

# Polimialgia Reumática, Experiencia Basada en 22 Casos

Deicy Bernal Z., Aurelio Carvallo V.

Servicio de Medicina, Unidad de Reumatología, Hospital San Juan de Dios

## Resumen

**Introducción.** La polimialgia reumática (PMR) se caracteriza por dolor y rigidez de las cinturas cervico-escapular y pelviana; preséntase en mayores de 50 años, asociada frecuentemente a arteritis de células gigantes (ACG), y tiene excelente respuesta a dosis bajas de corticosteroides. **Objetivo.** Evaluar sus características clínicas, de laboratorio, terapéuticas y evolutivas en nuestro medio. **Pacientes y método:** 22 pacientes diagnosticados según criterios establecidos y controlados entre 1998 y 2008. Según protocolo se analizan sexo, edad, diagnósticos previos, clínica, laboratorio, tratamiento y evolución. **Resultados.** Edad 52 a 81 años (mediana 69,3); predominio femenino (17/5), y 9,2 meses promedio de evolución prediagnóstico. Todos presentaron dolor y rigidez cervico-escapular y pelviana, 2 pacientes (9%) tuvieron artritis y 2 (9%), características clínicas de arteritis de células gigantes (ACG). El laboratorio fue inespecífico, excepto velocidad de sedimentación elevada entre 38 y 131 mm/hora (promedio 80,7). Todos tuvieron factor reumatoideo (-) y anticuerpos antinucleares (-). Todos, excepto los portadores de ACG, respondieron a dosis bajas de corticosteroides (20 mg/día de prednisona o menos), con dosis de mantención entre 5 y 10 mg/día. Excelente evolución en todos, excepto uno, con desaparición de síntomas, normalización de VHS y reintegración a actividades previas. **Conclusiones.** La PMR constituye un diagnóstico diferencial en personas mayores de 50 años con dolor de cintura escapular y pelviana, que suele asociarse con ACG. El diagnóstico se basa en criterios bien establecidos, destacando la VHS persistentemente alta y la respuesta a dosis bajas de corticosteroides, que es además la terapéutica de elección.

**Palabras clave:** Polimialgia, arteritis temporal, corticosteroides.

## Polymyalgia rheumatica. Experience based on 22 Cases

### Summary

*Polymyalgia rheumatica (PMR) is characterized by cervicospinal and pelvic pain and rigidity, it manifests in people older than 50 years and is frequently associated with giant cell arteritis (GCA). It responds very well to low doses of corticosteroids. Objective: Evaluate clinical, laboratory, therapeutic and evolutionary characteristics in our environment. Patients and method: 22 patients diagnosed according to set criteria and controlled between 1998 and 2008. Sex, age, previous clinical and laboratory diagnosis, treatment and evolution were analyzed. Results: Age 52 to 81 (average 69.3); 17 females, 5 males; and 9.2 month average prediagnostic evolution. All presented cervicospinal and pelvic pain and rigidity, 2 patients (9%) had arthritis, and 2 (9%) presented clinical characteristics of GCA. Laboratory tests were nonspecific, except for high sedimentation speed between 38 and 131 mm/hour (average 80.7). All patients presented rheumatoid factor (-) and antinuclear antibodies (-). All, except GCA carriers, responded to low doses of corticosteroids (20 mg/day or less of Prednisona), followed by a maintenance dose of 5 - 10 mg/day. Evolution was excellent in all patients except one, symptoms disappeared, ESR normalized and patients were reintegrated to their previous activities. Conclusions: PMR constitutes a differential diagnosis in people over 50 years of age, with cervicospinal and pelvic pain, and is commonly associated with GCA. Diagnosis is based on well established criteria, with persistently high ESR and response to low doses of corticosteroids - the treatment therapy of choice - among the most significant.*

**Key words:** Polymyalgia, temporal arteritis, corticosteroids.

## INTRODUCCIÓN

La polimialgia reumática (PMR) es una afección cuyo nombre fue sugerido por Barber en 1957, basado en la descripción de 12 casos, definiendo sus características principales, separándola de otras afecciones reumatológicas, como la artritis reumatoídea y polimiositis, destacando su respuesta a los corticosteroides y fenilbutazona y proponiendo el nombre de “polimialgia reumática” a esta entidad.<sup>(1)</sup>

Actualmente se le considera íntimamente relacionada con la arteritis de células gigantes (ACG). Las dos entidades tienen una similitud patogénica ligada al HLA-DR4, existiendo además un polimorfismo de la región hipervariable del gen HLA-DRB1.<sup>(2,3)</sup>

Desde el punto de vista epidemiológico tiene una incidencia variable y a su vez con variaciones geográficas, siendo, por ejemplo, de 12,7/100.000 en Italia y de 112,6/100.000 en Noruega.<sup>(2)</sup> Se presenta en mayores de 50 años, con una media de 70 años, y predomina en mujeres en una proporción aproximada de 3:1.

Desde el punto de vista clínico se caracteriza por un inicio subagudo o crónico de dolor y rigidez de la cintura cervicoescapular y pelviana, de carácter simétrico, aunque ocasionalmente puede ser asimétrico; con frecuencia se presentan malestar general, fatiga, anorexia, pérdida de peso y fiebre. La presencia de sinovitis y bursitis se considera como causa del dolor y rigidez articular en las zonas mencionadas; sin embargo, por la gran masa muscular que rodea estas articulaciones es difícil pesquisar estos hallazgos al examen físico. El laboratorio es inespecífico y concordante con un estado inflamatorio crónico.<sup>(2-6)</sup>

## OBJETIVO

Evaluar las características clínicas, de laboratorio, terapéuticas y evolutivas de esta afección en nuestro medio, como asimismo las dificultades diagnósticas que pueden presentarse, simulando y orientando hacia otras patologías.

## PACIENTES Y MÉTODO

En un estudio retrospectivo y descriptivo se confeccionó un protocolo de estudio y evaluación de pacientes con el diagnóstico de PMR diagnosticados y controlados entre 1998 y 2008 en la Unidad de Reumatología del Hospital San Juan de Dios. La inclusión se basó en los criterios diagnósticos propuestos por Healey<sup>(7)</sup> (Tabla 1). Veintidós pacientes cumplieron con los requisitos exigidos. Se analizan sexo, edad, diagnósticos previos, características clínicas, laboratorio, tratamiento y evolución. Para exponer los análisis se utilizaron medianas y porcentajes.

## RESULTADOS

*Sexo y edad:* 17 mujeres y 5 hombres, edad entre 52 y 81 años, con una mediana de 69,3 años y 77,2% sobre los 60 años (Tabla 2). *Tiempo entre inicio de síntomas y diagnóstico definitivo:* Entre 3 y 60 meses, con un promedio de 9,2 meses. *Diagnósticos previos:* Todos los pacientes (100%) tuvieron diagnósticos previos diferentes al definitivo. *Características clínicas:* Todos los pacientes (100%) presentaron dolor y rigidez cervicoescapular y pelviana; 2 pacientes (9,0%) tuvieron artritis (rodilla) y 2 (9,0%) tuvieron elementos clínicos de ACG. *Laboratorio:* Inespecífico, excepto alza de la velocidad de sedimentación (VHS) entre 38 y 131mm/hora (promedio 80,7 mm), de los cuales 81,8% fue mayor de 50 mm/hora y 27.3% sobre 100 mm/hora. Todos los pacientes (100%) tuvieron factor reumatoideo (-) y anticuerpos antinucleares (-). *Tratamiento:* Todos los pacientes (100%) recibieron tratamiento corticosteroidal en dosis moderadas (20 mg/día de prednisona o menos, al inicio del tratamiento), excepto los 2 pacientes que tenían elementos de ACG que recibieron inicialmente 1 mg/kg/día, además de metotrexato 25 mg semanales en uno y azatioprina 100 mg diarios en el otro. La dosis de mantención de prednisona ha fluctuado entre 5 y 10 mg/día; en todos, excepto 1, la respuesta ha sido favorable, con desaparición de los síntomas, normalización de la VHS y reintegro a sus actividades previas de la vida diaria.

**TABLA 1.**  
**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE POLIMIALGIA REUMÁTICA (Healey LA, 1984)**

- Edad mayor de 50 años.
- Dolor persistente por al menos un mes de dos o más de las siguientes partes: cuello, hombros, cintura pelviana.
- Rigidez matinal mayor de una hora.
- Rápida respuesta a 20 mg o menos de prednisona diaria.
- Ausencia de otras enfermedades capaces de ser causa de dolor músculo-esquelético.
- Velocidad de sedimentación mayor de 40 mm/hora.
- Factor reumatoideo y anticuerpos antinucleares negativos.

Todos los criterios deben estar presentes para hacer el diagnóstico.

**TABLA 2.**  
**DISTRIBUCIÓN POR EDADES (22 pacientes)**

|               | N  | %    |
|---------------|----|------|
| 50 a 59 años  | 5  | 22,8 |
| 60 a 69 años  | 3  | 13,7 |
| 70 a 79 años  | 12 | 54,5 |
| 80 o más años | 2  | 9,0  |
|               | 22 | 100  |

## DISCUSIÓN

Ya desde antes de la descripción, ordenamiento de la sintomatología y separación de esta afección como una entidad diferente y con características propias, realizada por Barber en 1957, la polimialgia reumática constituyó un cuadro poco definido y simulador de variadas afecciones, ya sean éstas localizadas a la cintura cérvico-escapular o región lumboglútea y muslos, o bien, con un compromiso marcado del estado general, que obliga, entre otras posibilidades, a descartar afecciones neoplásicas, e incluso se han descrito casos en que junto a manifestaciones propias de una polimialgia reumática puede existir una neoplasia oculta,<sup>(8)</sup> lo que no se presentó en nuestro estudio. Todos nuestros pacientes tuvieron diagnósticos y tratamientos previos al diagnóstico definitivo, incluida una paciente tratada por un largo período como una espondilodiscitis cervical. El largo período entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo observado en nuestra serie, con un promedio de nueve meses, es una demostración de las dificultades que pueden existir en llegar al diagnóstico.

Su etiología es desconocida, y en su patogenia se ha planteado que sea la expresión de una respuesta autoinmunitaria en un terreno genético marcado por el antígeno de histocompatibilidad clase II HLA-DR4.<sup>(9, 10)</sup> Su frecuente asociación con la arteritis de células gigantes ha hecho plantear, a su vez, una etiopatogenia común con expresiones clínicas diferentes. El dolor músculo-esquelético se ha considerado como el resultado de sinovitis, tenosinovitis y bursitis, habiéndose encontrado en el estudio microscópico de los tejidos comprometidos un infiltrado macrofágico y de linfocitos T.<sup>(11, 12)</sup> Solamente dos de nuestros pacientes (9,0%) tuvieron elementos clínicos (no se realizó estudio histológico) que permitieron fundamentar una asociación con una arteritis de la temporal, lo que está de acuerdo con lo señalado por la literatura,<sup>(13)</sup> ya que si bien un 40% a 50% de las arteritis de células gigantes presentan polimialgia, la relación inversa varía entre 0% y 42%. A su vez, se ha descrito una positividad de un 10%-15% en la biopsia de arteria temporal en pacientes con polimialgia sin síntomas de arteritis.<sup>(10)</sup>

Más allá de las manifestaciones clásicas, con los compromisos cervicoescapulares y pélvicos señalados, las manifestaciones generales como pérdida de peso, fatigabilidad y fiebre, pueden ser importantes, lo que agregado al dolor y limitación, en personas de edad, puede llevar a la postración e imposibilidad para realizar sus actividades de la vida diaria.

No existen exámenes específicos en esta afección, y el realizar una evaluación de laboratorio amplia, incluyendo las pruebas inmunológicas, es importante por su negatividad,

lo que contribuye a descartar otras afecciones. En esta situación la presencia de una VHS elevada, como sucedió en todos nuestros pacientes, es un elemento significativo en el diagnóstico y en el posterior seguimiento y respuesta a la terapéutica. Puede ser de utilidad, con los mismos fines, la determinación paralela de la proteína C reactiva (PCR). La negatividad del factor reumatoideo (FR) y anticuerpos antinucleares (AAN) constituyen un criterio diagnóstico. Ninguno de nuestros pacientes los presentó. Sin embargo, tratándose de personas de edad, la presencia de alguno de ellos no debe descartar la enfermedad, si hay criterios que la apoyen y no hay fundamentos sólidos que orienten a otra afección. Una de nuestras pacientes presentó positividad de anticuerpos anti péptido citrulinado (anti-CCP), teniendo FR y AAN negativos. Si bien los anticuerpos anti-CCP son de alta especificidad para la artritis reumatoidea, se describe ocasionalmente su presencia en otras afecciones, entre ellas la PMR.<sup>(14)</sup>

El tratamiento basado en corticosteroides en dosis baja (prednisona 15-20 mg diarios al inicio) es, además, un elemento importante como prueba y criterio diagnóstico, ya que la mejoría subjetiva es excelente en el curso de las primeras 48 horas de tratamiento, y la falta de respuesta debe hacer dudar del diagnóstico. Fue ésta la experiencia que tuvimos en nuestra serie, obteniéndose una precoz y excelente respuesta a las dosis de prednisona señaladas. El descenso progresivo de la dosis, basado especialmente en la evolución clínica y la VHS, lo que se puede complementar con la PCR, permite una buena evolución, pudiéndose llegar a dosis mínima (igual o < a 5 mg de prednisona diarios) o suspensión entre los 18 y 24 meses de tratamiento.<sup>(11)</sup> Se ha descrito el uso de metotrexato o azatioprina en casos refractarios,<sup>(10)</sup> o bien, como un modo de ahorro de corticosteroides y acortamiento y del período de su uso.<sup>(15)</sup> A excepción de los dos pacientes con ACG, no se estimó necesario en nuestra serie, pero es una posibilidad que se debe tener presente.

En conclusión, la PMR debe considerarse como un diagnóstico diferencial en personas sobre 50 años con dolor de cintura escapular y pelviana. Paralelamente, y basados en su fuerte asociación, se debe estar atento a la presencia de ACG. El diagnóstico, basado en criterios bien especificados, debe considerar también el descarte de otras patologías, especialmente neoplásicas, frecuentes en el adulto mayor. No existen exámenes complementarios específicos, pero la presencia de una VHS elevada en personas que cumplen con los requisitos señalados es un buen complemento diagnóstico y de evolutividad. El tratamiento basado en corticosteroides en dosis bajas no sólo es el tratamiento de elección, sino que además constituye una prueba terapéutica inicial que ha llegado a constituir

un criterio diagnóstico, permitiendo una buena evolución y un reintegro a sus actividades de la vida diaria.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Barber HS. Myalgic syndrome with constitutional effects. *Polymyalgia rheumatica*. *Ann Rheum Dis* 1957; 16:230-237.
  2. Cimmino MA, Zaccaria A. Epidemiology of polymyalgia rheumatica. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18:S9-11.
  3. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *N Engl J Med* 2002; 347:261-271.
  4. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, Heyse SP. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum* 1998; 41:778-799.
  5. Rastrejo J, Rondón F, Iglesias-Gamarra A. Polimialgía reumática como presentación de mieloma múltiple y amiloidosis. *Rev Colomb Reumatol* 2005; 12:269-275.
  6. Hazleman BL. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. En: Klippel HJ, Dieppe PA. *Rheumatology*, 2nd edition, London, Mosby International, 1998, 21. 1-21.8.
  7. Healey LA. Long-term follow-up of polymyalgia rheumatica: evidence for synovitis. *Semin Arthritis Rheum* 1984; 13:322-328.
  8. Przygda P, Caloggio LJ, Soriano ER, Imamura P, Camera L, Kaplan R, Mayorga L. Actualización en polimialgía reumática. *Medicina (Buenos Aires)* 2002; 62:358-364.
  9. Weyand CM, Hunder NN, Hicok KC, Hunder GG, Goronzy JJ. HLA-DRB1 alleles in polymyalgia rheumatica, giant cell arteritis, and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994; 37:514.
  10. Hazleman BL. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. En: Klippel HJ, Dieppe PA. *Rheumatology*, 2nd edition, London, Mosby International, 1998, 7. 21. 1-21.8.
  11. Salvarani C, Cantini F, Oliveri I, Barozzi L, Macchiari L, Niccoli L, Padula A, De Matteis M, Paulica P. Proximal bursitis in active polymyalgia rheumatica. *Ann Intern Med* 1997; 127:27-31.
  12. Macchini P, Catanoso MG, Pipitone M, Boiardi L, Salvarani C. Longitudinal examination with shoulder ultrasound of patients with polymyalgia rheumatica. *Rheumatology* 2009; 48:1566-1569.
  13. Brooks RC, McGee SR. Diagnostic dilemmas in polymyalgia rheumatica. *Arch Intern Med* 1997; 157:162-168.
  14. Valladares C, Rus A, Sánchez-Molina MI, Muruzábal MV, Bosque de Larrea L. Medida de los anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado en el diagnóstico de la artritis reumatoide. *Química Clínica* 2003; 22:397-402.
  15. Caporali M, Cimmino MA, Ferraccioli G, Geri R, Klersy C, Savarini C, Montecucco C. Prednisona plus methotrexate for polymyalgia rheumatica: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ann Intern Med* 2004; 141:493-500.
-