

POLIMIALGIA REUMÁTICA, QUANDO SUSPEITAR?

POLYMYALGIA RHEUMATICA, WHEN TO SUSPECT?

Autores:

Diana Viana¹, Sara Domingues¹, Rosalina Arantes²

RESUMO

Introdução: A polimialgia reumática (PMR) é a doença reumática inflamatória mais comum nos idosos. Clinicamente caracteriza-se por dor bilateral na cintura escapular e/ou pélvica e rigidez matinal, e analiticamente por marcadores inflamatórios elevados. Apresenta rápida resposta clínica e laboratorial à corticoterapia. Contudo, não existe exame *gold standard*, pelo que o seu diagnóstico carece de elevada suspeição clínica.

Descrição do caso: Utente do sexo masculino, 68 anos, com queixas de omalgia bilateral de características inflamatórias, com cerca de três meses de evolução, com agravamento progressivo no último mês. Associadamente, referia limitação da amplitude articular e rigidez articular matinal, que o impossibilitava de vestir, de barbear ou de se pentear. Ao exame físico apresentava: dificuldade na rotação interna, limitação da abdução ativa dos ombros para além dos 90°, teste de *Job* positivo à direita e força preservada em ambos os membros superiores. Neste contexto, foi requisitada ecografia das partes moles de ambos os ombros e medicado com analgésicos. Após cinco dias recorreu novamente a consulta por persistência da dor e limitação funcional. Perante a clínica e o exame físico, suspeitou-se de PMR e requisitou-se estudo analítico para sustentar esta hipótese diagnóstica. O estudo revelou aumento dos parâmetros inflamatórios, anemia normocrômica/normocítica e leucocitose. A ecografia revelou “ligeira alteração dos tendões dos supraespinhosos, mais evidente à direita, sugerindo fenómenos de tendinose”. Deste modo, assumiu-se o diagnóstico de PMR e iniciou-se corticoterapia. Uma semana após início da terapêutica, o doente referiu franca melhoria clínica, sem limitações nas atividades diárias e sem dor.

Comentário: A PMR é uma doença que, apesar de benigna, pode interferir profundamente na qualidade de vida. Para o seu diagnóstico é fundamental elevada suspeição clínica, pelo que deve estar presente no decurso do raciocínio clínico. A instituição atempada da terapêutica pode ser realizada nos cuidados de saúde primários, contribuindo para rápida melhoria clínica.

Palavras-chave: polimialgia reumática; cuidados de saúde primários

ABSTRACT

Introduction: Polymyalgia rheumatica (PMR) is the most common inflammatory rheumatic disease in the elderly. It is characterized clinically by bilateral pain in the scapular and/or pelvic girdle and morning stiffness, and analytically by elevated inflammatory markers. Shows rapid clinical and laboratory response to corticosteroid therapy. However, there is no gold standard test, therefore its diagnosis lacks high clinical suspicion.

Case description: Male, 68 years, with complaints of bilateral omalgia of inflammatory characteristics, with three months of evolution and progressive worsening in the last month. In association refers limitation of joint amplitude and morning joint stiffness, that makes it impossible to dress, shave or comb. On physical examination, he presented: difficulty in internal rotation, limited active abduction of the shoulders beyond 90°, positive Job test on the right side and strength preserved in both upper limbs. It was requested ultrasound of the soft tissues of both shoulders and instituted analgesic therapy. After five days, he was consulted again for pain persistence and functional limitation. Towards the clinic and the physical examination, PMR was suspected and an analytical study was requested to support this diagnostic hypothesis. The study revealed an increase in inflammatory parameters, normochromic/normocytic anemia and leukocytosis. The ultrasound revealed “a slight alteration of the tendons of the supraspinatus, more evident on the right, suggesting phenomena of tendinosis”. The diagnosis of PMR was assumed and corticotherapy was started. One week after, the patient reports a clear clinical improvement, without limitations in daily activities and without pain.

Comment: The PMR is a benign disease which may interfere deeply in the quality of life. A high clinical suspicion is essential for its diagnosis, which is why it must be present in the course of clinical reasoning. The timely institution of therapy can be performed in primary health care, contributing to rapid clinical improvement.

Keywords: polymyalgia rheumatica; primary health care

1. Médica Interna de Formação Específica em Medicina Geral e Familiar, USF Pró-Saúde, ACeS Cávado II – Gerês/Cabreira
2. Assistente Graduada em Medicina Geral e Familiar, USF Pró-Saúde, ACeS Cávado II – Gerês/Cabreira

INTRODUÇÃO

A polimialgia reumática (PMR) é uma doença reumática inflamatória relativamente comum, com prevalência nacional estimada de 0,1%,¹ que afeta quase exclusivamente adultos com mais de 50 anos.² A prevalência aumenta progressivamente com a idade, sendo o pico de incidência entre os 70-80 anos.² As mulheres são duas a três vezes mais afetadas que os homens.² A etiologia é desconhecida e pode associar-se à arterite de células gigantes (ACG).² Não existe nenhum teste ou exame *gold standard* para o seu diagnóstico.^{2,3}

A descrição deste caso é pertinente por vários motivos: i) é uma doença comum na população idosa, ii) é necessária elevada suspeição clínica para o seu diagnóstico e iii) a instituição correta da terapêutica evita prolongar quadros álgicos articulares e melhorar francamente a qualidade de vida dos doentes. Este caso realça a importância do “saber para reconhecer” uma patologia, cuja abordagem pode ser realizada nos cuidados de saúde primários (CSP).

DESCRIÇÃO DO CASO

Utente do sexo masculino, 68 anos, reformado da profissão de pedreiro, casado, com antecedentes patológicos de hipertensão arterial, gota e excesso de peso. Medicado com losartan 50 mg/dia e alopurinol 300 mg/dia. Em julho de 2019 recorreu ao seu médico de família (MF) por omalgia bilateral com início súbito, de características inflamatórias, de intensidade 8/10, com cerca de três meses de evolução e agravamento progressivo no último mês. Associadamente, referia limitação da amplitude articular e rigidez articular matinal, que o utente descrevia como “sentir os braços pesados” (*sic*), que o impossibilitava de vestir, de barbear ou de se pentear, com duração de cerca de duas horas e que ia melhorando ao longo do dia. Já medicado há um mês com anti-inflamatório não esteroide pelas mesmas queixas, sem melhoria significativa. Negava traumatismos. Ao exame físico encontrava-se apirético, e apresentava alterações no arco de mobilidade dos ombros, com limitação da abdução passiva e ativa para além dos 90º e dificuldade na rotação interna. Realizou-se o teste de *Job* que foi positivo à direita. Tinha força preservada em ambos os membros superiores. Neste contexto, foi requisitada ecografia das partes moles de ambos os ombros e medicado sintomaticamente com tramadol + dextetoprofeno 75/25 mg, em dose bidiária.

Após cinco dias recorreu a consulta aberta por

manutenção das queixas álgicas, sem qualquer melhoria clínica com a medicação prescrita. Negava perda de peso, febre, cefaleias de novo ou alterações da visão, sintomas e sinais que nos fariam suspeitar de ACG. O exame físico foi sobreponível à avaliação da última consulta. Atendendo à história clínica, achados do exame físico e ausência da melhoria da dor com a medicação instituída, levantou-se a hipótese diagnóstica de PMR, pelo que se procedeu à requisição de estudo analítico.

O estudo analítico revelou anemia normocítica/normocrômica (hemoglobina 11,9 g/dL), leucocitose (11120 /mm³), velocidade de sedimentação (VS 58 mm/h) e proteína C reativa (PCR 8,9 mg/L) aumentadas, anticorpos antinucleares (ANA) negativos, fator reumatoide negativo, função tiroideia normal e creatinofosfocinase (CpK) com valor normal. Por suspeita de PMR iniciou-se prednisolona 20 mg/dia e omeprazol 20 mg/dia. Agendou-se consulta para reavaliação após uma semana e prescreveu-se a vacina pneumocócica 13-valente, devido à imunossupressão resultante da corticoterapia sistémica e consequente risco acrescido de doença invasiva pneumocócica.

Na consulta de reavaliação, referia melhoria marcada da sintomatologia, sendo capaz de se pentear e barbear, mantendo alguma rigidez matinal, mas sem dor ou sensação de peso nos braços (*sic*). O resultado da ecografia de partes moles dirigida a ambos os ombros revelou ligeira alteração estrutural do tendão do supra-espinhoso, mais evidente à direita, sugerindo fenómenos de tendinose. Perante a resposta clínica manteve-se a corticoterapia e optou-se por referenciar para a consulta externa de Reumatologia, dado os meses de evolução e falta de experiência do MF no seguimento deste tipo de patologia.

Na consulta hospitalar foram requisitados estudo analítico, osteodensitometria e radiografia dos ombros e ancas. O utente foi medicado com ácido alendrónico 70 mg + colecalciferol 5600 U.I. (uma vez por semana) e carbonato de cálcio 1000 mg + colecalciferol 880 U.I. (uma vez por dia), para prevenção da osteoporose secundária ao tratamento com corticoterapia. Dos exames realizados, o estudo analítico apresentava hemoglobina de 14,3 g/dL, VS de 11 mm/h, PCR de 1,2 mg/dL, serologias víricas negativas (vírus da imunodeficiência humana, hepatites B e C) e função renal e hepática normais. A osteodensitometria revelou valores de densidade mineral óssea dentro dos limites normais e a radiografia da anca revelou coxartrose direita. No seguimento hospitalar

foi feita redução gradual da dose da corticoterapia. Na última avaliação, o utente encontrava-se assintomático e medicado com prednisolona 5 mg/dia.

COMENTÁRIO

Para reconhecer a PMR como possível diagnóstico é importante conhecer a sua clínica. A PMR caracteriza-se clinicamente por sintomas proximais de dor na cintura escapular e/ou pélvica e rigidez matinal.² Os sintomas têm um início abrupto e são habitualmente simétricos.² Geralmente, a apresentação clínica surge como dor bilateral na parte superior do braço com limitação da abdução ativa do ombro.² É frequente a “gelificação” das articulações, ou seja, a existência de rigidez associada à imobilidade.⁴ As limitações funcionais são consequência da rigidez proximal e dificultam as atividades de vida diária, como o levantar da cama, de uma cadeira, o levantar os braços para pentear o cabelo. Estas limitações diminuem a qualidade de vida do doente.² O sintomas distais são geralmente leves e acompanham a sintomatologia proximal em cerca de 50% dos doentes, sendo mais comuns nos punhos e nas articulações metacarpofalângicas e, ocasionalmente, nos joelhos.² Os pés e os tornozelos nunca são afetados.² Podem estar presentes sinais e sintomas sistémicos inespecíficos, como mal-estar, fadiga, depressão, anorexia, perda de peso e febre.² Em geral, o aparecimento de febre perante a suspeita de PMR deve levar à investigação de ACG subjacente ou outra patologia, especialmente infeção.² Todos os doentes com sintomas de PMR devem ser questionados sobre os sintomas do tipo da ACG, como por exemplo aparecimento de cefaleias de novo, claudicação da mandíbula, sensibilidade ao longo da artéria temporal e sintomas visuais (diplopia, amaurose transitória).^{2,4} Estes sintomas podem surgir a qualquer momento na evolução da doença e o seu aparecimento implica uma referência ao serviço de urgência, pelo risco de cegueira.^{4,5} Assim sendo, é fundamental excluir ACG na presença de sintomas compatíveis com PMR, dada a urgência da intervenção clínica.

O exame físico também pode fornecer pistas para o diagnóstico. Permite avaliar a amplitude de movimento das articulações que pode estar limitada.² As articulações afetadas podem apresentar limitação ativa e passiva, com força muscular mantida.^{2,5} É comum a limitação ativa da abdução do ombro, sendo um achado clássico a incapacidade de abdução além dos 90°.² Os exames complementares de diagnóstico, como a ecografia e a ressonância magnética nuclear podem também ser úteis na abordagem

diagnóstica. Permitem avaliar se há bursite ou outra evidência de inflamação subjacente.² As radiografias dos doentes com PMR não apresentam alterações, não sendo necessárias a sua realização, exceto para confirmar ou excluir outro diagnóstico.²

O doente apresentado neste caso clínico apresenta sintomas típicos e achados comuns ao exame físico, o que contribuiu para que o MF incluísse a PMR como um dos possíveis diagnósticos diferenciais. Para além disso, apresenta todos os critérios que permitem considerar a PMR como hipótese de diagnóstico (Quadro I).⁶ O diagnóstico é clínico e de exclusão, sendo importante excluir condições clínicas que mimetizem a PMR (Quadro II).^{2,4} As *guidelines* da Sociedade Britânica de Reumatologia e da Associação Britânica de Profissionais de Saúde da Reumatologia recomendam uma investigação de base (Quadro III).⁶ A PCR pode ser mais sensível que a VS e 5-20% dos doentes têm VS normal.² A anemia normocítica pode estar presente, os testes serológicos como anticorpos antinucleares e fator reumatoide são tipicamente negativos e a CpK é sempre normal.²

Quadro I. Critérios para considerar o diagnóstico de polimialgia reumática.⁶

Idade > 50 anos Rigidez matinal com mais de 45 minutos de duração Queixas algícas bilateralmente nos ombros e/ou na cintura pélvica Duração superior a duas semanas Marcadores de fase aguda aumentados – VS/PCR
--

Legenda: PCR – proteína C reativa; VS – velocidade de sedimentação.

Quadro II. Condições clínicas que podem mimetizar a polimialgia reumática.^{3,6}

DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

Doenças inflamatórias

Arterite de células gigantes, artrite reumatoide, espondiloartrites, artrite psoriática, lúpus eritematoso sistêmico, esclerodermia, síndrome de *Sjögren*, vasculite, miopatias inflamatórias

Doenças não inflamatórias

Osteoartrite, distúrbios da coifa dos rotadores, ombro congelado

Neoplasias

Linfoma, mieloma e leucemia
 Tumores sólidos e metástases, por exemplo, próstata, intestino, pulmão, mama e rim

Infeções

Tuberculose, endocardite bacteriana, osteomielite, artrite séptica, outras infeções, por exemplo, infeções do trato urinário

Outras

Distúrbios endócrinos (por exemplo, hipo/hipertireoidismo, hiper/hipoparatiroidismo)
 Mialgia induzida por fármacos (por exemplo, estatinas)
 Doença de *Parkinson*

Quadro III. Investigação para excluir condições clínicas que mimetizem a polimialgia reumática.⁶

- Hemograma com plaquetas
- VS/PCR
- Ureia e ionograma
- Creatinina
- Função hepática
- Creatina cinase (CK)
- Fator reumatoide [podem ser considerados anticorpos antipeptídeo citrulinado (anti-CCP)]
- Anticorpos anti-nucleares (ANA)
- Hormona estimulante da tiróide (TSH)
- Cálcio, fosfato, fosfatase alcalina
- Tira teste de urina
- Electroforese de proteínas séricas (considerar também proteína urinária de *Bence Jones*)
- Radiografia de tórax (exemplo, casos com sintomas sistémicos proeminentes)

Legenda: PCR – proteína C reativa; VS – velocidade de sedimentação.

O principal tratamento da PMR é a corticoterapia, sendo típica uma rápida resposta aos corticosteroides.^{3,4} A dose inicial recomendada é de 15 mg de prednisolona, prevendo-se uma melhoria clínica superior a 70% numa semana e normalização dos marcadores inflamatórios em quatro semanas.⁶ Se a resposta ao tratamento instituído for menor do que o expectável, devem-se considerar diagnósticos alternativos.⁶ Em caso de recidiva, definida por recorrência de sintomas ou início da ACG, e não apenas aumento inexplicado da VS ou PCR, deverá retomar-se a dose terapêutica anterior à recidiva.⁶ Pelo contrário, perante diminuição da sintomatologia deve-se realizar tentativa de desmame da corticoterapia.⁶ Se a redução gradual dos corticosteróides for difícil, recomenda-se o encaminhamento para cuidados especializados.⁶ Qualquer doente com sintomas atípicos ou falência terapêutica (Quadro IV) deve ser referenciado a Reumatologia, assim como os casos em que há incerteza diagnóstica.^{3,6}

Quadro IV. Critérios de referência a especialidade.⁶**Sintomas atípicos**

- Idade < 60 anos
- Queixas com > dois meses de evolução
- Ausência de envolvimento do ombro
- Ausência de rigidez inflamatória
- Sinais de alarme: perda de peso, envolvimento sistémico marcado, dor noturna, sinais neurológicos
- Características de outras doenças reumatológicas
- Marcadores inflamatórios excessivamente elevados ou normais

Falência terapêutica

- Ausência/má resposta ao tratamento
- Contraindicação para corticoterapia
- Dificuldade na redução de corticoterapia

A elevada suspeição clínica do MF foi determinante na orientação deste doente. Por um lado, permitiu excluir possíveis diagnósticos diferenciais, através da realização de estudo analítico adequado e exames de imagem; por outro lado, ao considerar a PMR como diagnóstico permitiu ao clínico iniciar o tratamento adequado com corticoterapia. A resposta inicial à corticoterapia foi compatível com o diagnóstico de PMR, com uma franca melhoria das queixas e consequente melhoria da qualidade de vida do doente. Ainda que o MF tenha optado por referenciar a Reumatologia, principalmente por inexperiência no seguimento desta patologia, ele pode ter um papel na sua identificação e monitorização. Na sua monitorização é importante avaliar em cada consulta a resposta ao tratamento (dor proximal, rigidez matinal), sintomas ou sinais de ACG (cefaleia, claudicação da mandíbula, alterações visuais) e quaisquer efeitos secundários da corticoterapia.⁶ Deve-se também requisitar a cada três meses estudo analítico, que inclui hemograma com plaquetas, VS/PCR, ureia, ionograma e glicose.⁶

Este caso retrata o diagnóstico nos CSP de uma doença benigna que pode interferir profundamente com a qualidade de vida do doente. Alerta para a importância do médico de família em conhecer esta patologia, uma vez que como profissional de primeira linha pode diagnosticar e iniciar terapêutica adequada. Assim, permite proporcionar benefícios funcionais e, consequentemente, melhoria significativa da qualidade de vida do doente num curto espaço de tempo, evitando a protelação de queixas álgicas, tão frequentes na população idosa.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

- 1- EpiReumaPt - Estudo epidemiológico das doenças reumáticas em Portugal. *Reuma Census* [Consultado em julho 2020] disponível em http://www.reumacensus.org/pdf/quadriptico_resultados_epireumapt.pdf
- 2- Docken W. Clinical manifestations and diagnosis of polymyalgia rheumatica. *UpToDate* 2016; 1-21.
- 3- Helliwell T, Hider SL, Mallen CD, Barraclough K, Dasgupta B, Mallen CD. Diagnosis and management of polymyalgia rheumatica. *Br J Gen Pract* 2012; 62:275-6.
- 4- Jones O, Birrell F. Diagnosis and management of polymyalgia rheumatica. *Practitioner* 2016; 260:13-6.
- 5- Neves CM, Teixeira H, Granja M. Polimialgia reumática: As dores que se multiplicam. *Rev Port Clínica Geral* 2012; 28:196-200.
- 6- Dasgupta B, Borg FA, Hassan N, Barraclough K, Bourke B, Fulcher J, et al. BSR and BHPH guidelines for the management of polymyalgia rheumatica. *Rheumatology (Oxford)* 2010; 49: 186-190.

CONFLITOS DE INTERESSE:

As autoras declaram não ter conflitos de interesse.

CORRESPONDÊNCIA:

Diana Manuela Araújo Viana
prosaude.dradiana@gmail.com

RECEBIDO: 25 de julho de 2020 | ACEITE: 22 de novembro de 2020