

Envejecimiento y polimialgia

Marqués, A.*; Guillén, A.** y Serra, J.**

* Clínica Sociosanitaria. Hospital Sagrat Cor. Martorell. * Servicio de Geriatria. Fundació Hospital Asil de Granollers. Granollers. Barcelona.

Sr. Director:

La polimialgia reumática y la arteritis de Horton son patologías íntimamente relacionadas, que muchos expertos consideran grados de una misma enfermedad^{1,2}. El síndrome típico común (deterioro del estado general y astenia, con dolor incapacitante, de predominio proximal, en las extremidades), suele estar presente en la mayoría de los casos^{2,3,4}, si bien la literatura describe, sobre todo para la arteritis, formas de presentación tan dispares como alucinaciones visuales³ o derrame pleural⁴.

Durante un período de pocas semanas asistimos tres casos en mujeres de más de 80 años en las cuales la sintomatología, de enfermedad de Horton en la primera y de polimialgia reumática en la segunda y la tercera, fue atribuida (también por sus médicos habituales) durante 7, 4 y 12 meses respectivamente, al deterioro físico que conlleva el envejecimiento.

Los motivos de ingreso fueron una pequeña rectorragia hemorroidal en la primera e infección respiratoria en las otras dos. En los tres casos la clínica, exploración física y las pruebas complementarias permitieron descartar las enfermedades que más adelante comentaremos. Las velocidades de sedimentación globular fueron respectivamente: 116, 91 y 102 mm en la primera hora. En los tres casos existía anemia normocítica normocrómica, siendo la hemoglobina de 5,4 en el primero (descartamos una rectorragia maligna) y superior a 10 en los otros dos. La biopsia temporal sólo fue positiva (arteritis de células gigantes) en el primer caso.

En ambas entidades el diagnóstico diferencial debe hacerse, sobre todo, con neoplasias, artritis reumatoide, panarteritis nodosa, polimiositis y mieloma múltiple^{5,6}. El tratamiento de elección son los corticoides^{1,2}, a los cuales es

conveniente asociar bifosfonatos con o sin calcio y vitamina D, para minimizar la osteoporosis secundaria⁷. Dicho tratamiento corticoideo debe iniciarse de manera precoz y no debe ser retirado ni reducido de forma brusca, pues ello puede implicar amaurosis irreversible^{1,2,3}.

Deseamos recordar la tendencia que tenemos los propios profesionales, muchos pacientes y sus familiares, a atribuir como «cambios propios del envejecimiento» los síntomas (la mayoría inespecíficos) de estas entidades. En la formación, básica y continuada, de especialidades como medicina familiar y comunitaria, medicina interna y geriatría, siempre se debe destacar este aspecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hart FD. Polymyalgia rheumatica. Its correct diagnosis and treatment. *Drugs* 1987;33:280-7.
2. Armona J, Rodríguez-Valverde V, González-Gay MA, Figueroa M, Fernández-Sueiro JL, Blanco R, et al. Arteritis de células gigantes. Estudio de 191 pacientes. *Med Clin (Barc)* 1995;105:734-7.
3. Simeón Aznar CP, Fonollosa Pla V, Cuenca Luque R, Bosch Gil JA. Alucinaciones visuales en arteritis de Horton. *Med Clin (Barc)*. 1990;17:94:398.
4. García-Alfranca F, Solans R, Simeón C, Gómez-Lozano A, Pérez-Bocanegra C, Bosch JA. Pleural effusion as a form of presentation of temporal arteritis. *Br J Rheumatol* 1998;37:802-3.
5. Bachmann LM, Vetter W. Pitfalls in diagnosis of polymyalgia rheumatica/temporal arteritis [resumen]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 2000;11:89:879-84.
6. Gil Aguado A, Herrero Mateu C, Álvarez de Mon Soto M, Cid Xutglà MC, Ingelmo Morín M, Bosch Gil JA. Vasculitis. En: Farreras B Rozman, Medicina Interna. Barcelona: Mosby-Doyma Libros SA; 1995. p. 1114.
7. Adachi JD, Olszynski WP, Hanley DA, Hodsmann AB, Kendler DL, Siminowski KG, et al. Management of corticosteroid-induced osteoporosis. *Semin Arthritis Rheum* 2000;29:228-51.

Correspondencia: A. Marqués Vilallonga. Av. Compte de Llobregat, 117. 08760 Martorell. Barcelona. E-mail: 26366amv@comb.es.

Recibido el 8-10-01; aceptado el 29-10-01.