



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

242/1059 - DOLOR DE DIFÍCIL CONTROL: A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Soria Candela^a, M. Vilanova Barceló^a, L. Rodríguez Quijano^a, I. García de León Sánchez^b, M. González Lozano^b y B. Álvarez García^b

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 64 años con antecedentes personales de osteoporosis en tratamiento con denosumab, calcio y vitamina D. Acude a la consulta de Atención Primaria (AP) por lumbalgia recidivante de meses de evolución, irradiada a ambos miembros inferiores. Presenta además dolor en hombros y cuello. Rigidez matutina de aproximadamente una hora de duración. A la exploración, dolor a la palpación y a la movilización de cinturas escapulares y pelvianas, Lasègue positivo. Resistente a tratamiento analgésico con paracetamol, AINEs y tramadol. Se solicitan pruebas complementarias y tras resultados, que se exponen a continuación, se inicia tratamiento con prednisona oral, con mejoría de la sintomatología. Se decide entonces derivación a Medicina Interna para estudio completo y ajuste de tratamiento si precisa.

Exploración y pruebas complementarias: Radiografías. Columna lumbar: Osteofitos en carillas articulares, disminución de espacios intervertebrales. Columna cervical: normal. Resonancia columna lumbar: discopatía degenerativa. Protrusión discal en L4-L5, con probable afectación de raíz de L4 izquierda. Analítica: gammaglobulina policlonal, proteína C reactiva 8,35, VSG 68. Resto normal.

Juicio clínico: Ante los hallazgos clínicos y analíticos se sospecha polimialgia reumática (PMR), además de protrusión discal lumbar.

Diagnóstico diferencial: Debe hacerse un diagnóstico diferencial con enfermedades infecciosas, neoplasias, artritis reumatoide, polimiositis, osteoporosis, osteoartritis, fibromialgia e hipotiroidismo.

Comentario final: En Medicina Interna se descartó PMR, suspendiendo prednisona. Una semana después, la paciente reconsulta en AP por nuevo empeoramiento de los síntomas, solicitándose analítica completa con autoanticuerpos y factor reumatoide, siendo estos negativos. Se reintroduce nuevamente el tratamiento con corticoides, con mejoría. Se remite a Reumatología, quienes confirman el diagnóstico de PMR. Es reseñable además en este caso la presencia de otra patología intercurrente (protrusión discal), que puede ser factor de confusión en el proceso diagnóstico.

Bibliografía

1. Polimialgia reumática. Fisterra, 2016. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/polimialgia-reumatica/>
2. Lafarga-Giribets MA, et al. Polimialgia reumática: ¿pensamos en ella? Semergen, Medicina de Familia. 2011;37(5).

Palabras clave: Polimialgia reumática. Reumatología. Dolor.