Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):1190

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

IF-092 - POLIMIALGIA REUMÁTICA, UNA CAUSA HABITUAL DE CONSULTA EN MEDICINA INTERNA

L. Mustapha Abadie, S. Muñoz Alonso, M. García García, M. Chimeno Viñas, G. Hernández Pérez, L. Fuentes Pardo, M. Mateos Andrés y P. García Carbó

Medicina Interna. Hospital Virgen de la Concha. Zamora.

Resumen

Objetivos: La polimialgia reumática (PR) es una enfermedad inflamatoria crónica, que con frecuencia asocia síntomas generales dificultando su diagnóstico y en ocasiones se presenta como síndrome paraneoplásico, motivo por el que es una causa habitual de consulta en Medicina Interna. Nos propusimos determinar cuántos casos de PR fueron vistos entre 2012 y mayo de 2017 en la unidad de diagnóstico rápido de nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, en el que se revisaron los informes de consulta de la unidad de diagnóstico rápido (UDR) de medicina interna, en el que constaba como diagnóstico de polimialgia reumática, comprendidos entre el año 2012 y mayo de 2017. Las variables analizadas fueron, edad y sexo, origen y motivo de derivación, síntomas predominantes, parámetros analíticos, asociación con neoplasia y tratamiento pautado.

Resultados: Se seleccionaron 37 informes, de los que excluimos 15 donde PR constaba sólo entre los antecedentes, analizándose los 22 restantes con diagnóstico final de PR en el momento de la consulta a la UDR. El 41% fueron mujeres y 59% varones. La media de edad era 76 años. La derivación fue discretamente superior desde atención primaria (12 casos) respecto al servicio de urgencias (10 casos). El motivo de consulta: síndrome constitucional (7), debilidad extremidades (4), algias generalizadas (3), anemia (4) y otras (fiebre prolongada, desorientación). Los síntoma y signos predominantes fueron dolor y debilidad en cinturas escapular y pelviana en la práctica totalidad de los casos; asociando en 60% síntomas generales. Respecto a los parámetros analíticos, valores promedio de VSG 73, PCR 49, ferritina 370 y Hb 11,7. La PR fue una manifestación paraneoplásica en sólo 2 varones con neoplasia de próstata. Se inició corticoterapia con prednisona a dosis bajas en todos los pacientes, 41%: 20 mg, 41%: 30 mg, 13%: 25 mg y un caso 40 mg, presentando clara mejoría en 24-72h.

Discusión: Los resultados obtenidos, muestran afectación en edades comprendidas entre 60-85 años, con predominio en varones; Se derivaron prácticamente por igual desde atención primaria o urgencias, para estudio de síndrome general, algias y debilidad principalmente. Todos presentaban alteración de reactantes de fase aguda, siendo más elevados los valores de la VSG; El dolor y debilidad simétrica de cinturas escapular y pelviana fue el síntoma predominante, asociando con frecuencia síntomas inespecíficos que obliga a realizar un amplio diagnóstico diferencial (neoplasias, infecciones, enf. AI y reumatológicas, traumatológicas). El diagnóstico de sospecha de PMR es clínico (conjunto de síntomas y signos con alteraciones analíticas sugerentes) y de exclusión tras descartar otras enfermedades, ya que no existen pruebas diagnósticas específica para confirmarlo; el tratamiento se instauró con prednisona 20-30 mg, siendo superiores a las dosis

recomendadas en la literatura, presentando pronta mejoría una vez iniciada la corticoterapia, dato que en la práctica se utiliza como un criterio diagnóstico confirmatorio. Debe seguirse de pauta descendente progresiva, hasta 2 años después, para obtener una remisión total, siendo necesario en ocasiones asociar inmunosupresores, evitando así los efectos secundarios asociados.

Conclusiones: 1. Observamos un predominio de PR en varones de edad avanzada, esto se explica por el tipo de población envejecida de nuestra provincia. 2. Más de la mitad asociaba síntomas generales, siendo el principal motivo de derivación. 3. La PR como síndrome paraneoplásico es un hallazgo descrito pero infrecuente. 4. El diagnóstico de sospecha es clínico y por exclusión de otras enfermedades, y se confirma ante la mejoría sintomática franca tras inicio de tratamiento. 5. Las dosis bajas de prednisona de inicio empleadas en nuestro hospital, son superiores a las descritas en la literatura.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.