



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



347/2561 - ESTAS AGUJETAS NO SE ME QUITAN

V. García Ramos^a, S. de la Fuente Ballesteros^b, M. Hernández Carrasco^c e I. García Álvarez^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

^cMédico de Familia. Área de Valladolid Oeste. Valladolid. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 66 años. Exfumador. Dislipemia tratada con estatinas, TEP hace 16 años, rotura supraespinoso, lumbalgia crónica. Acude a Atención Primaria por "agujetas" en ambas caderas desde hace un mes tras día de pesca. Refiere dolor pelvifemoral irradiado a glúteos y cara anterior de muslos, persistente en reposo, sobre todo matinal. Tras 15 días con pregabalina y dexketoprofeno, habiéndose retirado estatinas, persiste clínica con pérdida de fuerza en cintura pelviana, rigidez en muñecas y manos sin afectarse cintura escapular, pautándose prednisona 2,5 mg/día. A los 5 días presenta leve mejoría. Se aumenta prednisona a 30 mg/día y se evidencia clara mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Arterias temporales: latido simétrico e indoloras. Dolor a palpación de últimas lumbares como anteriormente. Extremidades: No signos inflamatorios. Disminución de movilidad hombro derecho como anteriormente. Rotación interna ambas caderas dolorosa y disminuida. Pérdida de fuerza en cintura pelviana al incorporarse, fuerza extensión extremidades inferiores 3/5. Reflejos normales. Exploración vasculonerviosa normal. Analítica: pretratamiento: VSG 18. PCR 22. Ferritina 378. CK, factor reumatoide, ANCA, serología y resto: normal. Tras 1 semana tratamiento: VSG 12. PCR 5. Radiografía: columna lumbar: moderada discopatía L4-L5 y L5-S1. Pelvis: mínimo estrechamiento de interlineas de caderas y calcificaciones en tuberosidades isquiáticas. Ante clínica y reactantes de fase aguda se remite a reumatología para descartar enfermedad inflamatoria. Diagnóstico: probable polimialgia reumática. Tratamiento: corticoterapia 7,5 mg/día.

Orientación diagnóstica: Probable polimialgia reumática.

Diagnóstico diferencial: Sobrecarga muscular. Afectación muscular por estatinas. Coxalgia por artrosis. Insuficiencia psoas íliaco. Polimialgia reumática. Miositis.

Comentario final: La polimialgia reumática se caracteriza por dolor y rigidez en cuello, hombros, zona dorsal baja, caderas y muslos. Cursa en 50% de pacientes con arteritis de células gigantes o de forma aislada (un 10-20% evoluciona a arteritis). Es un diagnóstico clínico: síntomas típicos, aumento de reactantes de fase aguda, no manifestación clínica de arteritis y respuesta rápida a prednisona a dosis bajas. Al diagnóstico se debe iniciar prednisona a 12,5-25 mg/día que se

disminuirá en 4-8 semanas. Nuevos estudios valoran líneas terapéuticas inmunitarias con metotrexate o tocilizumab.

Bibliografía

1. Docken WP. Clinical manifestations and diagnosis of polymyalgia rheumatica. UpToDate [Internet]. Disponible en:
[https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-polymyalgia-rheumatica?search = polimialgia&source = search_result&selectedTitle = 1~63&usage_type = default&display_rank = 1](https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-polymyalgia-rheumatica?search=polimialgia&source=search_result&selectedTitle=1~63&usage_type=default&display_rank=1)
2. Camellino D, Dejaco C. Update on treatment of polymyalgia rheumatica. Reumatismo. 2018;70(1):59-6.

Palabras clave: Polimialgia reumática. Agujetas. Coxalgia.