

# POLIMIALGIA REUMÁTICA: PRESENTACIÓN DE CASO

## Polymyalgia Rheumatica: A Case Report

Mauricio Estrada Castrillón<sup>1</sup>  
 Carlos Ignacio Gómez<sup>2</sup>  
 Rafael Llamas Otero<sup>3</sup>  
 Jorge Sastoque Gómez<sup>3</sup>  
 Ricardo Uribe González<sup>3</sup>  
 Manuel Valencia Escobar<sup>4</sup>



### Palabras clave (DeCS)

Polimialgia reumática  
 Imagen por resonancia  
 magnética  
 Reumatología  
 Ultrasonografía

### Key words (MeSH)

Polymyalgia rheumatica  
 Magnetic resonance  
 imaging  
 Rheumatology  
 Ultrasonography

### Resumen

La polimialgia reumática es una enfermedad que generalmente afecta a los individuos mayores de 50 años. Desde 1963 se ha modificado su denominación y clasificación; en la actualidad, para su diagnóstico se cuentan con criterios clínicos e imagenológicos. Entre los criterios imagenológicos se considera especialmente el ultrasonido; sin embargo, la resonancia magnética permite descartar diagnósticos diferenciales y considerar en forma oportuna el diagnóstico de la polimialgia reumática. Esto se destaca en el presente artículo que describe el caso de una paciente de 56 años con antecedentes de perioniquia secundaria a pedicura y, como complicación, una espondilodiscitis. Posteriormente aparece dolor articular simétrico, matutino, en caderas y hombros; por medio de resonancia magnética se establece el diagnóstico del proceso infeccioso inicial y se descarta el compromiso infeccioso articular, lo cual se asocia a criterios clínicos y se diagnostica y trata la polimialgia reumática.

### Summary

Polymyalgia rheumatica is a disease that usually affects people over 50 years old. Since 1963, its name and classification have been modified; at present, there are clinical and imaging data criteria for its diagnosis. Among the imaging criteria, ultrasound plays a pivotal role; however, magnetic resonance helps to rule out different diagnoses, as well as to clarify the diagnosis of polymyalgia rheumatica. This paper highlights this fact by presenting the case of a 56-year old female patient with a history of paronychia secondary to pedicure, and spondylodiscitis as a complication. Later, she reports symmetrical joint pain in hips and shoulders in the morning; magnetic resonance is used to establish the initial infective process, while infective joint involvement is discarded; it is associated with clinical criteria in order to establish the diagnosis and treatment of polymyalgia rheumatic.

### Introducción

La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria que se caracteriza por dolor, rigidez matutina de los hombros, cintura pélvica y cuello (1,2), con evidencia de sinovitis de articulaciones proximales (2) y estructuras sinoviales extraarticulares (2). Afecta individuos mayores de 50 años de edad (1,2) y se presenta de forma aislada o asociada a arteritis de células gigantes (ACG) (1,2).

En 1963 se definió la enfermedad con el término “enfermedad reumática anartrítica” (1,2), por sus manifestaciones similares a la artritis reumatoide sin erosiones articulares (2). Posteriormente, se implementó el término “sinovitis benigna”, para describir la PMR como una enfermedad articular sistémica.

### Etiología

Se desconoce, pero los mecanismos de inflamación indican que contiene factores genéticos y ambientales (2).

### Factores genéticos

Existen datos contradictorios en la literatura acerca de la predisposición genética de la ACG y la PMR; se sabe que la distribución de DRB1\*04 es más frecuente en ACG (2) y que las recaídas de PMR en su forma aislada son más frecuente en los portadores de alelos HLA-DRB1\*04, particularmente el \*0401 (2).

### Factores ambientales

La teoría que se acepta es la del “gatillo” viral (1,2), que se encuentra hasta en un cuarto de los pa-



<sup>1</sup>Médico, radiólogo osteomuscular, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup>Médico, internista infectólogo, Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup>Médico, residente de tercer año, Universidad CES, Medellín, Colombia.

<sup>4</sup>Médico, residente de segundo año, Universidad CES, Medellín, Colombia.

cientes, con prevalencia del adenovirus y el virus respiratorio sincitial (1). Adicionalmente, se cree que la vacuna contra la influenza puede desencadenar PMR/ACG (2) y el síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA, por su siglas en inglés de *autoimmune inflammatory syndrome induced by adjuvants*) (2).

En series de casos se encontró que un 50 % de los pacientes eran sanos antes de desarrollar la PMR y la ACG (2).

## Epidemiología

La PMR es más frecuente que la ACG y es más común en mujeres (1,3) con edad media de 72 años (1,2). Muchas de las descripciones se han realizado en personas escandinavas (1,2).

El 16-21 % de los pacientes con PMR tiene ACG de base (1-3) y el 40-60 % de ACG comprobadas por biopsia tiene manifestaciones de PMR (1,2).

## Manifestaciones clínicas

Dolor persistente de al menos un mes (1), acompañado de rigidez matutina en el cuello, hombros y cintura pélvica, con duración de 30 minutos o más (1-3). Empeora con el movimiento del área afectada y llega a interferir con la actividad diaria del paciente (1). Se asocia a compromiso sistémico, un tercio de los pacientes manifiestan síntomas como fiebre, malestar, fatiga, anorexia y pérdida de peso (1-3), además, eritrosedimentación elevada (1).

Generalmente, inicia con un compromiso unilateral, pero casi siempre progresa a bilateral (3) y afecta con mayor frecuencia las extremidades proximales y áreas articulares (1). Las manifestaciones distales aparecen en la mitad de los pacientes e incluyen artritis no erosiva periférica en las rodillas y muñecas, síndrome del túnel del carpo, edema distal de la extremidad con presencia de fovea predominantemente en el dorso de las manos y las muñecas, y, en ocasiones, en tobillos y pies (1).

## Imágenes

Mediante las imágenes se diferencia de la espondiloartropatía de inicio tardío, la miopatía inflamatoria, osteoartritis, infecciones y cáncer (2,3).

El ultrasonido en modo B y Doppler, por su acceso y costo, se describen como la primera herramienta diagnóstica (2). Se evalúa la sinovial extraarticular y las bursas articulares, especialmente las subdeltoidea y subacromial, para descartar bursitis (1,2).

La bursitis subdeltoidea se identifica cuando hay 2 líneas gruesas de la fascia del deltoides y 2 líneas de la bursa subdeltoidea separadas por una línea hipoeoica (2); este es el signo de carrilera de dos carriles “two tram track” (2), el cual sirve para evaluar la respuesta terapéutica, ya que desaparece con los esteroides (2). Además, se debe evaluar la presencia de bursitis trocantérica (2). El ultrasonido tiene un valor predictivo positivo del 98,1 %, sensibilidad del 93 % y especificidad del 100 % para bursitis y de 100 % para la sinovitis del tendón del biceps (2).

La resonancia magnética (RM) con medio de contraste se utiliza para evaluar cambios inflamatorios extracapsulares, con sensibilidad del 100 % para identificar la bursitis y la sinovitis articular (2), diferenciando la PMR de la espondiloartropatía de inicio tardío.

En el 100 % de los pacientes con PMR se detecta inflamación periarticular y líquido en la bursa subdeltoidea, y es más frecuente que la sinovitis articular y la tenosinovitis bicipital (1).

## Histopatología

La sinovitis de la PMR se describe con predominio de macrófagos y CD4 (2) sin linfocitos B o linfocitos T, por lo cual se diferencia de la artritis reumatoide (2).

En los vasos se encuentran células dendríticas activadas sin linfocitos T, a diferencia de la ACG.

## Caso clínico

Paciente de 56 años de edad, que consultó por dolor lumbar irradiado a hipogastrio y fosas iliacas, con 15 días de evolución, asociado a malestar general y fiebre subjetiva. Como antecedentes relata pedicura 15 días antes, posteriormente lesión purulenta periungueal para la cual recibió tratamiento con dicloxacilina durante 10 días. Al examen físico se encontró con 39 °C de temperatura y dolor focalizado en las apófisis espinosas de L3, L4 y L5. Se realizaron estudios de laboratorio con hallazgo de leucocitosis, neutrofilia, sedimentación de 45 mm/h y PCR de 23 mg/dL por lo cual se hospitalizó y se le realizó resonancia de columna lumbosacra (figura 1).

Se diagnosticó proceso infeccioso y se realizó tratamiento intravenoso con clindamicina por 8 días; se dio de alta con mejoría y con indicación de continuar con clindamicina oral. Diez días después del egreso hospitalario y aún con la terapia oral, consultó por dolor pélvico progresivo, de predominio en ambas caderas y muslos proximales, con impotencia funcional y rigidez matutina; al examen físico se encontraron signos de artritis séptica asociada a bursitis trocantérica. Nuevamente, el laboratorio informó leucocitosis y sedimentación de 60 mm/h, por lo cual se le realizó resonancia magnética simple y con medio de contraste de ambas caderas (figuras 2 y 3); el resultado sugirió descartar colagenopatía reactiva, se evaluó el factor reumatoideo y anticuerpos anticitrulina con resultado negativo.

Doce días después, todavía con tratamiento antibiótico, inició dolor en la cintura escapular, con duración superior a 30 minutos, que generaba impotencia funcional y era simétrico; por los antecedentes se realizó resonancia simple y con medio de contraste de cintura escapular (figuras 4 y 5). Por la evolución clínica, la sedimentación elevada y las características clínicas e imaginológicas se diagnosticó PMR; se inició tratamiento con prednisona con el cual se obtuvo mejoría clínica y de parámetros inflamatorios.

## Discusión

El diagnóstico de PMR, generalmente, se obtiene 2 a 3 meses después de iniciados los síntomas, lapso de tiempo que se ha tratado de disminuir mediante criterios diagnósticos que no se han definido universalmente.

La primera propuesta de criterios diagnósticos fue de Bird en 1979:

- Inicio de los síntomas mayor de 65 años
- Dolor bilateral de hombro o rigidez
- Sensibilidad de región superior del brazo
- Más de dos de semanas de duración

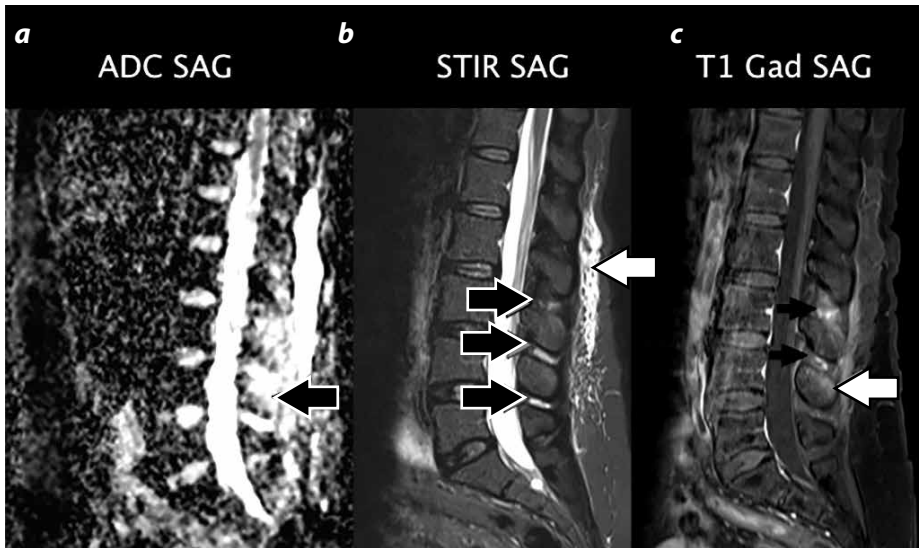


Figura 1. RM a) Sagital ADC sin restricción en la difusión en los ligamentos interespinosos, con aparente restricción de la apófisis espinosa de L4 (flecha). b) Sagital STIR con alta señal en los ligamentos interespinosos L2-L3, L3-L4 y L4-L5 (flechas negras) y en la musculatura paraespinal (flecha blanca). c) Sagital con información T1 FS poscontraste con realce interespinoso (flechas negras) y de la apófisis espinosa de L4 (flecha blanca).

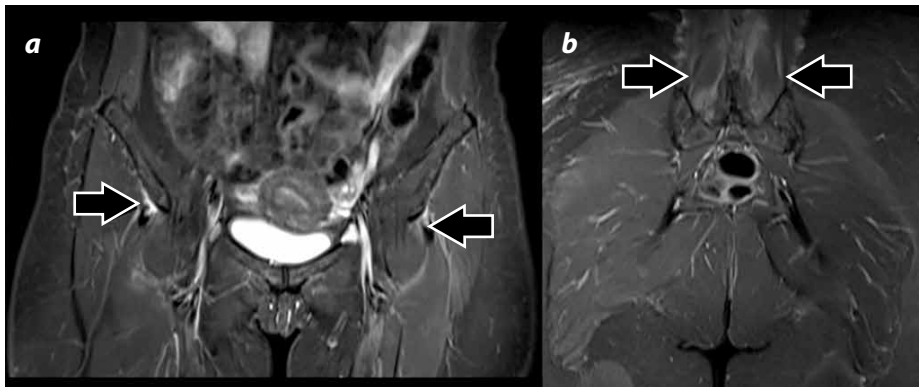


Figura 2. RM a) Coronal STIR. Cambios por tendinitis en rectos femorales anteriores en su inserción. b) Coronal STIR. Cambios por miositis en músculos paravertebrales.

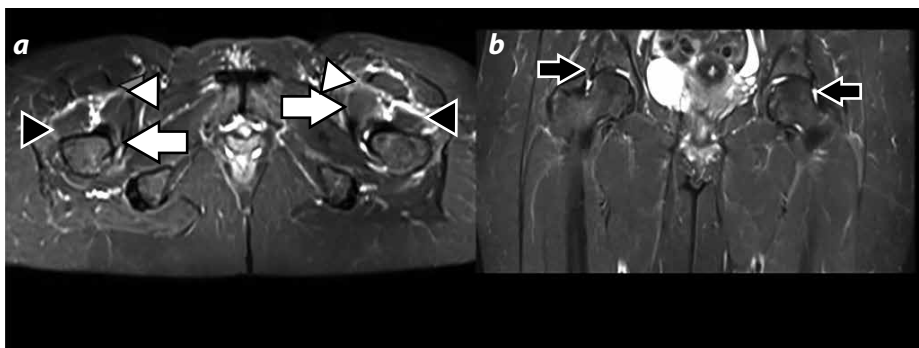


Figura 3 Axial STIR. a) Cambios por miositis en recto femoral (cabeza de flecha blanca), ilio psoas (flecha blanca) y vasto intermedio (flecha negra). b) Coronal STIR. Cambios por sinovitis coxofemoral bilateral.

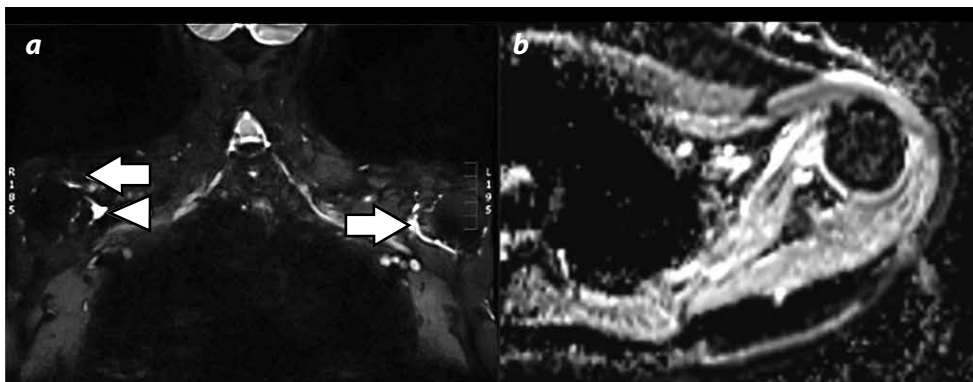


Figura 4. a) Coronal STIR Cambios por sinovitis simétricos. Sinovitis bilateral sutil (flecha blanca) aunque predomina la bursitis subcoracoidea derecha (cabeza de flecha). b) ADC axial sin cambios por restricción, sugiere fenómeno inflamatorio.

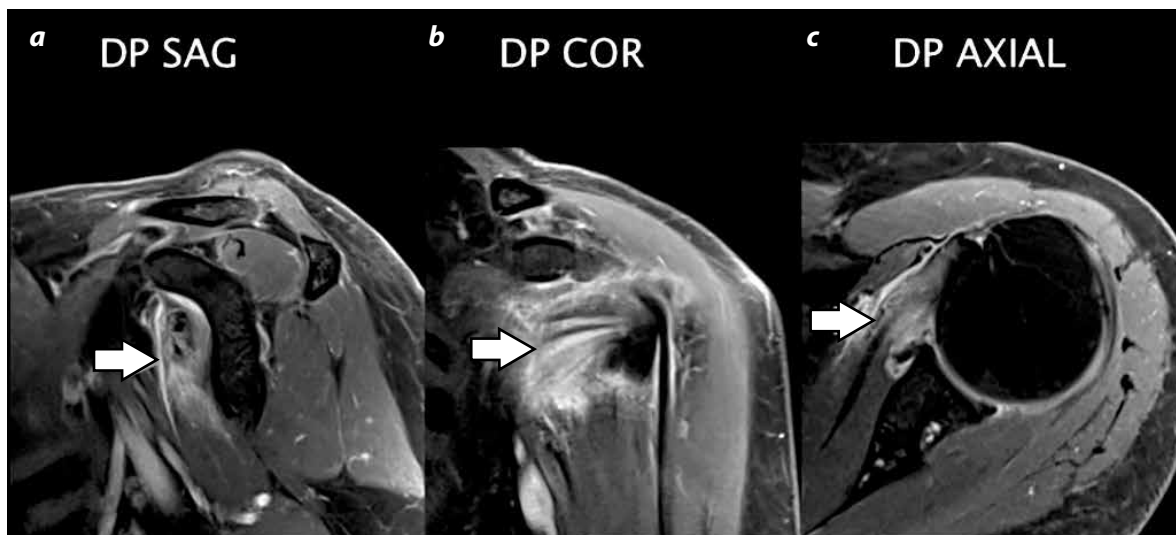


Figura 5. Tres planos DP FS. a, b y c) Alta señal en las fibras del subescapular que sugiere miositis (flechas).

En 1982, Chuang y colaboradores, disminuyeron la edad a 50 años y Hayley agregó la respuesta a la terapia con prednisona (1-3).

Actualmente se cuenta con criterios que incluyen hallazgos clínicos e imaginológicos (tabla 1). Si bien algunas revisiones informan que los criterios imaginológicos no son indispensables para el diagnóstico (3), en el caso presentado se describe el papel primordial de las imágenes, especialmente RM, que permitió redefinir el proceso diagnóstico más allá de la infección, a partir del comportamiento descrito en el ADC, el patrón simétrico, el compromiso por miositis, sinovitis, bursitis y capsulitis sin osteomielitis.

Tabla 1. Criterios de diagnóstico de PMR

Criterios clínicos	
Rigidez matutina >45 min.	2 puntos
Dolor o limitación en la cadera.	1 punto
Ausencia de factor reumatoide o anticitrulina.	2 puntos
No hay otro dolor articular.	1 punto
Criterio ecográfico	
Bursitis subdeltoidea, tenosinovitis del bíceps o sinovitis glenohumeral unilateral con sinovitis de la cadera o bursitis trocántérica.	1 punto
Bursitis subdeltoidea, tenosinovitis del bíceps o sinovitis glenohumeral bilateral.	1 punto

El diagnóstico se realiza cuando se tienen 4 o más puntos, si solo se tienen en cuenta los criterios clínicos, o 5 o más puntos si se adiciona ultrasonido como criterio diagnóstico (3). En el hombro, el compromiso puede ser mayor en la articulación que el periarticular, como en el caso expuesto. Esto se ha descrito, inclusive por examen físico, con edema proximal de la extremidad, dolor y limitación de los movimientos activos y pasivos en el 70-95 % de los pacientes (1). En

el caso descrito este compromiso aparece posterior al de las articulaciones coxofemorales (1).

La cadera y el cuello se comprometen en menor medida, 50 a 70 %, y en los dos casos el dolor se irradia a las rodillas y codos, respectivamente (4); si bien el caso descrito se presenta en la cadera, no hay irradiación, lo cual se corrobora por RM.

En conclusión, el diagnóstico adecuado y temprano de la PMR depende de la evolución clínica. Especialmente, en los casos asociados a infección previa es fundamental la RM, inclusive más que el ultrasonido, debido a la evaluación de tejidos blandos, articulación y hueso. El uso de secuencias de difusión, mapas de ADC y la administración de medio de contraste permiten descartar infección y pensar en artropatías o PMR, como en el caso expuesto.

## Referencias

1. Salvarani C, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2004;18:705-22.
2. Soriano A, Landol R, Manna R. Best practice & research clinical rheumatology polymyalgia rheumatica in 2011. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2012;26:91-104.
3. Neshar G. Polymyalgia rheumatica e Diagnosis and classification. *J Autoimmun.* 2014;49:78-80.
4. Ochi J, Nozaki T, Okada M, et al. MR findings of the shoulder and hip joint in patients with polymyalgia rheumatica. *Mod Rheumatol.* 2015;7595:1-37.

## Correspondencia

Mauricio Estrada Castrillón  
Hospital Pablo Tobón Uribe  
Calle 78B # 69-240  
Medellín, Colombia  
maescat@gmail.com

Recibido para evaluación: 14 de octubre de 2015  
Aceptado para publicación: 10 de marzo de 2016