Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2387

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1730 - DE LA GONALGIA A LA POLIMIALGIA

A. Mercado Agudo[1], R. Merino Robles[1], J. Muñoz Galiano[1] y S. Martínez García[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud de Belén. Jaén. [2]Médico de Familia. Centro de Salud de Belén. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 65 años. No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: Obesidad, lumbalgia de repetición. Tratamiento: ibuprofeno 600 mg a demanda. Acude a consulta por presentar gonalgia debido a rotura de menisco interno de la rodilla izquierda y omalgia bilateral que en urgencias atribuyen al esfuerzo de bipedestación por dicha lesión. El paciente refiere que desde hace un mes presenta además rigidez y dolor en columna cervical y cintura pélvica que cede parcialmente con etoricoxib.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente y orientado, normohidratado, eupneico en reposo, afebril, ACR normal. Astenia de semanas de evolución. Analítica: hematocrito: 39,6%, hemoglobina: 12,4 g/dL, volumen corpuscular medio: 90,4, leucocitos 8,55 × 10^9, neutrófilos: 75,7 × 10^9, linfocitos: 12,4 × 10^9, VSG:76, PCR: 87,4 mg/l, fosfatasa alcalina 77 u/L, LDH-. 153 UI/L, FR: 9,9 UI/ml. ANAs: negativos, AC AntiCCP: negativos, serología VHB, VHC y VIH: negativa. Exploración de aparato locomotor OR: limitación en la flexión, extensión y abducción de hombros debido al dolor, además de presentar tumefacción; no alteraciones en los movimientos de cadera; limitación en movimientos de la rodilla izquierda con maniobra de Apley dolorosa.

Orientación diagnóstica: Polimialgia reumática.

Diagnóstico diferencial: Artritis reumatoide, arteritis de la arteria temporal, patología de hombro (capsulitis, osteoartritis), espondilosis cervical (polimiositis, dermatomiositis, miopatía, fibromialgia), Lupus eritematoso sistémico, poliarteritis nodosa.

Comentario final: La polimialgia reumática se caracteriza por dolor, rigidez e impotencia funcional persistente de al menos un mes de evolución en cintura escapular y pelviana, a veces acompañada de astenia, anorexia y fiebre. Cursa con elevación de la VSG (al igual que en arteritis de la temporal), aumento PCR y anemia trastornos crónicos. No existe elevación de enzimas musculares. La mejoría clínica apoya el diagnóstico, suele suceder a las 48-72 horas de inicio del tratamiento. En este caso, se realizó con pauta descendente de prednisona junto con AINE, y tratamiento preventivo de la osteoporosis con carbonato cálcico/colecalciferol y acido alendrónico, consiguiendo una mejoría clínica rápida y sostenida. La historia clínica es importante, junto con la anamnesis y exploración, para hacer un diagnóstico más certero.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Omalgia. Dolor. Rigidez. Astenia.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.