

## 424/2894 - DOLOR MÁS ALLÁ DE LA ARTROSIS

A. Quirós Mazariegos<sup>1</sup>, M. Bendicho Artíme<sup>2</sup>, E. Suárez Jaquete<sup>1</sup> y M. Benito Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles-Colloto. Oviedo. Asturias.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Periférico de Carbayín Bajo. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Acudimos al domicilio de un varón de 77 años con antecedentes de claudicación intermitente, HTA, IAM e insuficiencia renal y cardiaca; por cuadro de gonalgia bilateral, no refiere antecedente traumático ni sobreesfuerzo, nos impresiona de proceso artrósico agudizado, pautamos AINE y programamos para revisión en una semana. En nuestra consulta de AP nos comenta persistencia de gonalgia bilateral y además dolor con en hombros y en ambas caderas asociado a rigidez matutina con dificultad para levantarse de la cama, por ello decidimos tratamiento empírico con corticoide y solicitamos analítica.

**Exploración y pruebas complementarias:** COC, BEG. Afebril. RsCsRs, sin soplos audibles. MVC, sin ruidos sobreañadidos. A la exploración, dolor simétrico a la movilidad en las rodillas, muslos y ambos hombros con rigidez articular. Resto de la exploración normal. Analítica: Hb 9,7, Hcto 29, VSG 52, PCR 6,3, creatinina 1,66, FG 39, resto normal.

**Orientación diagnóstica:** Polimialgia reumática (PMR).

**Diagnóstico diferencial:** Arteritis de células gigantes (ACG), Artrosis, artritis reumatoide, artritis por cristales, fibromialgia, espondiloartropatías, mialgias por estatinas, artritis séptica.

**Comentario final:** El paciente mejora con la pauta de corticoide (prednisona 30 mg/día) y empeora a la hora de comenzar la pauta descendente en varios intentos, por lo que tenemos que volver a la dosis inicial de corticoides. Ante sospecha clínica de PMR y anemia de trastornos crónicos hablamos con el Servicio de Medicina Interna de nuestro Hospital de referencia para completar estudios. Es importante reevaluar los pacientes, sobre todo cuando persiste la clínica a pesar de seguir la pauta indicada por las guías de referencia. La PMR es una enfermedad inflamatoria crónica cuyo diagnóstico se debe hacer en AP y se basa en la sospecha clínica aplicando los criterios de Bird y una respuesta terapéutica inmediata o rápida al corticoide a dosis iniciales de 20-40 mg de prednisona/día, aunque no todos los pacientes responden igual, como en nuestro caso. En este caso nos preocupaba la posible asociación con ACG, dada la correlación de esta entidad con PMR.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.

2. Ventura Valcárcel P, Romay Lema E, Iñiguez Vazquez I. Guía clínica de Polimialgia reumática [Internet]. Fisterra.com. 2019. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/polimialgia-reumatica/>

**Palabras clave:** Dolor. Polimialgia. Corticoide.