



## 160/2631 - Debilidad matutina y dolor de hombros en varón

P. Tamargo García<sup>a</sup>, L. Íñigo Sánchez<sup>b</sup>, N. Feuerbach Achtel<sup>c</sup>, C. Pérez Fonseca<sup>d</sup>, M. Santana Oteiza<sup>d</sup> y J. Mudrychová<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia Residente de 1<sup>er</sup> año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. <sup>b</sup>Médico de Familia Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. <sup>c</sup>Médica Adjunta de Familia y Tutora. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. <sup>d</sup>Médico de Familia Residente de 2<sup>o</sup> año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca. <sup>e</sup>Médico de Familia Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Sant Agustí. Palma de Mallorca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica, gota y hernia discal L5-S1. En tratamiento con simvastatina 20 mg/día y enalapril 10 mg/día. Acude a la consulta de Atención Primaria porque desde hace un mes presenta debilidad matutina de más de una hora de duración y dolor en hombros, región cervical y cintura pelviana con dificultad para levantarse de la silla.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemodinámicamente estable y afebril. A la exploración destacaba atrofia bilateral de cuádriceps, dolor en muslos y hueso poplíteo izquierdo y leve disminución simétrica de reflejos osteotendinosos. Análisis sangre: VSG 43 mm/h, PCR 5,9 mg/dl, CPK, transaminasas normales, TSH y resto analítica sin alteraciones. Cribaje enfermedades autoinmunes: complemento, ANA, FR, HLA-B27: negativo. Serologías: VIH, virus hepatitis B y C y lúes negativo. Radiografía tórax: Sin alteraciones. Radiografía columna cervical: Osteoartrosis. Radiografía columna lumbar: osteoartrosis y disminución espacio intervertebral L5-S1.

**Juicio clínico:** Polimialgia reumática.

**Diagnóstico diferencial:** Ante cuadro de dolores musculares, inicialmente se pensó en un efecto secundario de la simvastatina, por lo que se retiró el medicamento, pero el paciente no experimentó ninguna mejoría clínica (se descartó toxicidad farmacológica). Se realizaron posteriormente pruebas complementarias que descartaron otras patologías de dolor y debilidad muscular como artritis reumatoide (FR negativo), poli y dermatomiositis (CPK normales), fibromialgia (no anamnesis ni clínica compatible), lupus (ANAs negativos), neoplasias (no clínica compatible ni pruebas complementarias), alteraciones tiroideas (hormonas tiroideas normales), endocarditis bacteriana (no soplos), hipo e hiperpotasemia e hipermagnesemia (no alteraciones hidroelectrolíticas en analítica), enfermedades infecciosas (serologías negativas), párkinson (no historia clínica ni signos compatibles) ni tampoco había estado expuesto a organofosforados, por lo que descartó. Ante dolor y rigidez simétrica de hombros, VSG > 40 mm/h, edad > 65 años y configuración completa del cuadro en menos de 2 semanas se orientó como polimialgia reumática, iniciando tratamiento con prednisona 30 mg/día, con mejoría sintomática tras tratamiento, siendo confirmando el diagnóstico.

**Comentario final:** La polimialgia reumática es una enfermedad inflamatoria crónica que se diagnostica en las consultas de Atención Primaria. El diagnóstico se basa fundamentalmente en el cuadro clínico, pruebas analíticas y la respuesta terapéutica a los corticosteroides. La debilidad muscular y los dolores articulares son un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria, por lo que debemos tener en cuenta esta patología para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Lafarga-Giribets MA, Rodrigo-Claverol MD, Martín-Miguel V, Juanós-Lanuza M. Polimialgia reumática: ¿pensamos en ella? *Semergen*. 2011;37(5):258-62.