

## Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología  
Volumen 20, Número 1; 2018 ISSN: 1817-5996  
[www.revreumatologia.sld.cu](http://www.revreumatologia.sld.cu)



### ARTÍCULO DE REVISIÓN

## La polimialgia reumática. Un desafío diagnóstico

### The polymyalgia rheumatica. A diagnostic challenge

**Andrea Estefanía López Palma<sup>I</sup>, José Andrés Martínez Gutiérrez<sup>II</sup>, Pablo Gabriel Cevallos Morejón<sup>III</sup>, Fidel Alejandro Castro Mangui<sup>IV</sup>**

I Médico rural. Pongoa. Tungurahua, Ecuador.

II Médico general. Hospital Básico Privado San Andrés. Ambato, Ecuador.

III Médico rural. Coordinación zonal de salud 1. Misión Manuela Espejo. Quito, Ecuador.

IV Médico rural. Misión Manuela Espejo. Quito, Ecuador.

#### RESUMEN

**Introducción:** en relación con la variedad en el cuadro clínico de esta entidad nosológica se requiere de una intervención multidisciplinaria donde se apliquen medidas generales, tratamiento farmacológico, rehabilitador y psicológico, además de proveer al paciente de información y educación para vivir mejor con su problema de salud.

**Objetivo:** sistematizar los elementos a considerar en el diagnóstico de la polimialgia reumática.

**Desarrollo:** se realizó una búsqueda bibliográfica de los documentos referidos a esta entidad nosológica entre en los últimos años, en las bases de datos Medline, Biomed, Science Direct y SciELO regional, observando una pobre relación de documentos que hacen referencia a esta entidad; se incluyeron 20 investigaciones que mostraban altos niveles de evidencia científica, los que fueron agrupados, categorizados y analizados para la conformación de esta revisión.

**Conclusiones:** existe dificultades relacionadas con la identificación en la etiología de la polimialgia reumática, resulta significativo el número de afecciones de las cuales debe diferenciarse haciendo de esta entidad un desafío diagnóstico, requiriéndose un alto índice de sospecha y de pericia clínica. El conocimiento de las manifestaciones clínicas para el diagnóstico favorece su identificación en estadios tempranos de la enfermedad, encauzando adecuadamente las opciones terapéuticas. Los estudios revelan evidencias relacionadas con las siguientes variables: edad mayor de 50 años, elevación de los

reactantes de fase aguda, rigidez o dolor en la cintura escapular y pélvica, resultando determinantes para el diagnóstico de la polimialgia reumática.

**Palabras clave:** polimialgia reumática, poliartritis, inflamación articular.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** in relation to the variety in the clinical picture of this nosological entity, a multidisciplinary intervention is required where general measures, pharmacological, rehabilitative and psychological treatment are applied, as well as providing the patient with information and education to live better with his or her problem. Health.

**Objective:** to systematize the elements to be considered in the diagnosis of polymyalgia rheumatica.

**Development:** a bibliographic search was made of the documents referred to this nosological entity in the last years, in the databases Medline, Biomed, Science Direct and regional SciELO, observing a poor list of documents that refer to to this entity; We included 20 investigations that showed high levels of scientific evidence, which were grouped, categorized and analyzed for the conformation of this review.

**Conclusions:** there are difficulties related to the identification in the etiology of rheumatic polymyalgia, it is significant the number of conditions of which must be differentiated making this entity a diagnostic challenge, requiring a high index of suspicion and clinical expertise. The knowledge of the clinical manifestations for the diagnosis favors its identification in early stages of the disease, adequately channeling the therapeutic options. The studies reveal evidence related to the following variables: age over 50 years, elevation of acute phase reactants, rigidity or pain in the scapular and pelvic girdle, being decisive for the diagnosis of polymyalgia rheumatica.

**Keywords:** polymyalgia rheumatica, polyarthritis, joint inflammation.

---

## INTRODUCCIÓN

La polimialgia reumática (PMR) es entidad clínica caracterizada por rigidez en la cintura pélvica y escapular, generando cierto nivel de dolor e impotencia funcional en hombros, brazos, cuello y raíz de los miembros inferiores, más frecuente en pacientes mayores de 50 años y se acompaña característicamente de cifras elevadas de velocidad de sedimentación globular (VSG).<sup>1,2</sup>

Algunos autores han encontrado que se presenta con mayor frecuencia en la mujer de la raza blanca que han arribado a la quinta década de la vida, con un aparente buen estado de salud y cierto nivel de asociación familiar.

La patogenia es desconocida y su manifestación clínica más grave es su asociación con la arteritis de células gigantes (ACG), que complica el cuadro clínico y su evolución; obligando a indicar medidas terapéuticas más agresivas para lograr modificar el curso de la enfermedad.<sup>3</sup>

Con el objetivo de realizar una revisión y puesta al día de esta entidad nosológica, se realizó una búsqueda documental en las bases de datos Medline, Biomed, Science Direct y SciELO regional utilizando las frases claves polimialgia reumática y arteritis de la temporal, que abarcara los últimos años, logrando recuperar 62 títulos relacionados con esta entidad, de los que nos resultaron útiles para

nuestro objetivo 20 artículos de revistas científicas, las cuales comparamos y mostramos sus resultados en el desarrollo de esta revisión.

## DESARROLLO

La PMR es un síndrome osteomioarticular que se caracteriza por dolor y rigidez de las cinturas escapular y pelviana. La rigidez mioarticular suele ser más intensa y mantenida en horas de la mañana al levantarse después de dormir toda la noche, situación que puede suceder también posterior a dormir una siesta o estar durante un largo periodo de tiempo en una misma posición. Frecuentemente se describe que estos pacientes desarrollan un síndrome general explicado por febrículas vespertinas, astenia, anorexia, pérdida de peso, y deceso de realizar actividades físicas.<sup>4,5</sup>

En las primeras descripciones realizadas de esta entidad, la denominaban gota reumática senil, asociando los dolores generalizados mioarticulares con la edad avanzada en que debutaban las manifestaciones clínicas; más tarde fue considerada una variante de la artritis reumatoide hasta mediado del siglo XX, que se desgaja de esta tomado carácter propio y comienza a denominarse polimialgia reumática.<sup>6</sup>

Una situación no aclarada del todo en su nosología, es la frecuencia con que se asocia a la arteritis de células gigantes, considerada por algunos estudiosos como enfermedades diferentes que coinciden en un mismo paciente, y por otros como una complicación de la misma enfermedad.

Desde el punto de vista epidemiológico se puede afirmar que debuta por lo general en personas entre los 50 y 60 años de edad, con incidencia entre 40 y 50 casos por cada 100 000 habitantes, con una distribución geográfica muy similar en todas partes del mundo, observándose más frecuentes en la mujer con una relación de 3:1 respecto al hombre y en individuos de la raza blanca.<sup>7,8</sup>

A pesar que la etiología de la PMR es desconocida, se mencionan en su etiopatogenia un grupo de factores que cuando coinciden en un individuo pueden tener relación con la causa de la PMR. Se han descritos asociaciones de los antígenos HLA DRB1 en pacientes con PMR, que han sufrido infecciones respiratorias previas con alguno de los siguientes gérmenes: virus sincitial respiratorio, adenovirus12, *Mycoplasma pneumoniae*, Parvovirus B19 y *Chlamydia pneumoniae*.<sup>9</sup>

El cuadro clínico de esta entidad está caracterizado por dolor y rigidez de las cinturas escapular y pelviana. Característicamente se describen más intensos después de mantenerse en reposo durante largo periodo de tiempo como al despertar en horas de la mañana, mejorando a medida que comienzan a realizarse las actividades de vida diaria.<sup>10,11</sup>

Los dolores pueden tener un comienzo súbito y agudo, o instalarse paulatinamente de forma insidiosa, comenzando por uno o ambos lados del cuerpo, aunque a medida que progresa la enfermedad se define de manera bilateral; se describen de carácter intenso en las raíces de los miembros superiores e inferiores incluyendo el cuello, los hombros, y la región lumbar baja, acompañados peculiarmente por envaramiento y rigidez de las áreas afectadas, que le impiden realizar sus tareas habituales con soltura y habilidad, debiendo socorrerse de algún medio físico o ayuda familiar.

El dolor y la rigidez suelen ir acompañado de toma del estado general, febrícula, cefalea y signos de flogosis en manos y pies, así como limitación de los grados máximos de movimientos en hombros, cuello y caderas de forma antiálgica.<sup>11</sup>

Entre las pruebas de laboratorio asociados esta enfermedad se ha identificado la sistematicidad de la VSG acelerada y la anemia en los periodos de actividad de la misma, regresando a cifras normales a medida que mejora el proceso morbooso con la terapia esteroidea en la mayoría de los casos. También se ha repostado de forma sistemática la proteína C reactiva positiva, el aumento de la fosfatasa alcalina y las enzimas hepáticas elevadas.<sup>12,13</sup>

En la actualidad, el diagnóstico de la PMR se sospecha en el contexto del cuadro clínico descrito anteriormente, las prueba de VSG acelerada y las respuesta favorable al tratamiento con prednisona.

Se han desarrollado diferentes criterios para poder aproximarse a su diagnóstico nosológico, los más usados en la actualidad son los de Healey descritos en el año 1984 y que incluye, a diferencia de los anteriores, la respuesta favorable al tratamiento con prednisona, [Tabla 1] no obstante, es de extrema importancia, descartar un grupo de enfermedades que suelen tener entre sus manifestaciones clínica elementos que caracterizan a la PMR, entre ellos tenemos la artritis reumatoide, la polidermatomiositis, infecciones sistémicas crónica y las enfermedades tumorales.<sup>14</sup>

**Tabla 1.** Criterios de Healey para el diagnóstico de PMR. 1984.



\*Todos los criterios deben estar presentes para hacer diagnóstico de PMR.

Un elemento importante a tener en cuenta en el diagnóstico de la PMR es su asociación recurrente con la arteritis de células gigantes (ACG).

Aunque diferentes reportes incluyen manifestaciones clínicas de ambas entidades en el momento inicial del diagnóstico, lo habitual es que la asociación surja después de un periodo de tiempo con el diagnóstico de una de ellas.<sup>15</sup>

Se ha estimado que el 50 % de los pacientes que sufren de ACG, desarrollen la PMR en el curso de su enfermedad; por otro lado, el 10 % de los pacientes con diagnóstico de PMR, desarrollaran una ACG en el curso de su enfermedad.<sup>14,15</sup>

La presencia de cefalea intensa y amaurosis de aparición súbita que se asocia a las crisis agudas en la ACG, son indicativos de agravamiento de la enfermedad, y elementos que deben tener en cuenta cuando está asociada a la PMR para evaluar dosis más altas en el tratamiento esteroideo, o incluir la terapia específica en la ACG.<sup>15,16</sup>

En el tratamiento de elección en la PMR son los antiinflamatorios esteroideos. La dosis habitual con que se debe comenzar es entre 10 y 20 mg/día de prednisona o su equivalente en otra droga esteroidea teniendo en cuenta los efectos adversos asociados a su uso durante tiempo prolongado, sobre todo atendiendo que por lo general estos son pacientes de la tercera edad, conviviendo con diferentes morbilidades.<sup>17</sup>

Debe mantenerse durante al menos tres meses antes de evaluar la disminución de la dosis, lo cual se hace teniendo en cuenta la mejoría en tiempo e intensidad de los dolores y rigidez de la cintura escapular y pélvica, y los valores de VSG.<sup>17</sup>

La mayoría de los enfermos con PMR mejoran en el curso de los próximos seis meses del diagnóstico y comienzo de la terapia esteroidea: menos del 10 % de los enfermos necesitan dosis superiores, y se recomienda intentar disminuir a las dosis mínimas posible una vez transcurrido los tres meses de tratamiento.<sup>17-19</sup>

Los enfermos que concomiten con una ACG, si requiere de dosis superiores de esteroides, así como la terapia específica con citostáticos para controlar la vasculitis que se desarrolla en los grandes vasos.<sup>18,19</sup>

Cuando se hace necesario extender la terapia esteroides, puede asociarse vitamina D y calcio, o bifosfonatos para prevenir la osteoporosis asociada a esta.<sup>19,20</sup>

La utilización de otras drogas como la dapsona, metotrexate o azatioprina con el objetivo de ahorrar el uso de esteroides, no ha demostrado controlar las manifestaciones clínicas como en otras enfermedades autoinmunes.<sup>20</sup>

## CONCLUSIONES

La PMR es una enfermedad sistémica caracterizada por dolor rigidez de la cintura escapular y pélvica que cursa con VSG acelerada; el diagnóstico se basa en el cuadro clínico y la respuesta favorable al tratamiento con drogas esteroideas, resultando de considerable importancia descartar un grupo significativo de enfermedades que se presentan con elementos clínicos similares y tienen un peor pronóstico que esta. La mayoría de los pacientes mejoran con el tratamiento adecuado en el curso de los siguientes seis meses posterior al diagnóstico, la complicación más temida es su asociación con la ACG la que se reporta con una alta incidencia e incluye modificaciones en el tratamiento y pronóstico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernal Z, Carvallo V. Polimialgia reumática: experiencia basada en 22 casos. Rev. chil. Reumatol. 2009;156-9.

2. Gregoris JA, Monti JA, Lizarraga V. Granuloma actinico de O'Brien. Revista argentina de dermatología. 2009;90(1):86-90.
3. Castellanos Gutiérrez M, Solís Cartas U, Faure Bermúdez A, Villaurrutia Velazco Y. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con enfermedades reumáticas. Revista Cubana de Reumatología [Internet]. 2014[citado 19 dic 2017]; 16(Suppl. 1). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/375>
4. American College of Rheumatology. Polimialgia reumática [Internet]. 2015[citado 19 dic 2017]. Disponible en: <https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Polimialgia-Reumatica>
5. González Gay MA et. al. Epidemiology of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. 2009;61(10):1454-61.
6. Cecato F, Regidor C, Rillo O, Babini S, Paira S. Enfermedades que simulan polimialgia reumática. Reumatología Clásica [Internet]. 2011[citado 19 dic 2017]; 7(3):156-60. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2010.09.001>
7. Jahan F, Kashmira N, Waris Q, Rizwan Q. Fibromyalgia Syndrome: An Overview of Pathophysiology, Diagnosis and Management. Oman Medical Journal.
8. Gonzalez-Gay M A, Garcia-Porrúa C, Amor-Dorado JC. Arteritis de células gigantes y polimialgia reumática. Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. Barcelona: Masson; 2005: 197-209.
9. García HR, Villena BP, Guilléna MS, Bernabéu PA. Síndrome hemofagocítico en paciente con polimialgia reumática. Reumatol Clin. 2016;12:50-1.
10. Rivero Puente A, Berasategui Calderón JI, Murie Carrillo de Albornoz JM, Rivero Marcotegui M, García-Bragado Acín F. Arteritis de células gigantes y polimialgia reumática: diagnóstico y evolución de 90 casos. In Anales de Medicina Interna. 2001;18(4):27-30.
11. Menéndez JN, Serrano MC, Mateo FN, de la Tassa JM. Manifestaciones musculoesqueléticas distales en la polimialgia reumática. Revista Clínica Española. 2002;202(7):385-7.
12. Gutiérrez WA, Brigard MLS, Fernández-Ávila DG, Díaz MC, Dávila, JMG. Artritis reumatoide en el anciano. Revisión narrativa. Revista Colombiana de Reumatología. 2013;20(2):91-101.
13. Dorado JCA, Fernández MDPB, Villarin SR, González-Gay MÁ. Manifestaciones audiovestibulares en las vasculitis sistémicas. Acta Otorrinolaringológica Española. 2009;60(6):432-42.
14. Medina YF, Martínez JB, Restrepo JF, Federico Rondón F, Iglesias-Gamarra, A. Polimialgia reumática como presentación de mieloma múltiple y amiloidosis. Rev Colomb Reumatol. 2005;12:269-75.
15. Ceccato F, Una C, Regidor M, Rillo O, Babini S, Paira S. Enfermedades que simulan polimialgia reumática. Reumatología Clínica. 2011;7(3):156-60.

16. Pantoja Zarza L, Paniagua de la Riva J, Megido Lahera M, Ortiz de Saracho J. Forma de presentación de una amiloidosis primaria como polimialgia reumática y arteritis de células gigantes. In *Anales de Medicina Interna*. 2001;18(4):45-9.
17. Ruiz-Granados ES, del Castillo Madrigal M, Jiménez MJR. Presentación de un caso de derrame pleurocárdico en un paciente diagnosticado de polimialgia reumática. *Reumatología Clínica*. 2013;9(6):376-8.
18. González Naranjo LA. Síndromes reumáticos paraneoplásicos. *Iatreia*. 2011;24(1):65-75.
19. Martínez-Rodríguez I, Carril JM. Actualización del uso de radiotrazadores PET en patología inflamatoria. *Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular*. 2013;32(6):378-86.
20. Przygoda P, Catoggio LJ, Soriano ER, Imamura PM, Camera LA, Kaplan R, Mayorga LM. Actualización en polimialgia reumática. *Medicina*. 2002;62(4):358-64.

---

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 9 de diciembre de 2017

Aprobado: 11 de enero de 2018

Autor para la correspondencia: *Dra. Andrea Estefanía López Palma*. Correo electrónico:

[andu\\_estefy@hotmail.com](mailto:andu_estefy@hotmail.com)

Ponchoa. Tungurahua, Ecuador.