

424/831 - ¿Y SI NO ES LO QUE PENSAMOS?

X. Iturraspe Gaudiaga¹, I. Irurzun Sorarrain² y M. Landaberea Sáez³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azpeitia. Guipúzcoa.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Zumárraga. Guipúzcoa.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Guipúzcoa.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 85 años. Antecedentes de hipertensión arterial (HTA) y tendinopatía manguito rotadores hombro derecho. Consulta 1: presenta dolor en ambos hombros, más en el derecho de meses de evolución que cede con toma ocasional de paracetamol. Refiere algo de rigidez matutina. Probamos con paracetamol 1 g cada 8h. Consulta 2, 3 semanas más tarde: Persistencia del dolor y más rigidez matutina que no controla con medicación por lo que realizamos pauta corta con naproxeno. Solicitamos analítica anual de HTA añadiendo marcadores inflamatorios (PCR, VSG). Consulta 3, 5 semanas más tarde: rigidez matutina incapacitante de brazos y dolor intenso. Niega cefalea ni claudicación mandibular. En la analítica PCR: 45, VSG: 49. Comenzamos tratamiento con prednisona 20 mg. Mejoría clínica evidente al cabo de una semana.

Exploración y pruebas complementarias: Primera y segunda consulta: exploración hombro derecho con dolor a la palpación de corredera bicipital, flexión dolorosa a 120°, rotación interna dolorosa en L4, externa hasta zona occipital, sin pérdida de fuerza ni sensibilidad. En tercera consulta, flexión ambos hombros 90°, dolor a la movilización y palpación de ambas arterias temporales sin hallazgos.

Orientación diagnóstica: Tendinopatía-artrosis hombro derecho. Polimialgia reumática (PMR).

Diagnóstico diferencial: Capsulitis, polimialgia reumática, artritis reumatoide.

Comentario final: La PMR es una enfermedad inflamatoria crónica que se da sobretodo en pacientes mayores de 50 años. La clínica se caracteriza por dolor simétrico de cintura escapular-pelviana y rigidez matutina. El diagnóstico se basa en la clínica, la elevación de reactantes de fase aguda y la respuesta a los corticoides. No existen pruebas diagnósticas para confirmar la PMR. El 30% de los casos se asocia con arteritis de células gigantes por lo que es obligatorio identificar síntomas como cefalea, claudicación mandíbula, alteraciones visuales y palpar los pulsos temporales. El tratamiento de elección son los corticoides a dosis bajas (de 15-20 mg/día). Aunque la respuesta suele ser rápida, se recomienda mantener la dosis inicial durante 2-4 semanas e ir reduciéndola gradualmente.

Bibliografía

1. García L. Polimialgia reumática. Revista Colombiana de Reumatología. 2015.
2. Lafarga MA. Polimialgia reumática. Medicina de familia. SEMERGEN. 2010.

Palabras clave: Polimialgia reumática.