



Polimialgia reumática: as dores que se multiplicam

Camila Mota Neves,* Hermínia Teixeira,* Mónica Granja**

RESUMO

A polimialgia reumática (PMR) é uma doença reumatológica que afeta geralmente os idosos e é uma causa comum de uso de corticoterapia a longo prazo. A etiologia é desconhecida e o diagnóstico, essencialmente clínico e de exclusão, deve ser considerado em pessoas com mais de 50 anos que apresentem dor bilateral e rigidez na cintura pélvica e/ou escapular. Na maioria dos casos, a PMR pode ser tratada pelo médico de família. Apresentamos um caso clínico de uma mulher de 69 anos no qual se verificaram problemas no diagnóstico e orientação terapêutica.

Palavras-chave: Polimialgia Reumática; Cuidados de Saúde Primários.

DESCRIÇÃO DO CASO

Relata-se o caso de uma paciente de 69 anos, raça caucasiana, casada, com hipertensão arterial controlada com captopril e episódios de lombalgia mecânica recorrente (interpretados como síndrome vertebral sem irradiação de etiologia degenerativa e que melhoraram com a prática regular de natação).

Em janeiro de 2011, após contacto telefónico, recorre a consulta não programada com a sua médica de família no Centro de Saúde (CS) por apresentar, havia um mês, dor na anca esquerda de ritmo mecânico e de intensidade progressiva que levou à suspensão da prática de natação. A paciente relacionava, clara e espontaneamente, o início da dor com uma situação de sobrecarga (transporte de um grande volume de compras). Ao exame objetivo apresentava dor à mobilização passiva e ativa da anca esquerda e *Laségue* negativo bilateralmente. Não foram realizadas manobras mais específicas da articulação coxofemural nem das sacroilíacas. Prescreveu-se ibuprofeno oral (400 mg, até 3 vezes por dia), omeprazol (20 mg por dia enquanto fosse necessário tomar o anti-inflamatório) e requisitou-se radiografia da anca e das articulações sacroilíacas.

No início de fevereiro contactou, por duas vezes, a sua médica de família referindo ligeira melhoria. Tinha

consultado um cirurgião vascular (que realizou *ecodoppler* dos membros inferiores e excluiu patologia do seu foro) e recorrido a um serviço de urgência hospitalar onde foi medicada com diazepam (um comprimido diário de dosagem não especificada) e acetaminofeno (60 mg duas vezes por dia). Face à persistência do quadro e à normalidade do radiograma à bacia, foi requisitada tomografia computadorizada lombar, para excluir agudização da sua patologia prévia a este nível que se pudesse apresentar de forma menos típica (por exemplo, discopatia lombar alta).

Dias depois recorre de novo à consulta não programada, sendo observada em consulta de recurso. Apresentava dor na região interna da coxa esquerda e na coxa direita, agravando-se claramente durante a noite. Referia início de omalgia direita, de ritmo inflamatório, com limitação funcional. Ao exame físico não apresentava limitações na mobilização ativa ou passiva da anca e referia dor ligeira, bilateral, na flexão total; no ombro direito apresentava teste de *Jobe* positivo e incapacidade de rotação interna e externa. Foi requisitada radiografia ao ombro, tendo-se associado flurbiprofeno, por aplicação local de penso transdérmico (duas vezes por dia), à medicação prévia.

No final de fevereiro recorre novamente à consulta, desta vez programada. Por persistência do quadro, havia consultado na véspera, a nível privado, um ortopedista que solicitou tomografia computadorizada das articulações coxofemorais. Fazia-se acompanhar do tomograma computadorizado lombar que mostrava ligeiras

*Internas de Medicina Geral e Familiar. UCSP Senhora da Hora – ACES Matosinhos. ULS Matosinhos.

**Médica de Família. UCSP Senhora da Hora – ACES Matosinhos. ULS Matosinhos.



alterações degenerativas discovertebrais, sem compressão radicular. Ainda não possuía os resultados do radiograma do ombro. Associou-se paracetamol e codeína (500 mg + 30 mg até seis comprimidos por dia) e agendou-se reavaliação para a semana seguinte, para observação dos resultados dos restantes exames.

No início de março, vem a consulta programada de reavaliação, referindo agravamento das queixas álgicas, principalmente à noite, e aparecimento de rigidez matinal com limitação funcional progressiva, sem sintomas sistémicos. Por intolerância à associação paracetamol e codeína mantinha-se com a acetaminofeno prescrita. O radiograma do ombro e o tomograma das articulações coxofemorais eram compatíveis com osteoartrose incipiente. Face à emergência de um padrão inflamatório das queixas, foi requisitado estudo analítico. Propôs-se também avaliação por Medicina Física e de Reabilitação para ponderação de tratamento sintomático.

Em meados de março comparece de novo a consulta de recurso para mostrar resultados das análises. Refere que consultou fisiatra (não foi obtida informação clínica por parte do colega, visto que, face à evolução do caso, a paciente interrompeu o tratamento sem que tal informação fosse disponibilizada) e, de novo, um ortopedista a nível privado, que medicou com metilprednisolona, 80 mg intramuscular, e metamizol, mas a paciente optou por não fazer a medicação (por se aperceber que se tratava de um corticoide, temendo, genericamente e por senso comum, esse tipo de fármacos, e por ter sido medicada sem lhe ter sido fornecido um diagnóstico). As análises mostravam algumas alterações pelo que a paciente é aconselhada a consultar a sua médica de família.

Alguns dias depois comparece a consulta não programada com os resultados das análises, constatando-se anemia (10,9 g/dL) normocítica normocrômica, velocidade de sedimentação (VS) aumentada (104 mm/h), anticorpos antinucleares negativos e RA teste e *Waalder-Rose* negativos, suscitando-se então a hipótese de diagnóstico de polimialgia reumática (PMR). Tratando-se de uma patologia com a qual a médica de família não tinha qualquer experiência e dado o curso já arrastado da situação, foi sentida a necessidade de discutir o caso com outro colega. Não dispondo de consulta de Reumatologia no hospital de referência, optou-

se por contactar telefonicamente o serviço de Medicina Interna. A colega internista contactada concordou com a hipótese colocada e propôs o início de corticoterapia com prednisolona 60 mg/dia. Sugeriu também a realização de exames complementares (endoscopia digestiva alta e colonoscopia), para exclusão de outros diagnósticos diferenciais (patologia neoplásica), e ainda a referenciação para a consulta hospitalar. Estas sugestões terapêuticas e de referenciação foram aceites pela médica de família, não tendo sido confirmada a sua adequação e tendo sido a referenciação particularmente bem acolhida por parte da paciente que se mostrava insegura pelo desenrolar do quadro.

Cerca de 15 dias depois foi reavaliada no CS, referindo melhoria da sintomatologia e recuperação funcional total. Uma semana após esta reavaliação e dado ainda não lhe ter sido feita a marcação da consulta hospitalar de Medicina Interna, a paciente optou por consultar um Reumatologista a nível privado, para segunda opinião, o qual lhe reduziu a dose diária de prednisolona para 20 mg/dia. Devido à boa recuperação funcional, retomou a prática de natação.

Passado um mês da introdução da corticoterapia, em nova consulta de reavaliação no CS, mantinha-se assintomática. Dos exames efetuados, o estudo analítico apresentava hemoglobina de 13,5 g/dL, VS de 1 mm/h, serologias víricas negativas (citomegalovírus, vírus da imunodeficiência humana e hepatites B e C), endoscopia digestiva alta com gastrite crónica do antro e colonoscopia com doença diverticular do cólon. Na consulta hospitalar foi feita a redução progressiva e lenta da corticoterapia, para a dose mínima eficaz, estando atualmente estável com a dose de 5 mg/dia, que se prevê manterá até cumprir um período de dois anos.

DISCUSSÃO

Desde o início do quadro, antes e após o diagnóstico e mesmo depois da instituição terapêutica, a doente recorreu a múltiplas consultas num período inferior a quatro meses: no CS teve com a sua médica de família dois contactos não presenciais, quatro consultas programadas e duas não programadas, assim como duas consultas de recurso com outros médicos; recorreu uma vez ao serviço de urgência hospitalar e cinco vezes a médicos de várias especialidades no setor privado – Cirurgia Vasculuar, Ortopedia, Fisiatria e Reuma-



tologia). Neste contexto foram-lhe requisitados, como descrito, vários exames auxiliares de diagnóstico e realizados múltiplos tratamentos.

A PMR é uma síndrome com uma incidência nos países mediterrânicos de 12,7/100.000 pessoas com 50 ou mais anos.¹ A etiologia da doença mantém-se desconhecida, apesar de fatores ambientais e genéticos poderem estar na origem do seu aparecimento.² Estão descritos casos familiares ocasionais, existindo maior prevalência nos países escandinavos e em locais dos Estados Unidos habitados por escandinavos e menor prevalência nos países asiáticos e na Arábia.² Existe ainda um padrão cíclico e sazonal de variações na incidência, o que pode sugerir uma etiologia infecciosa ambiental.² É mais frequente nas mulheres (2:1) e está, em 16 a 21% dos casos, associada à arterite de células gigantes, apesar da causa desta associação ser desconhecida.^{2,3} A paciente em questão é, pois, uma paciente que se encaixa nos critérios epidemiológicos com PMR.

A PMR afeta tipicamente as cinturas pélvica e escapular, causando dor e rigidez matinal que duram, pelo menos, 30 minutos.⁴ Os sintomas são habitualmente simétricos e o início é geralmente abrupto, com o desenvolvimento da sintomatologia geralmente em menos de duas semanas. A dor também pode envolver o pescoço, braços, costas e coxas. Podem existir manifestações musculoesqueléticas distais, tais como a síndrome do túnel cárpico e artrite periférica assimétrica.⁵ O exame físico pode ter achados mínimos e inespecíficos, tais como restrição ativa e passiva dos movimentos das articulações afetadas, sem sinais inflamatórios e com força muscular mantida. Podem existir sinais e sintomas sistémicos em até 40% dos doentes, como febre, fadiga, depressão, anorexia e perda de peso.² No caso apresentado, o início abrupto e a simetria das queixas não se verificaram, o que pode ter causado algum atraso diagnóstico e contribuído para que, dada a intensidade das queixas e incapacidade sentida, a paciente tivesse mostrado um padrão de grande consumo de consultas, quer no CS, quer na medicina privada, muito diferente do previamente adotado.

O diagnóstico da PMR é essencialmente clínico e pouco apoiado por exames complementares de diagnóstico. A Sociedade Britânica de Reumatologia e a Associação Britânica de Profissionais de Saúde da Reu-

matologia publicaram *guidelines* para o diagnóstico e tratamento da PMR, com nível de evidência científica B e C (quadro I).⁵ O diagnóstico de PMR deverá ser de exclusão. O diagnóstico diferencial num idoso com dores musculares, rigidez e VS elevada é amplo e devem ser excluídas diversas patologias (quadro II).⁵ Perante um caso de PMR, se surgirem cefaleias de novo, claudicação da mandíbula ou sintomas visuais é importante considerar o diagnóstico de arterite de células gigantes e encaminhar o paciente para o serviço de urgência, devido ao risco de cegueira. Nestes casos, está então preconizada a terapêutica em altas doses de corticoterapia, cerca de 60 mg/dia.^{2,6} Os achados laboratoriais na PMR são inespecíficos, com marcadores de inflamação elevados como a VS e a proteína C reactiva (PCR), apesar de 5% dos casos poderem ter a VS normal. A PCR é mais sensível do que a VS, uma vez que é menos afetada por fatores como a idade.^{7,8} Pode estar presente anemia normocrômica e normocítica e elevação da fosfatase alcalina, com creatinina-quinase normal, o que contrasta com os níveis elevados existentes na polimiosite, hipotireoidismo ou outras doenças musculares.⁹ O caso presente só cumpriu os critérios diagnósticos mais de um mês após as primeiras queixas.

A PMR pode ser tratada nos Cuidados de Saúde Primários (CSP).¹⁰ O tratamento é feito com corticosteróides na dose mínima eficaz de modo a obter menos efeitos laterais, geralmente 15 mg/dia de prednisolona, não havendo nenhuma evidência consistente de um tratamento que se adequa a todos os pacientes.^{5,11,12} É uma

QUADRO I. Critérios de diagnóstico (segundo a Sociedade Britânica de Reumatologia e a Associação de Profissionais de Saúde de Reumatologia).

Polimialgia reumática: critérios de inclusão

1. Idade > 50 anos
2. Rigidez matinal com mais de 45 minutos de duração
3. Queixas álgicas bilateralmente nos ombros e/ou na cintura pélvica
4. Duração superior a 2 semanas
5. Marcadores de fase aguda – VS/PCR

VS - velocidade de sedimentação; PCR - proteína C reactiva



causa comum de uso de corticosteróides a longo prazo na comunidade, tendo sido demonstrado numa região em Inglaterra que a PMR é a causa de uso de corticoterapia em 22% das prescrições.¹³ A metilprednisolona intramuscular pode ser usada em casos de intensidade moderada com um menor risco de efeitos laterais.¹⁴ Não existe benefício na associação da corticoterapia com anti-inflamatórios não esteróides.¹⁵ Deve-se reavaliar precocemente para avaliar a resposta inicial à corticoterapia. A duração do tratamento varia geralmente entre um e três anos.² A redução da terapêutica deve ser lenta (<1 mg/mês) para evitar recaídas.¹² Neste caso foi instituída uma dose de corticoterapia claramente acima daquela que é consensualmente recomendada. Tal deveu-se ao facto da médica de família não ter experiência na abordagem da patologia nem disponibilidade para uma pesquisa bibliográfica em tempo real, tendo recorrido a aconselhamento informal, por telefone, com uma colega que não observou a paciente. Posteriormente a dose foi reduzida em consulta privada da iniciativa da paciente.

A referenciação para Reumatologia deverá ser feita em quadros clínicos atípicos ou dificuldades no tratamento (nível de recomendação C) (quadro III).⁵ Neste caso, a referenciação justificava-se pelo facto do caso não se ter apresentado de forma típica e por a paciente se sentir insegura e ter expressamente solicitado uma segunda opinião.

Este caso clínico pretende alertar para os fatores que podem contribuir para maior dificuldade diagnóstica da PMR e que neste caso foram:

- Tratar-se de uma patologia pouco frequente em CSP e que pode não ocorrer facilmente ao médico de família como diagnóstico diferencial;
 - Apesar de estar descrito que o início é geralmente abrupto e com sintomas simétricos, a PMR pode surgir, como no caso apresentado, de forma insidiosa e com atingimento algo assimétrico;
 - A existência de patologia osteoarticular degenerativa prévia, frequente na faixa etária em questão, pode atuar como fator de confundimento, ainda mais referindo a paciente um fator precipitante;
 - A não realização de um exame objetivo osteoarticular sistemático em todas as consultas (contribuindo para a multiplicidade de consultas pelo mesmo motivo).
- O relato deste caso visa também salienta a impor-

QUADRO II. Diagnósticos diferenciais (segundo a Sociedade Britânica de Reumatologia e a Associação de Profissionais de Saúde de Reumatologia).

Diagnósticos diferenciais

1. Doença neoplásica (ex.: mieloma múltiplo, linfoma, leucemia)
2. Doença infecciosa
3. Arterite de células gigantes
4. Outras doenças reumáticas (ex.: artrite reumatóide, polimiosite, pseudogota, lúpus)
5. Hipotireoidismo
6. Efeitos laterais de medicação (ex.: estatinas)
7. Síndrome da dor crónica (ex.: fibromialgia)
8. Patologia do ombro ou anca

QUADRO III. Critérios de referenciação para Reumatologia (segundo a Sociedade Britânica de Reumatologia e a Associação de Profissionais de Saúde de Reumatologia).

	Referenciação para Reumatologia
Sintomas atípicos	<ul style="list-style-type: none"> • Idade <60 anos • Queixas com mais de 2 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
Falência terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de resposta ao tratamento • Contraindicação para corticoterapia • Incapacidade para redução de corticoterapia

tância dos médicos de família terem conhecimentos atualizados sobre PMR. Por um lado, a dose terapêutica prescrita poderia ter sido significativamente mais baixa. Por outro lado, sendo uma patologia suscetível



de abordagem exclusiva em CSP, a referência aos cuidados hospitalares poderia ter sido evitada se o médico de família estivesse mais confiante no diagnóstico e terapêutica, transmitindo precocemente essa confiança à paciente. Neste caso, a referência foi também decidida após ponderação da probabilidade da paciente, por insegurança face ao atraso diagnóstico e à natureza do tratamento proposto, continuar a recorrer a médicos privados de outras especialidades.

Em conclusão, o médico de família, lidando com uma alta prevalência de queixas, quer indiferenciadas, quer de patologia osteoarticular degenerativa, deve valorizar a sintomatologia dolorosa das cinturas pélvica e escapular, com vista ao possível diagnóstico e tratamento da PMR, patologia com risco de incapacidade, sobretudo se existir risco de cegueira, mas com tratamento eficaz disponível e acessível em CSP. Paralelamente ao tratamento da PMR, o MF deve considerar se se trata de doença primária/idiopática ou secundária.

Artigo escrito de acordo com o novo acordo ortográfico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bordas Julve JM, Benavent Areu J. Polimialgia reumática. FMC. 1994; 1: 463-70.
- Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. Lancet 2008 Jul 19; 372 (9634): 234-45.
- Pipitone N, Hazleman B, Salvarani C. Polymyalgia rheumatica. In: Bijlsma JWJ, editor. EULAR Compendium of Rheumatic Disease. London: BMJ Publishing Group; 2009. p. 556-73.
- Salvarani C, Cantini F, Olivieri I, Hunder GS. Polymyalgia rheumatica: a disorder of extraarticular synovial structures? J Rheumatol 1999 Mar; 26 (3): 517-21.
- Dasgupta B, Borg FA, Hassan N, Barraclough K, Bourke B, Fulcher J, et al. BSR and BHPG guidelines for the management of polymyalgia rheumatica. Rheumatology (Oxford) 2010 Jan; 49 (1): 186-90.
- Gonzalez-Gay M. The diagnosis and management of patients with giant cell arteritis. J Rheumatol 2005 Jul; 32 (7): 1186-8.
- Cantini F, Salvarani C, Olivieri I, Macchioni L, Ranzi A, Niccoli L, et al. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in the evaluation of disease activity and severity in polymyalgia rheumatica: a prospective follow-up study. Semin Arthritis Rheum 2000 Aug; 30 (1): 17-24.
- Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. N Engl J Med 2002 Jul 25; 347 (4): 261-71.
- van Hecke O. Polymyalgia rheumatica: diagnosis and management. Aust Fam Physician 2011 May; 40 (5): 303-6.
- Dasgupta B, Matteson EL, Maradit-Kremers H. Management guidelines and outcome measures in polymyalgia rheumatica (PMR). Clin Exp Rheumatol 2007 Nov-Dec; 25 (6 Suppl 47): 130-6.
- Rheumatology Expert Group. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. In: Therapeutic Guidelines: rheumatology. Melbourne: Therapeutic Guidelines, 2010.
- Hernández-Rodríguez J, Cid MC, López-Soto A, Espigol-Frigolé G, Bosch X. Treatment of polymyalgia rheumatica: a systematic review. Arch Intern Med 2009 Nov 9; 169 (20): 1839-59.
- Walsh LJ, Wong CA, Pringle M, Tattersfield AE. Use of oral corticosteroids in the community and the prevention of secondary osteoporosis; a cross sectional study. BMJ 1996 Aug 10; 313 (7053): 344-6.
- Dasgupta B, Dolan AL, Panayi GS, Fernandes L. An initially double-blind controlled 96 week trial of depot methylprednisolone against oral prednisolone in the treatment of polymyalgia rheumatica. Brit J Rheumatol 1998 Feb; 37 (2): 189-95.
- Gabriel SE, Sunku J, Salvarani C, O'Fallon WM, Hunder GG. Adverse outcomes of antiinflammatory therapy among patients with polymyalgia rheumatica. Arthritis Rheum 1997 Oct; 40 (10): 1873-8.

CONFLITOS DE INTERESSE

Camila Mota Neves e Hermínia Teixeira declaram não ter qualquer conflito de interesses. Mónica Granja é editora da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar mas não participou no processo editorial do presente artigo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Camila Mota Neves
Rua da Lagoa
4460-352 Senhora da Hora
E-mail: camilamotaneves@gmail.com

Recebido em 21/11/2011

Aceite para publicação em 31/05/2012

ABSTRACT

POLYMYALGIA RHEUMATICA: THE MULTIPLIER EFFECT OF PAIN

Polymyalgia rheumatica (PMR) is a rheumatic disease that usually affects the elderly. It is an indication for long-term steroid therapy. The etiology is unknown. The diagnosis is clinical and one of exclusion. It should be considered in patients over age 50 with bilateral pain and stiffness in the pelvic or shoulder girdles. In most cases, PMR can be treated by the general practitioner. We present a case of a 69 year-old woman in which there were diagnostic and management problems.

Key-words: Polymyalgia Rheumatica; Primary Care.