

Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 19, Número 1; 2017 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Polimialgia reumática. Una revisión de criterios diagnósticos

Rheumatic polymyalgia. A review of diagnostic criteria

Edwin Javier Gordon Zamora ^I, Mónica Cristina Aucay Vásquez ^{II}, Freddy Alcívar Chacha ^{III}

^I Médico Cirujano. Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro. Ambato, Ecuador.

^{II} Médico General. Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro. Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro. Ambato, Ecuador.

^{III} Médico General. Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro. Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro. Ambato, Ecuador.

RESUMEN

Se ha descrito un largo período entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo de PMR, lo cual provoca dificultades que van desde la dilación los períodos de observación clínica hasta el subdiagnóstico, adicionando a esto el fenómeno de la automedicación de los pacientes, lo cual se relaciona con retrasos en el tratamiento e incremento de los costos. **Objetivo:** revisar los criterios diagnósticos en uso, como punto de partida para una reflexión más amplia sobre la utilidad de establecer, además, criterios de clasificación confiables que permitan aproximaciones oportunas al diagnóstico de polimialgia reumática.

Desarrollo: en el período 2015-2016, determinando previamente la cobertura documental, temporal -1979-2016- y temática, se realizó una búsqueda sistemática seleccionando como fuentes de información: Medline, PubMed, Cochrane y Mesh PubMed UptoDate. Se utilizaron los términos: "criterios diagnósticos" y "polimialgia reumática", con esta estrategia de búsqueda se recuperaron entre 30 y 60 documentos, y de este subconjunto se trabajó solamente con los que se referían a criterios diagnósticos específicos de la polimialgia reumática. La búsqueda se limitó a artículos científicos, publicaciones y manuales escritos en los idiomas español e inglés.

Conclusiones: uno de los mayores retos diagnósticos en la práctica clínica es el que concierne a la polimialgia reumática, incluso hasta el riesgo del subdiagnóstico. De ahí la necesidad de concientizar a la comunidad médica latinoamericana sobre la existencia de varios criterios diagnósticos en uso, los cuales de forma general poseen puntos en común y constan de categorías principales como la edad, el tipo y localización del dolor, resultados de la velocidad de sedimentación globular y más recientemente se han añadido criterios imagenológicos. La revisión bibliográfica realizada ha arrojado que los criterios diagnósticos más extendidos son los establecidos por Bird y Wood (1979), Jones y Hazleman (1981), Chuang y colaboradores (1982) y Healey (1984).

Palabras clave: criterios diagnósticos, diagnóstico, polimialgia reumática.

ABSTRACT

Polimialgia reumática. Una revisión de criterios diagnósticos

A long period has been described between the onset of symptoms and the definitive diagnosis of PMR, which causes difficulties ranging from delayed periods of clinical observation to underdiagnosis, adding to this the phenomenon of self-medication of patients, which is related to delays in treatment and increased costs.

Objective: to review the diagnostic criteria in use as a starting point for a broader reflection on the usefulness of establishing, in addition, reliable classification criteria that allow timely approximations to the diagnosis of rheumatic polymyalgia.

Development: in the period 2015-2016, previously determining the documentary, temporal -1979-2016- and thematic coverage, a systematic search was made selecting as sources of information: Medline, PubMed, Cochrane and Mesh PubMed UptoDate. We used the terms "diagnostic criteria" and "polymyalgia rheumatica", with this search strategy between 30 and 60 documents were retrieved, and from this subset we worked only with those referring to specific diagnostic criteria of rheumatic polymyalgia. The search was limited to scientific articles, publications and manuals written in the Spanish and English languages.

Conclusions: one of the most challenging diagnostic difficulties in clinical practice is that of rheumatic polymyalgia, even up to the risk of underdiagnosis. Hence the need to make the Latin American medical community aware of the existence of several diagnostic criteria in use, which generally have common points and consist of major categories such as age, type and location of pain, rate of globular sedimentation results, and more recently imaging criteria have been added. The literature review has shown that the most widespread diagnostic criteria are those established by Bird and Wood (1979), Jones and Hazleman (1981), Chuang et al. (1982) and Healey (1984).

Keywords: diagnostic criteria, diagnosis, rheumatic polymyalgia.

INTRODUCCIÓN

El cuadro completo, con todas las características clínicas de lo que hoy se conoce como polimialgia reumática (PMR) fue descrito por primera vez en 1988.¹ como "la gota reumática senil" y se le asignó el nombre que tiene en la actualidad en el 1957.² Se trata de un síndrome clínico caracterizado por la presencia de dolor en la musculatura proximal y rigidez, principalmente matinal, en el hombro y en la cintura pelviana, fiebre y síntomas constitucionales.

En cuanto a su epidemiología y su comportamiento es una entidad relativamente frecuente. Su incidencia es dos veces mayor en pacientes geriátricos, además se estima que tiene una prevalencia del 0,7 % en las personas mayores de 50 años de edad.³ El riesgo de desarrollarla a lo largo de la vida es de 2,4 % para las mujeres y 1,7 % para los hombres.⁴

Si bien los criterios diagnósticos tienen el objetivo de proporcionar una orientación diagnóstica,⁵ en la práctica resulta complejo realizar el diagnóstico en el caso de patologías como la polimialgia reumática. Establecer el diagnóstico diferencial se convierte en uno de los retos de la práctica clínica, esto se debe a que la PMR puede simular o incluso ser una manifestación temprana de la artritis reumatoide, con la cual resultan sorprendentes las similitudes desde el punto de vista clínico,⁶ y el lupus eritematoso sistémico de inicio tardío, además de compartir elementos presentes en otras enfermedades inflamatorias, infecciones o neoplasias. De igual modo, las investigaciones muestran que se asocia con frecuencia variable a la arteritis de células gigantes⁷⁻⁹

Precisamente, en atención a las características clínicas de la PMR co existen en la actualidad varios criterios diagnósticos, aceptados universalmente.^{10,11} Pero, ¿serían de utilidad algunos criterios clasificatorios, además?

Esta situación justifica el inicio de este estudio, como también lo hace el hecho de que se ha descrito un largo período entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico definitivo de PMR, lo cual provoca dificultades que van desde la dilación los períodos de observación clínica hasta el subdiagnóstico, adicionando a esto el fenómeno de la automedicación de los pacientes, lo cual se relaciona con retrasos en el tratamiento e incremento de los costos.

Todo lo anterior respalda la necesidad de llamar la atención de la comunidad médica latinoamericana, a fin de evitar el subdiagnóstico de PMR en la región. En este trabajo se revisan los criterios diagnósticos en uso, como punto de partida para una reflexión más amplia sobre la utilidad de establecer, además, criterios de clasificación confiables que permitan aproximaciones oportunas al diagnóstico de polimialgia reumática.

DESARROLLO

En el período 2015-2016, determinando previamente la cobertura documental, temporal -1979-2016- y temática, se realizó una búsqueda sistemática seleccionando como fuentes de información a consultar: Medline, PubMed, Cochrane y Mesh PubMed UptoDate. Se utilizaron los términos: "criterios diagnósticos" y "polimialgia reumática". Con esta estrategia de búsqueda se recuperaron entre 30 y 60 documentos que contenían dichos términos, y de este

subconjunto se trabajó solamente con los que se referían a criterios diagnósticos específicos de la polimialgia reumática. La búsqueda se limitó a artículos científicos, publicaciones y manuales escritos en los idiomas español e inglés.

El proceso de diagnóstico médico es un proceso de clasificación,¹² que representa el punto focal en la atención de un paciente y sin el cual no es posible el pronóstico y la toma de decisiones sobre la terapéutica.¹³ Históricamente se han definido los criterios diagnósticos, de uso obligado en la práctica clínica diaria, de forma consensuada y desde una posición clínica y práctica, como *conditio sine qua non* para establecer un diagnóstico en pacientes concretos.¹⁴

Los objetivos de estos criterios son:¹⁵

- . Servir como guía útil en la práctica clínica
- . Facilitar la investigación
- . Ser útiles como herramienta docente
- . Deben ser utilizables en diferentes contextos, desde diferentes orientaciones teóricas y por diferentes profesionales
- . Estar sujetos a revisiones periódicas y juicio clínico para su correcta utilización

En este sentido, el diagnóstico de PMR suele atravesar por una elección de los criterios diagnósticos a emplear, dada la variedad existente en la actualidad. Llama la atención que, de forma general, estos poseen puntos en común y constan de categorías fijas,¹⁶ como la edad, el tipo y localización del dolor, resultados de la velocidad de sedimentación globular. La revisión bibliográfica realizada ha arrojado que los criterios diagnósticos más extendidos son los establecidos por Bird y Wood (1979), Jones y Hazleman (1981), Chuang y colaboradores (1982) y Healey (1984).

La primera propuesta de criterios diagnósticos de PMR fue la de Bird y Wood (1979). Según ellos, la emisión del diagnóstico de esta patología se basa en que se cumplan tres o más de los siguientes, o al menos uno de los siguientes, más resultados positivos en la biopsia:¹⁷

- A. Dolor y/o rigidez bilateral de hombros
- B. Menos de dos semanas del comienzo de los síntomas de intensidad máxima
- C. VSG mayor de 40 mm/h
- D. Rigidez matinal por más de 1 hora

E. Paciente mayor de 65 años

F. Depresión y/o pérdida de peso

G. Hipersensibilidad bilateral proximal de los miembros superiores

Años más tarde, aparece una nueva propuesta. Es así que según Jones y Hazleman (1981) los criterios a emplear en el diagnóstico de la PMR son los siguientes:¹⁸

A. Dolor de los músculos de las cinturas escapular y pélvica sin debilidad

B. Rigidez matinal

C. Duración de los síntomas superior a dos meses (a menos que hubiera mediado tratamiento)

D. VSG (velocidad de sedimentación globular) >30 mm/h o proteína C reactiva >6 mg/l

E. Ausencia de artritis reumatoide, artritis inflamatoria o cáncer

F. Ausencia de signos objetivos de enfermedad muscular

G. Rápida y categórica respuesta al tratamiento con corticoides sistémicos

En una segunda revisión de los criterios diagnósticos y de acuerdo con Chuang y colaboradores (1982), citados por Estrada et al., se deben considerar los que a renglón seguido se presentan:¹⁹

A. Edad igual o superior a 50 años.

B. Molestias dolorosas y rigidez bilateral durante 1 mes o más, con afectación de dos de las áreas siguientes: cuello o torso, hombros o regiones proximales de los brazos y caderas o superficies proximales de los muslos.

C. Velocidad de sedimentación globular (VSG) superior a 40 mm/h.

D. Exclusión de todos los demás diagnósticos, excepto arteritis de células gigantes.

Surgen posteriormente los criterios propuestos por Healey (1984),²⁰ estos incluyen:

A. Dolor persistente durante al menos 1 mes y afectación de dos de las áreas siguientes: cuello, hombros y cintura pélvica.

B. Rigidez matutina con duración superior a una hora.

C. Respuesta rápida a la prednisona (20 mg/ día o menos).

D. Ausencia de otras enfermedades capaces de causar síntomas musculoesqueléticos.

E. Edad superior a 50 años.

F. VSG superior a 40 mm/h.

Poco después se logró contar con criterios que incluyen hallazgos clínicos e imagenológicos [Tabla 1].¹⁹

Tabla 1. Criterios clínicos e imagenológicos para el 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
Criterios imagenológicos	
Bursitis subdeltoidea, tenosinovitis del bíceps o sinovitis glenohumeral unilateral con sinovitis de la cadera o bursitis trocantérica	1 punto
Bursitis subdeltoidea, tenosinovitis del bíceps o sinovitis glenohumeral bilateral.	1 punto

Por otra parte, en las primeras décadas del segundo milenio, algunos autores comienzan a sugerir los siguientes criterios para el diagnóstico clínico de PMR:^{20,21}

A. Edad de 50 años o más al comienzo

B. Dolor bilateral y rigidez matinal (de 30 minutos o más) persistente por al menos 1 mes, y comprometiendo al menos 2 de las siguientes 3 áreas: cuello o torso, hombros o regiones proximales de los brazos, y caderas o sectores proximales de los muslos

B. VSG elevada de 40 mm/h o más

Y agregan la pronta respuesta de los síntomas a los corticosteroides como un criterio adicional. Por otro lado, plantean que la presencia de otra enfermedad que explique los hallazgos excluye el diagnóstico.

Por último resulta de interés la especial atención que los investigadores prestan a ciertos síntomas o signos de

"alarma" (al inicio o durante la evolución) que hagan sospechar la presencia de otra enfermedad distinta a la PMR.^{6,23}

A. Anamnesis: no empeoramiento de los síntomas con el movimiento, dolor difuso y rigidez matinal mínima.

B. Examen físico: fiebre con o sin soplo, artritis de muñecas, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, metatarsfalángicas, dactilitis, talalgia, agrandamiento visceral y presencia de adenopatías.

C. Laboratorio: citopenias, gammapatías monoclonales, aumento de transaminasas hepáticas, enzimas musculares, altos títulos de anticuerpos antinucleares (ANA), hematuria inexplicable y tirotopina (TSH)

CONCLUSIONES

En breve, uno de los mayores retos diagnósticos en la práctica clínica es el que concierne a la polimialgia reumática, incluso hasta el riesgo del subdiagnóstico. De ahí la necesidad de concientizar a la comunidad médica latinoamericana sobre la existencia de varios criterios diagnósticos en uso, los cuales de forma general poseen puntos en común y constan de categorías principales como la edad, el tipo y localización del dolor, resultados de la velocidad de sedimentación globular y más recientemente se han añadido criterios imagenológicos. La revisión bibliográfica realizada ha arrojado que los criterios diagnósticos más extendidos son los establecidos por Bird y Wood (1979), Jones y Hazleman (1981), Chuang y colaboradores (1982) y Healey (1984). El análisis de los criterios expuestos pretende servir de plataforma para una reflexión más amplia sobre la utilidad de establecer, a futuro, criterios de clasificación confiables que propicien aproximaciones oportunas al diagnóstico de polimialgia reumática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bruce W. *Senile rheumatic gout. BMJ.* 1888;2:811-3.
2. Barber HS. *Myalgic syndrome with constitutional effects polymyalgia rheumatic. Ann Rheum Dis.* 1957;16:230-37.
3. Cimmino MA, Zaccaria A. *Epidemiology of polymyalgia rheumatica. Clin Exp Rheumatol.* 2000;18:9-11.
4. Crowson CS, Matteson EL, Myasoedova E. *The lifetime risk of adult-onset rheumatoid arthritis and*

other inflammatory autoimmune rheumatic diseases. *Arthritis Rheum.* 2011;63:633-9.

5. Brooks Robert C, McGee Steven R. Dilemas en el diagnóstico de la polimialgia reumática. *Rev Cubana Med.* [Internet]. 1998 [citado 2 noviembre 2016]; 37(3):176-89. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol37_3_98/med07398.htm

6. Gonzalez Gay MA, Garcia-Porrúa C, Salvarani C, Olivieri I, Hunder GG. Polymyalgia manifestations in different conditions mimicking polymyalgia rheumatica. *Clin Exp Rheumatol.* 2000;18: 755-9.

7. Iglesias Gamarra A, Medina YF, Martínez JB, Restrepo JF, Rondón F. Polimialgia reumática como presentación de mieloma múltiple y amiloidosis. *Rev Colom Reumatol.* 2005;12: 269-75.

8. Pease CT, Haugeberg G, Morgan AW, Montague B, Hensor EM, Bhakta BB. Diagnosing late onset rheumatoid arthritis, polymyalgia rheumatica, and temporal arteritis in patients presenting with polymyalgic symptoms. A prospective longterm evaluation. *J Rheumatol.* 2005;32:1043-6.

9. Bernal ZD, Carvallo VA. Polimialgia Reumática. Experiencia Basada en 22 Casos. *Rev chil reumatol.* 2009;25:156-9.

10. Alfredo Espinosa Brito. Los criterios diagnósticos en la práctica clínica. *Rev Cubana Med.* [Internet]. 2009 [citado 2 noviembre 2016];48(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol48_3_09/med12309.htm

11. Dasgupta B, Matteson EL, Maradit-Kremers H. Management guidelines and outcome measures in polymyalgia rheumatica (PMR). *Clin Exp Rheumatol.* 2007;25:130-6.

12. Belmonte Serrano MA. El mito de la distinción entre criterios de clasificación y criterios diagnósticos. *Reumatol Clin.* [Internet]. 2015 [citado 2 noviembre 2016];11:188-9. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/el-mito-distincion-entre-criterios/articulo/S1699258X14002162/#bib0010>

13. Batule M. La taxonomía médica y la confusión crucial entre patología, enfermedad y sufrimiento en la medicina clínica. *Bol Ateneo Juan César García.* 1996;4(2):79-86.

14. Rudwaleit M, Taylor WJ. Classification criteria for psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2010;24:589-604.

15. Jara Segura AB. El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E.10, D.S.M.IV-R y C.F.T.M.E.A.-R 2000) Norte de salud mental. [Internet]. 2009 [citado 2 noviembre 2016]; 35: 30-40. Disponible en: http://www.ite.educacion.es/formacion/materiales/186/cd/m1/Art.1.3_CIE-10_y_DSM-IV.pdf

16. Brooks RC, McGee SR. Diagnostic dilemmas in polymyalgia rheumatica. *Arch Intern Med.* 1997;157(2):162-8.

17. Bird HA, Esselinckx W, Dixon AS, Mowat AG, Wood PH. An evaluation of criteria for polymyalgia rheumatica. *Ann Rheum Dis.* 1979;38:434-9.

18. Jones JG, Hazleman BL. Prognosis and management of polymyalgia rheumatica. *Ann Rheum Dis.* 1981;40:1-5.

19. Healey LA. Long-term follow-up of polymyalgia rheumatica: evidence for synovitis. *Semin Arthritis Rheum.* 1984;13:322-8.

20. Scheiber S, Buyse M: The CRP initial response to treatment as prognostic factor in patients with polymyalgia rheumatica. *Clin Rheumatol.* 1995;12:315.

21. Salvarini C, Cantini F, Boiardi, Hunder GG: Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *New Engl Med.* 2002;347:261-71.

22. Estrada Castrillón M, Gómez CI, Llamas Otero R, Sastoque Gómez J, Uribe González R, Valencia Escobar M. Polimialgia reumática: presentación de caso. *Rev. Colomb. Radiol.* [Internet]. 2016 [citado 2 noviembre 2016];27(2):4460-3. Disponible en: http://oldsite.acronline.org/LinkClick.aspx?fileticket=Ab0JRYtq_-c%3D&tabid=2521

23. González Gay MA, García Porrua C, Salvarani I, Olivieri G, Hunder G. *The spectrum of conditions*

mimicking polymyalgia rheumatica in Northwestern Spain. J Rheumatol. 2000;27:2179-84.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 15 de noviembre de 2016

Aprobado: 30 de diciembre de 2017

Autor para la correspondencia: *Dr. Edwin Javier Gordon Zamora*. E-mail: javier-gordon88@hotmail.com

Hospital Provincial Alfredo Noboa Montenegro. Ambato, Ecuador.