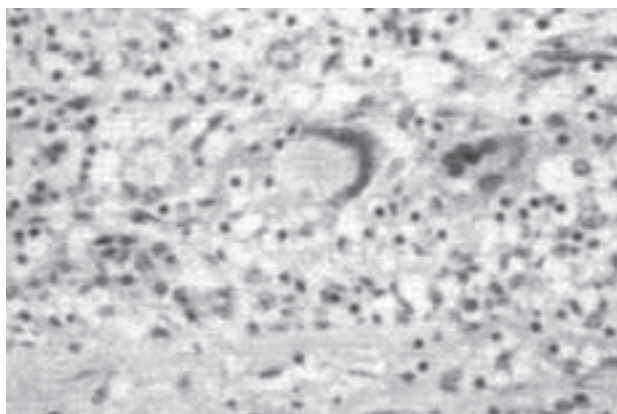


Figura 4. Células gigantes multinucleadas.

tercio o la mitad de pacientes pueden dejar el tratamiento antes de los 2 años.

Los efectos adversos del tratamiento con corticoides incluyen: fracturas por osteoporosis, aumento de la susceptibilidad para las infecciones, dificultad en el control de la HTA y la diabetes, aceleración del proceso de la arteriosclerosis, cataratas y depresión.

Para minimizar los efectos secundarios de los corticoides, en concreto de la prednisolona, se ha valorado el uso de deflazacort y el metotrexato. La relación deflazacort:prednisolona mínima para conseguir satisfactoriamente el control de los síntomas de la polimialgia tiene que ser de 1,5:1. El metotrexato no aporta beneficios si se administra aisladamente, aunque, si se utiliza junto con los corticoides, puede disminuir la dosis de éstos sin pérdida de eficacia. Los AINE no son útiles en el manejo de la polimialgia.

Es una enfermedad de curso limitado en torno a los 2 años. Evoluciona con brotes de actividad aumentada que suele coincidir con medidas de movilización intensiva. El pronóstico es muy bueno si se hace un diagnóstico y un tratamiento adecuado mantenido de 1 a 2 años.

CASO CLÍNICO: MUJER CON DOLORES ÓSEOS GENERALIZADOS Y AUMENTO DE LA VSG

Mujer de 88 años con antecedentes personales de hipertensión arterial. Enf. de Graves-Basedow. Cardiopatía isquémica. Condrocálcinos diagnosticada en 2001, gastritis crónica atrófica y sin alergias conocidas.

Consulta por un cuadro de dolor generalizado, más aumentado a nivel de las extremidades inferiores, que le llegan a impedir la deambulación. La enferma refiere pérdida de la fuerza, acompañada de paresias. Según comenta en su domicilio se ha mantenido afebril; en cambio, en urgencias muestra un pico de fiebre de 37,8. La paciente refiere no encontrarse nada bien, estar deprimida, y nota anorexia, astenia y estreñimiento.

A la exploración física destaca una paciente muy sintomática, exploración por aparatos dentro de la normalidad. En las extremidades superiores se observa tumefacción de las muñecas, bilateral, dolorosas a la palpación y a la movilización. Las extremidades inferiores, dolorosas a nivel de la región patelar también de forma bilateral. La palpación de las apófisis espinosas es dolorosa tanto en la columna cervical como lumbar.

En la analítica de base destaca: hemograma: hemoglobina 12,9 g/dl; hematocrito 38,3%; hematíes 4,26; una VSG de 96 (1-30), función tiroidea dentro de la normalidad; serología de VIH, *brucella* y hepatitis negativas.

Ingresa la paciente en nuestra unidad para estudio. Al principio del ingreso se inicia tratamiento con paracetamol y codeína sin mostrar ninguna mejoría. Durante su estancia se le van realizando diferentes estudios, para poder ir descartando posibles síndromes neoplásicos. Radiografía de la columna lumbar: lordosis pronunciada y/o aplastamiento vertebral a nivel de D12-L1. Radiografía ósea seriada: osteoporosis generalizada. Gammagrafía ósea: cambios degenerativos en toda la columna vertebral, imagen de mayor densidad a nivel de la quinta vértebra lumbar, primera sacra, atribuibles a cambios degenerativos más evolucionados.

Debido a los resultados aportados se diagnostica a la enferma de osteoporosis y se continúa con el tratamiento con paracetamol y codeína, mostrándose la enferma cada vez más sintomática, por lo cual se decide realizar un interconsulta al Servicio de Reu-

matología de nuestro hospital, diagnosticándola finalmente de polimialgia reumática sin afectación de la arteria temporal, iniciándose tratamiento con 20 mg de prednisona, mostrando la paciente clara mejoría de los síntomas en pocos días, por lo que se decide dar el alta, con controles en consultas externas de reumatología.

En los controles posteriores la enferma refiere clara mejoría hasta que su médico de cabecera decide retirar los corticoides debido a la obesidad de la paciente, mostrando entonces la paciente nueva recaída. En los controles analíticos posteriores destaca una VSG de 23.

Dada la historia clínica de "mujer de 88 años, con febrícula, mialgias, astenia, anorexia y síndrome depresivo", los datos de laboratorio –aumento de los reactantes de fase aguda y anemia normocítica–, y la clara mejoría con corticoides, se confirma razonablemente el diagnóstico de polimialgia.

DISCUSIÓN

El caso clínico que presentamos nos da la oportunidad de volver a valorar la necesidad de precisar diagnósticos, evitar confusiones y conseguir un manejo adecuado de la patología que nos ocupa.

Teniendo en cuenta que la polimialgia reumática forma parte del diagnóstico diferencial de multitud de enfermedades que cursan con mialgias y síndrome constitucionales en personas mayores, podemos conseguir un diagnóstico precoz de la enfermedad e

iniciar el tratamiento adecuado, disminuyendo de esta forma la multitud de pruebas diagnósticas a realizar y evitando las largas estancias innecesarias en los centros hospitalarios, como ocurrió en nuestro caso.

En conclusión, el diagnóstico de la polimialgia debe hacerse en la anamnesis, la clínica y los datos de laboratorio y finalmente en la mejoría evidente tanto clínica como de laboratorio tras el tratamiento con corticoides. La biopsia de la temporal sólo estaría indicada cuando estemos ante la sospecha de arteritis de células gigantes y, por lo tanto, no lo haríamos para precisar un diagnóstico de polimialgia sino de arteritis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz A, Arranz E, Bellón B. Polimialgia reumática sin biopsia de la temporal. *Medifam* 2000;10:315-9.
2. Emmanuel TB, Meika AF. Polymialgia Rheumatica and the elderly patient. *Clinical geriatrics* 1999;2:316-21.
3. Vilardel M, Bosh JA. Arteritis de células gigantes y polimialgia reumática. En: *Medicina Interna II*. Barcelona: Masson SA 1997;10:323-440.
4. González-Gay MA, García-Porrua C, Vázquez-Carucho M. Polymialgia rheumatica in biopsy proven giant cell arteritis does not constitute a different subset but differs from isolated polymialgia rheumatica. *J Rheumatol* 1998;25(9):1750-5.
5. Pearce G, Ryan PF, Delmas PD, Tabensky DA, Seeman E. The deleterious effects of low-dose corticosteroids on bone density in patients with polymyalgia rheumatica. *Br J Rheumatol* 1998;37:292-9.
6. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. Vol. II. Madrid. Mc-Graw-Hill. Interamerica.