

## Caso clínico

# Presentación de un caso de derrame pleurocárdico en un paciente diagnosticado de polimialgia reumática

Elena Sánchez Ruiz-Granados\*, Matilde del Castillo Madrugal y Manuel Jesús Romero Jiménez

Departamento de Medicina Interna, Hospital Infanta Elena, Huelva, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 14 de octubre de 2012

Aceptado el 23 de octubre de 2012

On-line el 1 de marzo de 2013

### Palabras clave:

Polimialgia reumática

Derrame pericárdico

Derrame pleural

### Keywords:

Polymyalgia rheumatica

Pericardial effusion

Pleural effusion

## R E S U M E N

La polimialgia reumática es una enfermedad inflamatoria reumática que se caracteriza por dolor y rigidez bilateral que afecta principalmente a la musculatura proximal. Aparece sobre todo en personas por encima de los 50 años y se asocia a una velocidad de sedimentación globular elevada en la analítica. La enfermedad generalmente responde muy bien a dosis bajas de corticoides.

A continuación, presentamos el caso de un varón de 80 años que presentó un cuadro compatible con polimialgia reumática asociado a derrame pleuropericárdico que respondió rápidamente a corticoides, con rápida mejoría en la sintomatología y en los hallazgos de laboratorio.

La polimialgia reumática es una enfermedad que se presenta con relativa frecuencia pero que raramente se asocia a derrame pleuropericárdico. Es importante tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial del derrame pericárdico en personas mayores de 50 años por su buena respuesta a tratamiento.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Pleural and pericardial effusion in a patient with polymyalgia rheumatica: A case presentation

### A B S T R A C T

Polymyalgia rheumatica is an inflammatory rheumatic disease that presents with bilateral pain and stiffness affecting mainly proximal muscles. It affects individuals over 50 years of age and it is usually associated with a raised erythrocyte sedimentation rate. Classically, treatment with low-dose corticosteroids results in a dramatic improvement in both symptoms and laboratory findings.

We report the case of an 80 years old patient presenting polymyalgia rheumatica coinciding with pleuropericardial effusion. The patient had a very good response to treatment with rapid improvement in the symptomatology and laboratory findings.

Polymyalgia Rheumatica is a common disease but it is rarely associated to pleuropericardial effusion. It should be considered in the differential diagnostic in patients presenting with pericardial effusion over 50 of age years due to the good response to treatment.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria de causa desconocida caracterizada por dolor y rigidez matutina en la región cervical, los hombros y en la cintura escapular<sup>1</sup>.

Su frecuencia está aumentada en mayores de 50 años y es 2 veces más común en mujeres. La incidencia anual en Europa y en los Estados Unidos varía entre 1,3 y 11,3 por 10.000 individuos por encima de los 50 años<sup>2,3</sup>.

La asociación de derrame pericárdico (DP) y PMR ha sido descrita en raras ocasiones. Hasta ahora 3 casos<sup>4-6</sup> de PMR asociados a DP han sido documentados y solo uno de ellos con derrame pleuropericárdico. También se han descrito 2 casos de PMR asociada a taponamiento cardíaco<sup>7,8</sup>.

## Caso clínico

A continuación, exponemos el caso de un varón de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y fibrilación auricular crónica no anticoagulada por antecedentes de sangrado digestivo, que ingresó por cuadro de astenia, anorexia y pérdida de peso de 3 meses de evolución. Coincidiendo

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [elenaschezrg@yahoo.es](mailto:elenaschezrg@yahoo.es) (E. Sánchez Ruiz-Granados).

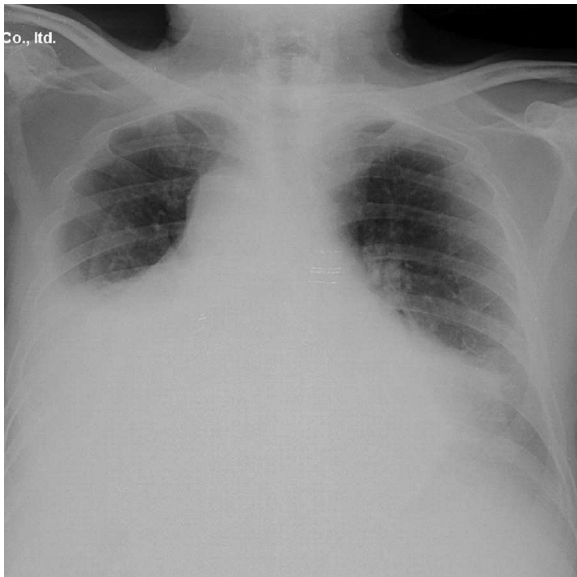


Figura 1. Radiografía de tórax.

con esto, presentaba dolor poliarticular y rigidez matutina, sobre todo en hombros y caderas, impidiéndole la deambulaci3n, por lo cual haba dejado de caminar en los 3 meses. No refera cefalea.

Realizaba tratamiento con omeprazol, domperidona, amlodipino, digoxina, furosemida, metformina y ramipril.

A la exploraci3n ffsica, presentaba ligera palidez mucocut3nea y disminuci3n del murmullo vesicular en el hemit3rax izquierdo, siendo el resto de la exploraci3n normal.

En las an3líticas iniciales destacaba una anemia normocfita, normocromica con Hb 10,2 g/dl, con leucocitos y plaquetas normales. La velocidad de sedimentaci3n globular (VSG) fue 105 mm/h y la PCR 13 mg/dl. Proteinas, 6,3 mg/dl. Se realizaron pruebas de funci3n renal, estudio de anemia con ferritina, vitamina B<sub>12</sub> y 3cido f3lico, siendo todas ellas normales. Proteinograma: con aumento de alfa 2 y resto normal; marcadores tumorales (Ca 19-9, CEA, AFP, gonadotropina cori3nica), todos ellos negativos, TSH normal, Mantoux negativo. ANA y ANCA negativos, complemento (C3 y C4) normal.

La radiograffa de t3rax mostr3 cardiomegalia a su ingreso, sin otros hallazgos. A los pocos dfa la se asoci3 adem3s derrame pleural bilateral, mayor en el lado izquierdo (fig. 1). La TAC de t3rax y abdomen inform3 de derrame peric3rdico extenso y derrame pleural de moderada cuantfa, de morfologfa libre, que provoca un colapso pasivo de los segmentos basales de ambos l3bulos inferiores; el resto, sin anormalidades<sup>2</sup>.

Se realiz3 una toracocentesis del lquido pleural con los siguientes resultados: LDH 104 U/l, proteinas 3,1 g/dl, glucosa 116 mg/dl, PH 7,52 y ADA normal (caracterfsticas de trasudado, pero en el lfmite entre exudado y trasudado). Citologfa del lquido: material serohem3tico, ausencia de c3lulas neopl3sticas.

Posteriormente, una ecocardiograffa mostr3: hipertrofia del ventr3culo izquierdo, con tamao y funci3n sist3lica conservada; ligera insuficiencia mitral y a3rtica, con el resto de las v3lvulas normales; hipertensi3n pulmonar ligera, y derrame peric3rdico moderado a nivel anterior y moderado-severo a nivel inferior, con fibrina en su interior, sin colapso diast3lico de cavidades derechas (fig. 2).

Puesto que el paciente presentaba criterios compatibles con PMR (edad > 50 aros, dolor a nivel de la musculatura proximal, cintura escapular y pelviana, VSG > 40 mm/h y exclusi3n de otros

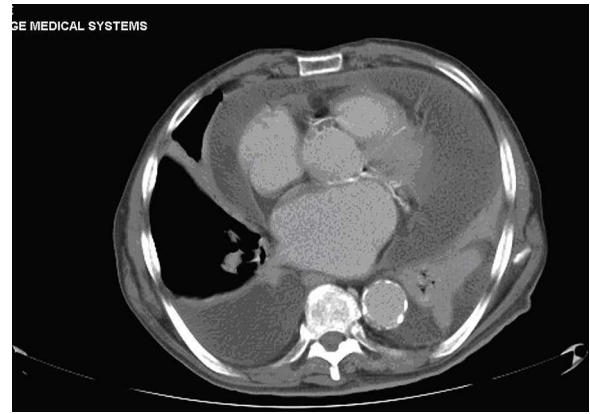


Figura 2. TAC de t3rax y abdomen.

diagn3sticos), se confirm3 dicho diagn3stico y el paciente inici3 tratamiento con prednisona a dosis de 15 mg al dfa.

La mejorfa clfnica fue evidente en las primeras 48 h, con mayor movilidad y una clara disminuci3n de la rigidez, sobre todo a nivel de la cintura escapular, siendo capaz el paciente de deambular. Descendieron asf mismo los marcadores inflamatorios y la radiograffa mostr3 gran disminuci3n del derrame pleural. En la ecocardiograffa realizada al cabo de un mes, desapareci3 por completo el derrame peric3rdico, existiendo 3nicamente un leve derrame pleural derecho.

## Discusi3n

Los pacientes con PMR presentan disconfort bilateral que envuelve las zonas proximales de los miembros y las articulaciones en relaci3n con sinovitis de las articulaciones proximales.

La combinaci3n de dolor persistente por al menos un mes, con dolor y rigidez matutina en la regi3n del cuello, la cintura escapular y la cintura pelviana, que dura al menos 30 min, asociado a un aumento en la VSG de al menos 40 mm por hora, es altamente indicativa de polimialgia reum3tica<sup>9</sup>. El dolor musculoesquel3tico empeora con los movimientos de las 3reas afectadas y tpficamente interfiere las actividades de la vida diaria.

El dolor de hombros es el hallazgo presente en la mayorfa de los pacientes (70 a 95%); sin embargo, las caderas y el cuello est3n afectados menos frecuentemente (50-70%). En los hombros y en la cintura pelviana el dolor normalmente se irradia distalmente hacia los codos y rodillas. El disconfort puede empezar en un lado pero r3pidamente se hace bilateral<sup>1</sup>.

Los sntomas sist3micos son frecuentes, estando presentes en un tercio de los pacientes, e incluyen fiebre, astenia, anorexia y p3rdida de peso<sup>9,10</sup>. En nuestro caso, el motivo de ingreso fue principalmente astenia y p3rdida de peso, aunque luego preguntando especficamente nos inform3 del dolor en la musculatura proximal.

En la exploraci3n, la limitaci3n de los movimientos activos y, a menudo, tambi3n los pasivos debidos a dolor est3 presente.

Generalmente, el diagn3stico se hace a los 2 o 3 meses del inicio de los sntomas.

An3liticamente, la mayorfa de los pacientes tienen una anemia leve de trastornos cr3nicos, como ocurrfa en nuestro caso, y un tercio de los pacientes tienen alterados los test de funci3n hep3tica<sup>2</sup>. El factor reumatoide y los ANA son generalmente negativos.

Para el tratamiento se utilizan los corticoides; generalmente, es suficiente una dosis de 10 a 20 mg. La respuesta a corticoides es r3pida, con la resoluci3n de los sntomas a los pocos dfa del inicio de la terapia. Una falta de mejorfa deberfa cuestionar el diagn3stico. La dosis inicial suele mantenerse 2-4 semanas y

posteriormente puede ser gradualmente reducida cada semana o cada 2 semanas a un máximo de un 10% cada 2 semanas de la dosis total diaria. Si la dosis de corticoides es reducida o retirada demasiado rápido, los síntomas pueden recurrir. Sin embargo, aproximadamente un 30-50% de los pacientes tienen exacerbaciones espontáneas, y un curso de tratamiento de uno o 2 años es a menudo requerido. Algunos pacientes incluso tienen un curso recidivante y pueden requerir dosis bajas de corticoides durante varios años<sup>1,10</sup>.

Ante la presentación clínica de anorexia y pérdida de peso asociada a derrame pleural y pericárdico, se plantearon diferentes diagnósticos como tumores, tuberculosis y enfermedades autoinmunitarias, siendo todos ellos razonablemente descartados al ser la TAC normal, la ADA normal y el Mantoux negativo, y en el caso de las enfermedades autoinmunitarias, los ANA y ANCA, así como el complemento, fueron negativos y la presentación clínica no era compatible. También se planteó el diagnóstico de artritis reumatoide, que pareció poco probable por la forma de presentación clínica, ya que en la artritis reumatoide están más frecuentemente afectadas las articulaciones periféricas, y por ser el factor reumatoide negativo. La polisinovitis aguda edematosa del anciano (RS3P3), que también es un diagnóstico que se debe tener en cuenta cuando aparece dolor articular en personas ancianas, ya que se acompaña, al igual que la PMR, de un excelente pronóstico con dosis bajas de corticoides, fue excluida, ya que no presentaba sinovitis de articulaciones distales ni edema en el dorso de las manos.

En nuestro paciente fue evidente la mejoría clínica a los pocos días de inicio de corticoides a dosis bajas. Al mes de tratamiento, desapareció por completo el derrame pericárdico y mejoró considerablemente el derrame pleural.

La clínica de dolor articular y rigidez de larga evolución, los síntomas sistémicos acompañantes (anorexia y pérdida de peso), los datos de laboratorio (aumento de VSG y de la PCR) y la respuesta tan espectacular a los corticoides nos confirman el diagnóstico de PMR.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *N Engl J Med.* 2002;347:261-77.
2. Van Hecke O. Polymyalgia rheumatica -diagnosis and management. *Aust Fam Physician.* 2011;40:303-6.
3. Chuang T, Hunder G, Ilstrup D, Kurland LT. Polymyalgia rheumatica: a 10-year epidemiologic and clinical study. *Ann Intern Med.* 1982;97:672-80.
4. Bohan A. Polymyalgia rheumatica and pericardial effusion. *Ann Intern Med.* 1984;101:147.
5. Cobo T, Zuberá Salibarria Z, Muñoz Sánchez J, et al. Polymyalgia rheumatica and pericardial effusion. *Ann Intern Med.* 1991;8:362-3.
6. Malone CB, McCarthy GM. Polymyalgia rheumatica as an unusual cause of pleural and pericardial effusion. *J Clin Rheumatol.* 2005;11:59-60.
7. Brucato A, Brambilia G. Polymyalgia rheumatica and pericardial tamponade. *Ann Rheum Dis.* 2002;61:283.
8. Calvo E, Becerra E, López-Longo FJ, Cabrera FJ, Carreño L, Paravisini A, et al. Pericardial tamponade in a patient with polymyalgia rheumatica. *Clin Exp Rheumatol.* 2009;1 Suppl 52:S83-5.
9. Salvarani C, Macchioni P, Boiardi L. Polymyalgia rheumatica. *Lancet.* 1997;350:43-7.
10. Salvarani C, Macchioni PL, Tartoni PL, Rossi F, Baricchi R, Castri C, et al. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis: a 5-year epidemiologic and clinical study in Reggio Emilia. *Italy Clin Exp Rheumatol.* 1987;5:205-15.