



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/1109 - CERVICALGIA SUBAGUDA COMO DEBUT DE ARTRITIS REUMATOIDE

D. Martín García¹, M. Sáenz Aldea², A. González Segura³ y A. Gil Eguren⁴

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria. ⁴Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años, con antecedentes de HTA, dislipemia e hipotiroidismo. En tratamiento con candesartán, eutirox y simvastatina. Acude de urgencia por cuadro progresivo de 3 semanas de evolución consistente en: dolor en región cervical, posteriormente irradiado a extremidades superiores, y desde hace 4 días a columna lumbar y extremidades inferiores. Acudió a su MAP siendo tratada con dextropropofeno, añadiendo posteriormente paracetamol y finalmente tramadol/paracetamol con escasa respuesta terapéutica. Niega antecedente traumático, y refiere ansiedad creciente por el dolor y limitación funcional por debilidad proximal de extremidades, más marcada por las mañanas. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientada en las 3 esferas, normohidratada, normoperfundida, normocoloreada. No alteraciones en agudeza visual ni en campimetría por confrontación, sin asimetrías faciales ni alteración del resto de pares craneales. No hay induración de arterias temporales, ni dolor a la apertura a la palpación o apertura mandibular. No dolor a la palpación de apófisis espinosas. Presenta limitación a la movilidad de extremidades superiores para abducción, rotación interna y externa, simétrica, impresiona de secundaria al dolor; con fuerza y sensibilidad conservadas en extremidades inferiores. Se solicitó HG y BQ que incluyera PCR y VSG, con las siguientes alteraciones: PCR 9,8 mg/dl. VSG 49 mm. Leucocitos $11,3 \times 10^3$, siendo el resto de valores normales.

Orientación diagnóstica: El cuadro es altamente sugestivo de polimialgia reumática, por lo que se pautó prednisona 30 mg/día con mejoría clínica, y se derivó a Reumatología para valoración y ampliación de estudio, incluyendo anticuerpos antinucleares, antipéptidos citrulinados, factor reumatoide, quantiferón y serologías para hepatitis B y C, todos negativos.

Diagnóstico diferencial: Arteritis de células gigantes. Artritis reumatoide de inicio tardío. Tuberculosis. LES de inicio tardío. Hipotiroidismo. Procesos hematológicos. Pseudogota. Osteoartritis. Polimiositis. Fibromialgia. Síndromes posvéricos.

Comentario final: La PMR es un síndrome inflamatorio con predominio en mujeres mayores de 50 años, diagnóstico fundamentalmente clínico, en el que siempre hay que descartar ACG (10-20% de los casos).

Bibliografía

1. Tierra Rodríguez AM, Díez Bermúdez A, Díez Morrondo C. Polimialgia Reumática y Arteritis de Células Gigantes. En: Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de Actuación en Urgencias, 5ª ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2017. p. 409-12.

Palabras clave: Cervicalgia. Polimialgia reumática.