CÓDIGO: 9/ 122

AUTORES

TÍTULO

PÉRDIDA BRUSCA DE FUNCIONALIDAD EN EL ANCIANO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE POLIMIALGIA REUMÁTICA

AMBITO DEL CASO

Atención primaria y Especializada

MOTIVO DE CONSULTA

Rigidez e impotencia funcional de aparición brusca

ENFOQUE INDIVIDUAL (Anamnesis, exploración y pruebas complementarias)

Varón de 88 años, previamente con alta capacidad funcional e independiente para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel 100/100 registrado escasos meses anteriores al suceso). Acude de forma recurrente durante un mes a su centro de salud y urgencias hospitalarias consultando por omalgia progresiva, siendo etiquetado de dolor asociado a atrosis en su centro de salud y a tendinopatía del manguito rotador en servicio de urgencias hospitalarias. En visitas posteriores por persistencia del dolor, sumado a edemas en miembros superiores y anasarca, se le prescribe tratamiento diurético con furosemida y es dado de alta a domicilio sin filiar la causa subyacente.
El cuadro clínico evoluciona en pocos días después hacia una pérdida brusca de la autonomía del paciente asociado a mal estado general, bradipsiquia y somnolencia progresiva (Glasgow 8), motivando su ingreso a cargo de Medicina Interna. En la anamnesis dirigida, presentaba rigidez e impotencia funcional absoluta en cinturas escapular y pelviana.
Analíticamente destaca un marcado síndrome inflamatorio (VSG 109 mm/h, PCR 125 mg/L) con CK normal.

ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El entorno familiar resulta clave al alertar de la pérdida brusca de autonomía y del deterioro del estado general. Desde la consulta de Atención Primaria, la evaluación funcional y la continuidad de cuidados son fundamentales para adaptar el seguimiento, controlar el tratamiento corticoideo a largo plazo y reincorporar al paciente a su vida diaria en el medio comunitario.

JUICIO CLÍNICO (Lista de problemas, diagnóstico diferencial)

Lista de problemas:
- Polimialgia Reumática: Cuadro principal con rigidez e impotencia funcional en cinturas escapular y pelviana, edemas en MMSS y marcada elevación de reactantes de fase aguda (VSG y PCR).
- Sospecha de Arteritis de células gigantes concomitante: Por clínica de visión borrosa transitoria y claudicación mandibular (finalmente descartada).
- Pérdida brusca de capacidad funcional y alteración de la consciencia secundaria: Deterioro agudo de la autonomía (caída drástica desde un Barthel 100/100 previo) con somnolencia y bradipsiquia (Glasgow 8/15).
- Edemas en miembros superiores: De etiología inflamatoria/sistémica (inicialmente tratados de forma sintomática con diuréticos).
- Omalgia progresiva: Etiquetada inicialmente como artrosis y tendinopatía del manguito rotador.

Juicio clinico principal: Polimialgia reumática.

Diagnóstico diferencial:
- Patología osteoarticular degenerativa (artrosis, tendinopatía del manguito rotador).
- Proceso inflamatorio sistémico o síndrome constitucional a filiar.
- Insuficiencia cardíaca (ante los edemas y anasarca).
- Arteritis de Células Gigantes concomitante.

PLAN DE ACCIÓN

Se ingresa al paciente a cargo del servicio de Medicina Interna desde Urgencias hospitalarias para filiación del cuadro.
Ante la sospecha de Polimialgia Reumática con posible afectación vascular concomitante por síntomas oculares y claudicación mandibular, se inicia corticoterapia empírica a altas dosis con bolos de metilprednisolona 250 mg IV.

EVOLUCIÓN

Evolución espectacular y rápida mejoría a las 48 horas de iniciar la corticoterapia, con recuperación completa del nivel de consciencia, cese del síndrome inflamatorio e impotencia funcional, y con recuperación de la deambulación autónoma.
Al alta, se establece una pauta descendente progresiva de corticoides vía oral en la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria, con monitorización periódica de reactantes de fase aguda (VSG y PCR) y reevaluación funcional (Índice de Barthel) para asegurar el mantenimiento de su autonomía en el medio comunitario.
Asimismo, se realiza derivación preferente y seguimiento coordinado con el servicio de Reumatología.

CONCLUSIONES

Una pérdida rápida de autonomía o la aparición de edemas y síntomas sistémicos en un anciano con alta independencia previa (o un Barthel reciente elevado verificado por la familia) debe hacer sospechar un posible caso de polimialgia reumática.
Ante la sospecha de PMR pura, el médico de familia puede y debe iniciar precozmente la corticoterapia a dosis bajas en la propia consulta y derivar de forma preferente a Reumatología.
Además, reconocer las banderas rojas de arteritis de células gigante concomitante resulta crucial para derivar de forma urgente para corticoterapia a altas dosis, logrando la reversión funcional completa y previniendo secuelas irreversibles como la ceguera.

PALABRAS CLAVE

Polimialgia reumática, anciano, impotencia funcional, corticoides