

Relatos Casos Clínicos

PD-003 - (UM20-5217) - POLIMIALGIA REUMÁTICA – UM DIAGNÓSTICO A CONSIDERAR

Joana Mendes¹; Luísa Fernandes¹; Maria Pieri¹

1 - USF Sete Caminhos - Gondomar

A polimialgia reumática (PMR) é uma patologia pouco frequente em Cuidados de Saúde Primários (CSP), contudo de tratamento simples e eficaz. O diagnóstico é clínico e pouco suportado por exames complementares de diagnóstico. Assim, torna-se de extrema importância a sua identificação por parte do médico de família.

Este trabalho visa descrever um caso clínico de PMR, enfatizando a sua abordagem desde o diagnóstico ao tratamento nos CSP e critérios de referência hospitalar.

Homem, 71 anos, apresentou-se com omalgia direita e rigidez articular de predomínio matinal com uma semana de evolução. O quadro foi inicialmente abordado como tendinite e medicado com naproxeno. Por agravamento da clínica, nomeadamente dor no ombro contralateral e articulação coxofemoral esquerda associada a queixas constitucionais, foi pedido estudo analítico que revelou anemia normocítica/normocrômica com marcadores inflamatórios aumentados. Realizou também radiografia dos ombros e bacia que não revelaram alterações justificativas dos sintomas. Assim, foi diagnosticada PMR e iniciada corticoterapia (CCT), que resultou em rápida melhoria sintomática.

O diagnóstico de PMR é essencialmente clínico (fadiga, dor e rigidez da cintura escapular e pélvica) e pode basear-se nos critérios de classificação da polimialgia reumática de 2012 da *American College of Rheumatology* e da *European League Against Rheumatism*. Caracteriza-se analiticamente por marcadores de resposta inflamatória elevados. Aproximadamente 40% de doentes com arterite de células gigantes (ACG) apresentam quadro de PMR e 10 a 15% de doentes com PMR manifestam ACG. Pode ser tratada nos CSP com rápida e eficaz resposta à CCT de baixa dose e não tem indicação para fisioterapia ou anti-inflamatórios não esteroides. Quatro a oito semanas após início de tratamento aconselha-se reavaliação e, se for verificada melhoria, deve ocorrer redução gradual da CCT a cada duas a quatro semanas. Caso as queixas se mantenham, deve-se ponderar um diagnóstico alternativo. A referência hospitalar pode ser reservada para casos com sintomas atípicos ou em que ocorra falência terapêutica. Deste modo, é pertinente o conhecimento desta patologia pelo médico de família pois é um importante diagnóstico diferencial em determinados casos de dor osteoarticular.