



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/2826 - Dolor muscular subagudo. A propósito de un caso

P. Jordana Ferrando^a, G.I. Osorio Quispe^b, S. Güell Parnau^c, A. Parra Rojas^b, L. Pons Pons^a, C. Álvarez Pérez^b, E. Parra Molina^c, B. Romero González^c, J.G. Gutiérrez Bernal^c y L. Torres Parada^a

^aMédico de Familia. CAP Les Indianes. Montcada i Reixac. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Montcada i Reixac. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años con antecedentes patológicos: neoplasia gástrica y mamaria ambos resueltos (libre de enfermedad), aneurisma de aorta, trombosis arterial, HTA. Presenta dolores osteomusculares generalizados de predominio en cintura escapular y pélvica de un mes de evolución. Intensidad del dolor y la incapacidad funcional. Niega fiebre. Empeoramiento matutino. Había consultado en varias ocasiones a urgencias por la intensidad del dolor y incapacidad funcional. Con antiinflamatorios orales no mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Estado general conservado, afectado por el dolor. Afebril. Dificultad para elevar ambas extremidades superiores y rigidez, dolor a la palpación muscular generalizado, dolor con la movilización de varios grupos musculares. Pulso temporal presente, simétrico. Analítica: VSG 83 mm/h. Creatinina cinasa: 50, PCR: 5,66. factor reumatoide: negativo; ANA negativo.

Juicio clínico: El paciente cumple criterios de polimialgia reumática (PMR) según Bird/Wood: 1. Dolor bilateral de hombros. 2. VSG > 40 mm/h. 3. Edad > 65 años. 4. Hipersensibilidad bilateral proximal de los miembros superiores. Presentó mejoría considerable con tratamiento corticoideo. Sospecha de polimialgia reumática: Iniciamos prednisona oral 30 mg/día. El reumatólogo confirma el diagnóstico, mantiene la corticoterapia. A la 2ª semana: mejora la clínica y la movilidad de las extremidades superiores.

Diagnóstico diferencial: Fibromialgia, arteritis de células gigantes, artritis reumatoide, espondiloartropatías, vasculitis, polimiositis. Capsulitis del hombro, osteoartritis, miositis inflamatoria. Viriasis. Infecciones crónicas: hepatitis C, tuberculosis, brucelosis, VIH, síndromes paraneoplásicos, hipotiroidismo, hipoparatiroidismo.

Comentario final: Por los antecedentes oncológicos del paciente, cabía la posibilidad de un síndrome paraneoplásico. La edad del paciente, localización del dolor en cinturas escapular y pelviana, elevación de reactantes en fase aguda y la respuesta rápida a corticoterapia oral, fue la base de la orientación diagnóstica. La mejoría con corticoides no es específica de PMR, la VSG tiene utilidad para el diagnóstico, y monitorizar la actividad.

Bibliografía

1. Brooks RC, McGee SR. Diagnostic dilemmas in polymyalgia rheumatica. Arch Intern Med. 1997;157:162-8.

2. Bird HA, Esselinckx W, Dixon AS, Mowat AG, Wood PH. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica. *Ann Rheum Dis.* 1979;38:434-9.
3. Dejaco C, Singh YP, Perel P, Hutchings A.; EULAR 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 2015;74:1799-807.

Palabras clave: Polimialgia reumática. Atención Primaria. Dolor muscular.