

A veces la clave está en un solo detalle

Aunque sean atípicos, todos los síntomas de un paciente deben ser tenidos en cuenta para evitar un diagnóstico y tratamiento tardíos, que puedan ocasionar otras complicaciones.

Caso clínico

Palomo Sanz V¹, Orío Moreno E¹, Bárcena Miguel R², Zancada Martínez B¹, Morales Gutiérrez F²

¹Médico

²DUE

Centro de Salud de Torrelaguna (Madrid)

Paciente de 75 años fumador de 10 cigarrillos diarios (50 paquetes/año), no bebedor, con antecedentes de cáncer vesical y prostático intervenido y tratado con radioterapia local a los 70 años, infarto agudo de miocardio ínfero-posterior con disfunción moderada de ventrículo izquierdo en el postoperatorio del tumor vesical, diabetes mellitus tipo 2 desde los 72 años de edad y nódulo solitario (¿tuberculoma?) en pulmón izquierdo sin cambios radiológicos en cinco años. Hace tratamiento con metformina, glibenclamida, AAS 100, omeprazol, pentoxifilina, Prostacur, Procrin trimestral, atenolol 50 y simvastatina 10.

El paciente lleva un año siendo estudiado por los hematólogos por un síndrome anémico (Hb 10,5) que en principio se sospechó debido a falta de B12 porque tenía bajos los niveles de dicha vitamina y el volumen corpuscular estaba elevado; sin embargo, tras la administración parenteral de cianocobalamina la anemia persistió y en la actualidad se piensa que tiene anemia de trastorno crónico (normocítica, normocrómica y con ferritina discretamente elevada).

Acude a su médico por lumbalgia mecánica de 15 días de evolución junto con artralgiyas en rodillas y codo derecho. A la exploración no se aprecian signos de artritis y se prescribe paracetamol 1 gramo cada seis u ocho horas.

Quince días más tarde acude de nuevo a la consulta porque los dolores siguen siendo muy intensos, de predominio diurno, en región lumbar con irradiación a ambas piernas, en codos y ambos brazos. No presenta

dolor en reposo y a la exploración no se aprecian limitaciones funcionales, nódulos subcutáneos, ni signo de Lassègue o Valsalva. El paciente ha tomado por su cuenta –junto con paracetamol– ibuprofeno 600 mg tras cada comida con muy poca mejoría. Ante la sospecha de artritis reumatoide se prescribe asociación de tramadol con paracetamol 1 comprimido cada 6-8 horas y se solicita analítica con pruebas reumáticas y velocidad de sedimentación, y radiografía de columna lumbosacra con indicación al radiólogo de descartar metástasis óseas de tumor prostático.

Una semana más tarde, el día que le han extraído la sangre, el paciente acude nuevamente acompañado por su hija, que se muestra preocupada porque su padre se levanta por las mañanas “muy cansado”. Nos cuenta que a medida que va pasando la mañana el “cansancio” –no es disnea sino cansancio muscular–, mejora parcialmente, pero que casi no tiene fuerza para andar unos pasos. El enfermo relata que los dolores han cedido algo con el tratamiento aunque se encuentra un poco sedado; de noche duerme bien sin dolor, pero que al levantarse apenas tiene fuerza, lo que confirma lo expuesto por su hija. La exploración de las articulaciones y movilidad pasiva sigue siendo normal, pero destaca en la movilidad activa la aparente pérdida de fuerza, de modo que el paciente no es capaz de poner los brazos en cruz. El médico explica que deben esperar los resultados de la analítica y la radiografía, que la clínica parece corresponder a una afectación de tipo reumatológico, pero que la causa

podría ser también un tumor oculto y que probablemente precise estudio por el especialista.

Al cabo de 7 días vuelve el paciente con su hija a recoger los análisis. Está pálido y con aspecto de enfermedad, ha mejorado muy poco el dolor, que sigue siendo de tipo mecánico ante el mínimo movimiento de brazos o de piernas, y persiste la debilidad de extremidades, de manera que para levantarse de una silla debe ayudarse con los brazos; sin embargo, al apretar con ambas manos no se aprecia disminución de fuerza. En la analítica destaca, además de la anemia habitual del paciente (11 g de hemoglobina), una velocidad de sedimentación de 78 mm a la primera hora. Ante este dato se le interroga por si ha notado trastornos visuales, cefalea temporal o claudicación mandibular, lo que niega. El médico sospecha entonces que el paciente tiene polimialgia reumática sin afectación de arteria temporal, prescribe 1 mg/Kg de peso de prednisona vía oral y deriva preferente al Reumatólogo.

Once días más tarde trae la hija el informe provisional del reumatólogo, donde éste expone que ha explorado con eco las arterias temporales sin encontrar patología y que el paciente cumple criterios de polimialgia reumática; además ha respondido adecuadamente al tratamiento, por lo que disminuye la dosis de prednisona a 20 mg diarios en desayuno y recomienda un preparado de calcio con vitamina D diario y cita al paciente al cabo de un mes.

COMENTARIO

La polimialgia reumática es un síndrome caracterizado por dolor y rigidez de predominio proximal, relacionado estrechamente con la arteritis de células gigantes.

Existen dos teorías para explicar la relación entre ambas entidades:

- La polimialgia reumática puede aparecer como una entidad aislada o como parte de otros procesos, sobre todo arteritis de células gigantes y artritis reumatoide seronegativa.
- La polimialgia reumática siempre es una expresión clínica de arteritis de células gigantes, aunque el resultado de la biopsia de la arteria temporal sea negativo.

Diversos estudios han demostrado que en aproximadamente un tercio a la mitad de los casos de arteritis de células gigantes se presenta sintomatología de polimialgia reumática y sólo en un 10% casos de ésta aparece arteritis temporal.

La etiología es desconocida. Se propuso un origen viral dado que existen síntomas prodrómicos similares a un cuadro gripal y que tanto la polimialgia como la arteritis presentan patrón cíclico, con una mayor incidencia cada siete años; sin embargo, todos los estudios realizados hasta la fecha para detectar los virus causantes han resultado negativos. Probablemente en estas enfermedades tengan influencia factores genéticos, ya que este síndrome es más frecuente en la raza blanca y existen casos de agregación familiar.

La enfermedad aparece en sujetos mayores de 50 años y la edad media es de alrededor de 70 años (aparentemente significativamente menor en la polimialgia que en la arteritis de células gigantes).

Afecta más a mujeres y se caracteriza por dolor de tipo inflamatorio que afecta a cuello, cintura escapular y pélvica. Es bilateral y simétrico, predominantemente nocturno con despertares frecuentes. Hay rigidez matutina de varias horas de duración, con dificultad para peinarse y asearse, que mejora a lo largo del día. En el 25-50% de los casos puede presentarse sintomatología constitucional (febrícula, astenia, disminución de peso, cefalea...). La sintomatología puede presentarse de forma brusca o bien ir aumentando progresivamente. Es frecuente la pérdida de fuerza en raíces de miembros (el enfermo relata que no puede peinarse, que no puede levantarse de una silla...), muy típica de las miopatías de cualquier causa. Puede coexistir raras veces artritis seronegativa oligoarticular o de grandes articulaciones.

En este caso, aunque el dolor del paciente era atípico (mecánico en vez de inflamatorio), el médico debió sospechar la enfermedad en un anciano ante la intensa debilidad que presentaba en cinturas escapular y pelviana. Afortunadamente no se produjo la afectación de arteria temporal, pero la demora en el diagnóstico y en el tratamiento (una semana, hasta ver la elevación de la VSG) podría haber ocasionado, de coexistir arteritis, la pérdida de visión del paciente.