



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 283/99 - ME DUELE TODO

I. Pérez Valero<sup>a</sup>, M. Lozano Gomáriz<sup>b</sup>, C. Escarbajal Frutos<sup>b</sup>, T. Gil Pérez<sup>a</sup>, I. Cerrillo García<sup>c</sup> y M. Martínez Rocamora<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mariano Yago. Yecla. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Francisco Palao. Yecla. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. SUAP Torres de Cotillas. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. SUAP Yecla. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 79 años, con antecedentes personales de hipertensión e hiperplasia benigna de próstata, que consulta por dolor lumbar y sensación de rigidez desde hace 15 días. Se pauta tratamiento con antiinflamatorio y analgésico de rescate. Al mes regresa a la consulta por empeoramiento, el dolor es generalizado, sobre todo en cintura escapular y pelviana, acompañado de debilidad en la misma con dificultad para levantarse, peinarse, subir al coche o subir y bajar escaleras. Se acompaña de astenia, anorexia y pérdida de peso. No cefalea. No disnea. Refiere que ha acudido en varias ocasiones a urgencias hospitalarias por este motivo, en tratamiento antiinflamatorio sin mejoría.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. AC: rítmico, sin soplos. AP: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen anodino. EEII: no edemas, signos de insuficiencia venosa bilateral. No signos de artritis en articulaciones periféricas. Pulsos temporales palpables, no sensibilidad temporal. Exploración neurológica normal. Análisis de sangre: hemograma, Hb 11,8, VCM 95, leucos 11.700, plaquetas 383.000. Bioquímica normal. CK normal. Transaminasas normales. FR: 18. PCR 28,58. VSG 68. ANAS y ENAS negativos. Sedimento de orina normal. Ante la sospecha clínica se inicia tratamiento con prednisona 15 mg cada 24 horas durante 1 mes, con respuesta satisfactoria. Se baja dosis de prednisona a 12,5 mg diario y se deriva a Servicio de Reumatología.

**Juicio clínico:** Polimialgia reumática.

**Diagnóstico diferencial:** Se debe hacer diagnóstico diferencial que incluya causas reumáticas (fibromialgia, lupus eritematoso sistémico, miopatías inflamatorias, artritis reumatoide, espondiloartropatías seronegativas, artrosis generalizada, osteomalacia, síndrome miofascial...), causas infecciosas, metabólicas (hiper e hipotiroidismo), neoplasias, causas psicogénas o síndrome de fatiga crónica.

**Comentario final:** Es muy frecuente que un paciente consulte en atención primaria por dolor generalizado. Destacar la importancia de realizar una buena anamnesis y exploración física, sospechando polimialgia reumática si el paciente es mayor de 50 años y el dolor es fundamentalmente en cintura escapular y pelviana, se acompaña de rigidez, reactantes de fase aguda elevados, y tiene una buena respuesta al tratamiento con corticoesteroides a dosis bajas.

### Bibliografía

1. Guía Clínica Polimialgia reumática. Fisterra, 2016.