

POLIMIALGIA REUMÁTICA

¿QUÉ ES?

Es una enfermedad de base inflamatoria, de causa desconocida, caracterizada por dolor e impotencia funcional en cintura escapular y pélvica. Se acompaña de rigidez matutina.

Afecta principalmente a mujeres mayores de 50 años.

FORMAS DE PRESENTACIÓN

Puede presentarse de forma aislada o asociada a la arteritis de las células gigantes (ACG). Un 20% de los pacientes con polimialgia reumática (PMR) presentan ACG. Un 40-60% de los pacientes con ACG presentan PMR.

BREVE REPASO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES

Es una vasculitis sistémica granulomatosa. Afecta a vaso de mediano y gran calibre (principalmente carótida y sus ramas).

La clínica suele ser: cefalea temporal, claudicación mandibular y alteraciones visuales.

ETIOLOGÍA

La causa de esta enfermedad a día de hoy es desconocida, pero se sospecha de una base genética o ambiental. Existe una activación del sistema inmune y de la cascada inflamatoria que conlleva una afectación hepática, hematológica y del SNC.

- Agentes infecciosos: adenovirus, virus respiratorio sincitial, parvovirus B19, Mycoplasma pneumoniae o Chlamydia pneumoniae.
- Factores genéticos: HLA DR4, HLA DRB1 y polimorfismos genéticos de CAM1, IL 1 e IL 6.

CRITERIOS CLASIFICATORIOS DE LA PMR

No son considerados criterios diagnósticos sino más bien criterios clasificatorios que sirven como una herramienta para ayudar al profesional a realizar un diagnóstico diferencial entre la polimialgia reumática y el resto de las patologías.

Se desarrollaron en 2012 por la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) y el Colegio Americano de Reumatología (ACR).

1- CRITERIOS NECESARIOS

- Edad mayor de 50 años
- Omalgia bilateral
- VSG y/o PCR elevadas

2- CRITERIOS CLÍNICOS

- Rigidez matutina mayor de 45 minutos: 2 puntos
- Dolor de caderas y/o limitación del movimiento: 1 punto
- Ausencia de FR o ACCP: 2 puntos
- Ausencia de sinovitis periférica: 1 punto

3- CRITERIOS ECOGRÁFICOS

- Al menos uno de los hombros con bursitis subdeltoidea, tenosinovitis de bíceps o sinovitis glenohumeral; y al menos una cadera con sinovitis o bursitis: 1 punto
- Ambos hombros con bursitis subdeltoidea, tenosinovitis del bíceps o sinovitis glenohumeral: 1 punto

Se considera probable PMR cuando presenta más de 4 puntos sólo con los criterios clínicos o más de 5 puntos entre criterios clínicos y radiológicos.

IMP: Si el paciente comienza con cefalea, claudicación mandibular o amaurosis fugax obliga a realizar una biopsia de la arteria temporal al sospechar una asociación con arteritis de células gigantes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La finalidad es confirmar nuestra sospecha, descartar las patologías dentro de nuestro diagnóstico diferencial y detectar las comorbilidades o complicaciones.

- Analítica sanguínea: hemograma, VSG, PCR, glucosa, función renal, función hepática. Según la sospecha ampliar: TSH, calcio, vitamina D, CK, FR, ACCP, ANA, proteinograma.
- Las pruebas complementarias no son necesarias aunque en ocasiones pueden ser de ayuda: ecografía, RM, PET/TAC.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- Enfermedades virales
- TBC
- Endocarditis infecciosa

NEOPLASIAS

- Neoplasias sólidas
- Neoplasias hematológicas
- Síndromes paraneoplásicos

ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS

- Artritis reumatoide
- Síndrome RS3PE
- Polimiositis
- Espondiloartrosis
- Osteoporosis
- Fibromialgia
- Enfermedades tejido conectivo

ENDOCRINOS

- Hipotiroidismo

OTRAS

- Enfermedad de Parkinson

TRATAMIENTO

Objetivo: desaparición de los síntomas y de la inflamación; y recuperar su nivel de funcionalidad.

El tratamiento inicial son los Glucocorticoides con la mínima dosis eficaz (12.5-25 mg/día de prednisona) en función del peso o la intensidad de los síntomas.

Una posibilidad de esquema terapéutico es:

Prednisona (*Dacortin*, EFG) en dosis única matutina diaria:

- 15 mg/día 2 semanas
- 12.5 mg/día 2 semanas
- 10 mg/día 2 semanas
- 8.75 mg/día 4 semanas
- 7.5 mg/día 4 semanas
- 6.25 mg/día 4 semanas
- 5 mg/día de forma continuada

En caso de recaída durante la reducción aumentar los glucocorticoides a la dosis previa con la que si se controlaban los síntomas para luego continuar la reducción de una forma más lenta.

En ocasiones debido a una respuesta incompleta o efectos secundarios se introducen otros fármacos como: metotrexate o tocilizumab (manejo por parte del reumatólogo).

Hay que considerar el tratamiento preventivo de la osteoporosis asociada a corticoides: bifosfonato, calcio y vitamina D (calcifediol o colecalciferol).

SEGUIMIENTO

Se aconseja revisión cada 4-8 semanas el primer año y posteriormente cada 8-12 semanas.

Solicitar hemograma, creatinina, enzimas hepáticas, VSG y PCR en cada visita.

¿CUÁNDO DERIVAR A REUMATOLOGÍA?

- Presentación atípica: con fiebre o pacientes jóvenes.
- Falta de respuesta a tratamiento con glucocorticoides.
- Comorbilidades o efectos adversos que impidan el uso de glucocorticoides.
- Recaídas frecuentes durante la reducción.
- Si existe predominio de artritis periférica.
- Si se sospecha arteritis de células gigantes asociada.

BIBLIOGRAFÍA

González Tobías D; Zamora Sánchez MV, Polimialgia Reumática. Arteritis de Horton. AMF 2019; 15(11); 640-647; ISSN (Papel): 1699-9029 | ISSN (Internet): 1885-2521.

Ventura Valcárcel P; Romay Lema EM; Iñiguez Vázquez I; et al. Polimialgia reumática. Fistera 2021.