

## Polimialgia reumática y artritis reumatoide: ¿extremos de un mismo proceso?

E. Martín-Ruiz<sup>a</sup>, C. Peláez-Laguno<sup>b</sup>, B. Sanz-Pozo<sup>c</sup> y A. Valencia-Dutor<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Bercial. Área 10 de Madrid. Getafe. Madrid. España.

<sup>b</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Greco. Área 10 de Madrid. Getafe. Madrid. España.

<sup>c</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Américas. Área 10 de Madrid. Parla. Madrid. España.

<sup>d</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Margaritas. Área 10 de Madrid. Getafe. Madrid. España.

Presentamos el caso de una paciente que comienza con poliartralgias y clínica compatible con el diagnóstico de polimialgia reumática. Tras el tratamiento inicial, no presenta mejoría, por lo que precisa aumento de dosis de corticoides, y meses después, coincidiendo con la reducción de la medición, presenta nuevos síntomas que concluyen con el diagnóstico de artritis reumatoide seronegativa.

*Palabras clave:* polimialgia reumática, artritis reumatoide, poliartralgias.

We present the case of a patient who began with polyarthralgias consistent with the clinical diagnosis of polymyalgia rheumatica. After an initial treatment with no improvement, and which required an increase in the corticosteroid dosage, and months later coinciding with the decrease in medication, she presented new symptoms that lead to the diagnosis of seronegative rheumatoid arthritis.

*Key words:* polymyalgia rheumatica, rheumatoid arthritis, polyarthralgias.

### INTRODUCCIÓN

La polimialgia reumática es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida, caracterizada por dolor y rigidez matutina en la región cervical, los hombros y la cintura pélvica. Normalmente responde rápidamente a dosis bajas de corticoides y tiene un pronóstico favorable<sup>1</sup>, pero es importante un seguimiento estrecho de la afección para ver su evolución. En la práctica clínica diaria, algunos casos evolucionan a una artritis reumatoide seronegativa, e incluso algunos autores sostienen que ambas entidades son extremos de un mismo proceso<sup>2</sup>.

### EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 82 años con alergia medicamentosa a penicilina. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión de 30 años de evolución en tratamiento farmacológico con losartán e hidroclorotiazida, asma leve persistente en tratamiento con inhaladores (fluticasona y salmeterol), insuficiencia venosa crónica, temblor esencial cefálico y nódulo pulmonar calcificado en el lóbulo inferior izquierdo de 1 año de evolución. Acude a consulta refiriendo dolor los 2

meses previos en ambos hombros que le impide la elevación de ambos brazos, irradiado a ambos lados del cuello; no refería pérdida de peso, anorexia ni febrícula. A la exploración se aprecia impotencia funcional en cintura escapular y pélvica; no se objetiva claudicación mandibular ni tumefacción articular; hay dolor en la zona lumbar derecha irradiado a la ingle y el muslo y a la flexoextensión de ambas muñecas; no hay dolor a la palpación de arterias temporales. Ante la sospecha clínica de polimialgia reumática, se solicita analítica completa con reactantes de fase aguda y se inicia tratamiento con corticoides orales a dosis bajas y fraccionadas (5 mg de prednisona cada 8 h).

Los resultados analíticos fueron normales, incluidos la proteína C reactiva (PCR) y el factor reumatoide, salvo una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 53 mm/h (levemente elevada para una mujer de 82 años).

A los 10 días de iniciar el tratamiento no encuentra mejoría, por lo que se solicita una radiografía de tórax, que mostró que el nódulo pulmonar no había sufrido modificación alguna. Se aumenta la dosis de corticoides (10 mg de prednisona cada 8 h), con gran mejoría clínica, por lo que se mantuvo la dosis efectiva de corticoides aproximadamente 4 semanas y se inició una lenta disminución de dosis; en la analítica de control se observó una disminución del valor de VSG a 12 mm/h.

A los 9 meses de iniciar el tratamiento, y estando con 5 mg al día de prednisona, comienza con aumento de dolor

Correspondencia: E. Martín Ruiz.  
Centro de Salud El Bercial. Avda del Parque s/n. 28905 Getafe. España.  
Correo electrónico: esther\_martin\_r@yahoo.es

Recibido el 23-01-2008; aceptado para su publicación el 23-04-2008.

en la cintura pélvica y escapular, a lo que se añade con patrón aditivo y simétrico dolor e inflamación en las muñecas y las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales.

Se solicita radiografías de ambas manos, en las que no se objetivan erosiones radiológicas. Ante la ausencia de mejoría del cuadro y para proceder a un diagnóstico y un tratamiento adecuados, se decidió ingreso hospitalario, en el que se llegó al diagnóstico definitivo de artritis reumatoide seronegativa de inicio tardío. Se aumentó la dosis de corticoides y se pautó hidroxicloroquina, con lo que se logró mejoría del cuadro, y desde entonces sigue controles periódicos en la consulta de Reumatología.

## DISCUSIÓN

Para el diagnóstico de PMR se deben cumplir tres de los siguientes criterios<sup>2</sup>:

- Dolor y/o rigidez simétrica de los hombros.
- Configuración completa del cuadro clínico en un tiempo  $\leq 2$  semanas.
- VSG  $> 40$  mm/h.
- Rigidez matutina de más de 1 h de duración.
- Edad  $> 65$  años.
- Depresión o pérdida de peso.
- Dolor a la palpación de la musculatura proximal de los brazos.

La polimialgia reumática, en la mayoría de los casos, responde a dosis bajas de corticoides y la ausencia de mejoría de los síntomas plantea otros diagnósticos; entre otros, hay que descartar una arteritis de la temporal concomitante y un síndrome paraneoplásico<sup>1</sup>, por lo que para esta paciente, por el antecedente de nódulo pulmonar solitario, se solicitó radiografía de tórax de control, como ya hemos especificado.

También es importante descartar otras enfermedades reumáticas, al inicio o con el tiempo. Nuestra paciente cumplía inicialmente criterios diagnósticos de polimialgia reumática, pero no de artritis reumatoide. Es más tarde cuando comienza con síntomas de tumefacción articular añadidos, coincidiendo con la reducción de la dosis de corticoides, que tras el estudio correspondió a una artritis reumatoide seronegativa.

Es difícil diferenciar entre polimialgia reumática y artritis reumatoide en un primer momento<sup>3,4</sup>, porque los síntomas iniciales de una artritis reumatoide pueden presentarse de manera similar a los de la polimialgia reumática; incluso en un estudio prospectivo no se han encontrado hallazgos clínicos o de laboratorio que nos permitan diferenciar inicialmente las dos entidades<sup>5</sup>.

El diagnóstico de artritis reumatoide tras un cuadro inicial de polimialgia reumática, aunque infrecuente, no es difícil siempre que se considere esta posibilidad en el seguimiento de la enfermedad, y es importante su diagnóstico precoz y un manejo adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med*. 2002;347:261-71.
2. Alarcón-Segovia D, Gil A, González-Gay MA, Cid MC, Álvarez M, Ingelmo M, et al. Vasculitis. En: Farreras-Rozman, editores. *Medicina Interna*. 15.<sup>a</sup> ed. Madrid: Elsevier España; 2004. p. 1109-24.
3. Hantzschel H, Bird HA, Seidel W, Kruger W, Neumann G, Schneider G, et al. Polymyalgia rheumatica and rheumatoid arthritis of the elderly: a clinical, laboratory, and scintigraphic comparison. *Ann Rheum Dis*. 1991;50:619-22.
4. Shiozawa S. Polymyalgia rheumatica and elderly-onset rheumatoid arthritis. *Intern Med*. 2002;41:605.
5. Caporali R, Montecucco C, Epis O, Bobbio-Pallavicini F, Maio T, Cimmino MA. Presenting features of polymyalgia rheumatica (PMR) and rheumatoid arthritis with PMR-like onset: a prospective study. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:1021-4.