



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**  
**FACULTAD DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE MEDICINA**

Actualización clínica y terapéutica de la polimialgia reumática

**Trabajo de Titulación para optar al título de MÉDICO**

**Autora:**

Mishell Dayana, Vallejo Naranjo

**Tutor:**

Dra. Mónica Alexandra Caiza Asitimbay

**Riobamba, Ecuador. 2024**

## DERECHOS DE AUTORÍA

Yo, **Mishell Dayana Vallejo Naranjo** con cédula de ciudadanía **0604401562**, autora del trabajo de investigación titulado: **Actualización clínica y terapéutica de la polimialgia reumática**, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 12 de Julio del 2024.



Mishell Dayana Vallejo Naranjo

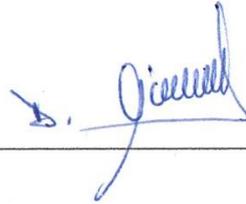
C.I: 0604401562

## DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Tutor y Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Actualización clínica y terapéutica de la polimialgia reumática** por **Mishell Dayana Vallejo Naranjo**, con cédula de identidad número 0604401562 certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha asesorado durante el desarrollo, revisado y evaluado el trabajo de investigación escrito y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 12 de Julio del 2024.

Dr. Wilson Nina  
**PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO**



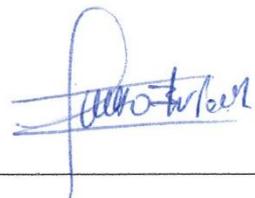
---

Dra. María Belén Espíndola  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**



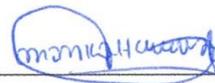
---

Dr. Hipólito Paula  
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO**



---

Dra. Mónica Caiza  
**TUTORA**



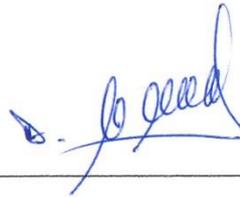
---

## CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Actualización clínica y terapéutica de la polimialgia reumática** por **Mishell Dayana Vallejo Naranjo**, con cédula de identidad número 0604401562, bajo la tutoría de la **Dra. Mónica Alexandra Caiza Asitimbay**; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 12 de Julio del 2024.

Presidente del Tribunal de Grado  
Dr. Wilson Nina



Firma

Miembro del Tribunal de Grado  
Dra. María Belén Espíndola



Firma

Miembro del Tribunal de Grado  
Dr. Hipólito Paula



Firma

# CERTIFICADO ANTIPLAGIO



Comisión de Investigación y Desarrollo  
FACULTAD DE CIENCIAS  
DE LA SALUD



Riobamba, 08 de julio del 2024  
Oficio N°036-2024-1S-TURNITIN -CID-2024

**Dr. Patricio Vásconez**  
**DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**UNACH**  
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por la **Dra. Mónica Alexandra Caiza Asitimbay**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1192-D-FCS-ACADÉMICO-UNACH-2023, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa TURNITIN, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos de los estudiantes	% TURNITIN verificado	Validación	
					Si	No
1	1192-D-FCS-20-12-2023	Actualización clínica y terapéutica de la polimialgia reumática	Vallejo Naranjo Mishell Dayana	8	x	

Atentamente



Estimado electrónicamente por:  
**FRANCISCO JAVIER**  
**USTÁRIZ FAJARDO**

PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo  
Delegado Programa TURNITIN  
FCS / UNACH  
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS

Av. Antonio José de Sucre, Km. 1.5  
Correo: francisco.ustariz@unach.edu.ec  
Riobamba - Ecuador

**Unach.edu.ec**  
*en movimiento*



CIENCIAS DE LA SALUD SOLUDABLE recomienda: utilizar ropa y calzado que cubra áreas expuestas a sol, gafas, gorra o sombrero para la realización de actividades al aire libre, que de preferencia se realizarán en espacios con sombra entre las 10h00 y 15h00, crema fotoprotectora de amplio espectro resistente al agua todos los días y cada dos horas si hay exposición al sol. La protección solar y cuidado de la piel es nuestra responsabilidad, POR NUESTRA PIEL SOLUDABLE.



## **DEDICATORIA**

Quiero dedicar este trabajo en primer lugar a Dios que me ha permitido llegar con mucho esfuerzo y perseverancia a culminar mis estudios, a mis ángeles en el cielo sobre todo a mi papito Valo que con todo su amor y entrega me cuidó y supo guiarme por el buen camino, gracias a ti y a la promesa que te hice estoy a un paso de ser médico.

Con mucho cariño a mi mami Pili, mi mami Maga y a mi hermano Ismael que fueron el apoyo fundamental para seguir adelante, que no decayera en todo este gran y hermoso proceso de mi formación, por acompañarme en mis alegrías y tristezas, en mis triunfos y derrotas por brindarme su amor. No se olviden que cada pasito grande o pequeño tengan en cuenta que todo es por y para ustedes.

A mi familia que han sido un soporte para mí, cada uno me ha apoyado a su manera y no tengo como pagarles todo lo que han hecho por mí sin ustedes a mi lado no lo hubiera logrado, tanto me dijeron que todo esfuerzo tiene su recompensa y este es el claro ejemplo de esta frase.

Esta dedicatoria en especial va para mi Ñañito Jaime, no me queda más que un Dios le pague por cada palabra cada momento todo su apoyo y siempre estar a mi lado.

**Mishell Dayana Vallejo Naranjo**

## **AGRADECIMIENTO**

Quisiera expresar mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo porque en sus aulas he forjado mi preparación académica con la ayuda de cada uno de los docentes que estuvieron conmigo compartiendo sus conocimientos.

Al Hospital General IESS Latacunga, a mis tutores, tratantes, médicos residentes, compañeros y amigos por ayudarme en esta etapa tan linda y compleja de mi formación.

Un especial agradecimiento a la doctora Mónica Caiza quien fue mi tutora de tesis y la persona que con su experiencia comprensión y paciencia me guio para culminar con este trabajo de investigación.

**Mishell Dayana Vallejo Naranjo**

## ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTORÍA

DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR Y MIEMBROS DE TRIBUNAL

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

CERTIFICADO ANTIPLAGIO

DEDICATORIA

RESUMEN

ABSTRACT

CAPITULO I \_\_\_\_\_ 13

INTRODUCCIÓN \_\_\_\_\_ 13

JUSTIFICACIÓN \_\_\_\_\_ 14

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA \_\_\_\_\_ 15

OBJETIVOS \_\_\_\_\_ 16

Objetivo General \_\_\_\_\_ 16

Objetivos Específicos \_\_\_\_\_ 16

CAPITULO II \_\_\_\_\_ 17

2. MARCO TEÓRICO \_\_\_\_\_ 17

2.1 FACTORES ETIOLOGICOS \_\_\_\_\_ 17

2.2 FISIOPATOLOGIA \_\_\_\_\_ 19

2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS \_\_\_\_\_ 21

2.4 DIAGNÓSTICO PMR \_\_\_\_\_ 22

2.4.1 Pruebas de laboratorio \_\_\_\_\_ 22

2.4.2 Estudios de Imagen \_\_\_\_\_ 23

2.5 ENFOQUES TERAPEUTICOS \_\_\_\_\_ 24

2.5.1 Tratamiento farmacológico \_\_\_\_\_ 24

2.5.2 Tratamiento no farmacológico: \_\_\_\_\_ 25

CAPITULO III	27
3. METODOLOGÍA	27
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	27
3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:	27
3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.3.1 Criterios de inclusión	28
3.3.2 Criterios de exclusión	28
3.3.3 Población de estudio y tamaño de la Muestra	29
3.3.4 Métodos de análisis y procesamiento de datos	29
CAPÍTULO IV.	31
4.1 RESULTADOS	31
4.2 DISCUSIÓN	31
CAPITULO V	33
5. 1 CONCLUSIONES	33
5.2 RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA	35

## **INDICE DE GRAFICOS**

<i>Figura 1. Diagrama esquemático de la patogénesis de la polimialgia reumática. APC, célula presentadora de antígeno; Célula Th, célula T colaboradora; HLA, antígeno leucocitario humano</i>	<u>21</u>
<i>Figura 2. Diagrama de identificación y selección de documentos.</i>	<u>30</u>

## RESUMEN

La Polimialgia Reumática es una enfermedad crónica inflamatoria común entre los pacientes mayores de 50 años, y es 2 a 3 veces más común en mujeres, aunque su etiología se ha explorado de manera significativa sigue siendo desconocida.

Está caracterizada por la inflamación, dolor y rigidez matutina de hombros, cuello y cintura pélvica, así como también síntomas generales como fatiga, fiebre y pérdida de peso.

La fisiopatología, puede ser una respuesta autoinmune anormal, que involucraría especialmente a las células T, en el cual se observó un aumento de las mismas células T auxiliares 17, así como también se descubrió una disminución combinada de células T reguladoras. Los linfocitos T de memoria contribuyen a la cascada de la inflamación de la PMR gracias a la capacidad que tienen de producir interferón y el factor de necrosis tumoral - de manera abundante. Las citoquinas proinflamatorias podrían estar comprometidas en la patogénesis de la PMR.

Los pacientes también suelen referir frecuentemente de dificultad al movimiento, de manera bilateral en la mayoría de casos. Alrededor del 40 a 50 % de los pacientes presentan febrículas, letargo astenia anorexia y pérdida de peso. Durante el examen físico es importante recalcar la movilidad activa especialmente en la abducción de los hombros suelen estar limitados debido a la sensibilidad.

No existe un Gold estándar para el diagnóstico de la PMR a demás que a diferencia de otros síndromes reumáticos no hay manifestaciones clínicas específicas u otros hallazgos de laboratorio en PMR. Es por esta razón que el diagnóstico es todo un desafío. Aun cuando el diagnóstico de PMR se basa principalmente en la siguiente combinación de síntomas de nueva aparición de rigidez y dolor de hombros en personas con más de 50 años, la VSG Y el PCR elevados. Los valores de VSG varían de moderados a altos, a menudo >100 mm/h, es menos del 20% de los pacientes presentan valores menores de 40 mm/h.

Es importante recalcar la educación del paciente, los pacientes deben tener instrucciones acerca de su enfermedad, su impacto, tratamiento, comorbilidades, predictores de enfermedades y ejercicios personalizados.

**Palabras clave:** Polimialgia reumática, fisiopatología, VSG, citoquinas proinflamatorias, glucocorticoides.

## ABSTRACT

Polymyalgia rheumatica is a chronic inflammatory disease that is 2 to 3 times more common in women and is a significant health concern among patients over 50 years of age. However, its etiology, despite significant exploration, remains unknown. It is characterized by inflammation, pain, and morning stiffness in the shoulders, neck, and waist, pelvic pain, as well as general symptoms such as fatigue, fever, and weight loss. The pathophysiology may be an abnormal autoimmune response, which would mainly involve T cells. An increase in the same T helper cells 17 was observed, and a combined decrease in regulatory T cells was also discovered. The memory T lymphocytes contribute to the PMR inflammation cascade thanks to their ability to produce interferon and tumor necrosis factor abundantly. Cytokines Proinflammatory cells could be involved in the pathogenesis of PMR. Patients also frequently report difficulty in movement, which is usually bilateral in most cases. Around 40 to 50% of patients have low-grade fevers, lethargy, asthenia, anorexia, and weight loss. During the physical examination, it is important to emphasize Active mobility, especially in shoulder abduction, which is usually limited due to sensitivity. While there is no gold standard for the diagnosis of PMR, healthcare professionals play a crucial role in the process. Unlike other rheumatic syndromes, there are no specific clinical manifestations or other laboratory findings in PMR, making diagnosis a challenge. However, with their expertise, healthcare professionals can diagnose PMR based on a combination of new-onset symptoms of shoulder stiffness and pain in people over 50 years of age, elevated VSG, and CRP. Emphasizing patient education is crucial. By providing personalized instructions about the disease, its impact, treatment, comorbidities, disease predictors, and exercises, healthcare professionals can empower their patients to take an active role in managing their condition.

**Keywords:** Polymyalgia rheumatica, pathophysiology, ESR, proinflammatory cytokines, glucocorticoids.



Reviewed by:  
Mgs. Kerly Cabezas  
**ENGLISH PROFESSOR**  
**C.C 0604042382**

## CAPITULO I

### INTRODUCCIÓN

La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad crónica inflamatoria que afecta a personas mayores de 50 años. Las mujeres se ven afectadas en mayor cantidad que los hombres y la incidencia aumenta progresivamente con la edad en ambos sexos, hasta los 80 años. En mayor parte se da en personas mayores de 65 años particularmente entre los 70 a 80 años.

Su cuadro fue descrito por primera vez en 1954 por Forestier y Centoncin en la Revista italiana “Reumatismo” como “pseudopoliartritis rizomélica”, posterior a ello en 1957 se le nombra como “Polimialgia Reumática” en Annals of Rheumatic Diseases, por Stuart Barber. (1).

Caracterizado por dolor y rigidez en hombros, cuello y caderas lo que provoca elevados reactivos de fase aguda, síntomas constitucionales, limitaciones funcionales y deterioro de la calidad de vida de los pacientes que lo padecen. Aunque la causa exacta de la PMR no se comprende completamente se aduce a que tiene componentes autoinmunes involucrados en su desarrollo además de la interacción entre la genética y factores ambientales desconocidos. (2, 3)

Las características de los síntomas que pueden llegar a ser tan inespecíficas y la falta de una prueba definitiva hacen que el diagnóstico de la PMR sea todo un desafío para los médicos de atención primaria. Lo que conlleva a un diagnóstico erróneo y esto contribuya a un tratamiento innecesario (1)

Mackie y cols. describieron la importancia del uso de la imagen como herramienta diagnóstica por encima de los criterios clínicos y de laboratorio (3). Actualmente, no existe una prueba estándar para el diagnóstico. Los médicos se basan principalmente en una combinación de antecedentes, examen físico, pruebas de laboratorio y estudios de imágenes para realizar el diagnóstico de la enfermedad.

La terapia a base de glucocorticoides como resultado de una resolución rápida de los síntomas sigue siendo la base del tratamiento, aunque se puede asociar un alto riesgo de efectos adversos. (2)

## JUSTIFICACIÓN

La complejidad de la polimialgia reumática, tiene un impacto significativo en el estilo de vida y el pronóstico de los pacientes, lo que demuestra la importancia de ampliar el conocimiento sobre el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado de la PMR.

Este estudio se justifica de manera teórica por ofrecer una guía sobre información precisa y renovada acerca de la importancia, epidemiología, clínica, diagnóstico y tratamiento de la Polimialgia Reumática, que permitirá destacar el enfoque biopsicosocial de la enfermedad, así como diagnosticar y dar un tratamiento de manera integral por parte del personal de salud.

Desde una perspectiva práctica, esta investigación facilitará la aplicación de métodos mediante la recopilación de información y parámetros de interés que ayudarán a generar nuevas técnicas y un tratamiento seguro en las ciencias de la salud.

La polimialgia reumática (PMR) es un trastorno inflamatorio crónico que frecuentemente aqueja a personas mayores de 50 años. Varias enfermedades reumáticas autoinmunes e inflamatorias pueden imitar la PMR, incluida la artritis reumatoide, las vasculitis, las espondiloartropatías, y la sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea, así como enfermedades infecciosas y neoplasias malignas, por lo que es importante un adecuado reconocimiento de la enfermedad, así como un correcto diagnóstico y buena terapéutica.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La PMR es un síndrome osteomioarticular que se caracteriza por dolor y rigidez de las cinturas escapular y pelviana. La rigidez de los músculos y las articulaciones suele empeorar al despertar por la mañana y persiste. Esta situación también puede ocurrir después de una siesta o después de estar mucho tiempo en la misma posición. Comúnmente los pacientes desarrollan un síndrome general. (4)

Inicialmente, la denominaban gota reumática senil, relacionando los dolores mioarticulares generalizados, con la edad avanzada en que debutaban las manifestaciones clínicas; más tarde fue considerada una variante de la artritis reumatoide hasta mediado del siglo XX, que se retira de este tomado carácter propio llamándose así polimialgia reumática. (2)

Desde el punto de vista epidemiológico se puede afirmar que los síntomas comienzan por lo general en personas entre los 50 y 60 años, con incidencia entre 40 y 50 casos por cada 100 000 habitantes, con una distribución geográfica mayor en Europa del norte, observándose más frecuentes en la mujer con una relación de 3:1 respecto al hombre es por esta razón que el estudio de las actualizaciones clínicas y del tratamiento son importantes, ya que con ellas podemos perfeccionar el diagnóstico temprano además de un adecuado tratamiento para mejorar la calidad de vida de los pacientes con polimialgia reumática. (6)

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Analizar la actualización clínica y terapéutica de la polimialgia reumática mediante una revisión bibliográfica de la literatura en el período 2018-2023.

### **Objetivos Específicos**

- Definir la Polimialgia Reumática y sus factores de riesgo
- Identificar las actualizaciones clínicas de la Polimialgia Reumática
- Determinar la terapéutica más adecuada para la Polimialgia Reumática

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

La Polimialgia Reumática varía entre los 41 y 113 casos por cada 100.000 habitantes, también dependiendo de la región geográfica, siendo mayor en países y personas descendientes de Europa del norte y menor en los países de Europa del sur y Corea. (3) La PMR rara vez se reporta en poblaciones afroamericanas y latinas, aunque todas las razas y étnias pueden verse afectados. (17)

La Polimialgia Reumática es una enfermedad crónica inflamatoria común entre los pacientes mayores de 50 años, y es 2 a 3 veces más común en mujeres, aunque su etiología se ha explorado de manera significativa sigue siendo desconocida. (17)

Está caracterizada por la inflamación, dolor y rigidez matutina de hombros, cuello y cintura pélvica, así como también síntomas generales como fatiga, fiebre y pérdida de peso. Esta puede estar asociada con varias condiciones que pueden apoyar en su diagnóstico al igual que disponer a varias complicaciones. (7)

Esta enfermedad puede representar un síntoma traicionero de una artritis reumatoidea seronegativa de aparición de personas mayores además de enfermedad por depósito de pirofosfatos de calcio o una espondilitis atípica no especificada. (7)

#### 2.1 FACTORES ETIOLOGICOS

La etiogenia y patogénesis hasta la fecha no es muy clara en la PMR.

Genéticamente el alelo HLA-DRB1-04 suele asociarse con PMR junto con GCA. Sin embargo, cuando se evalúan los genotipos y la susceptibilidad a la PMR únicamente, los datos presentados en la literatura son controvertidos. Se ha sugerido que la PMR está asociada con varios polimorfismos del TNF. Además, los niveles más altos de interleucina (IL)-1, IL-6 y molécula de adhesión intercelular-1 (ICAM-1) se han asociado con un mayor peligro de desarrollo de patologías o una mayor gravedad de la enfermedad. (11)

Se tomó la idea de que el papel infeccioso y ambiental es importante en la PMR. Entre los factores infecciosos se investigan *Mycoplasma pneumoniae*, parvovirus B19 y *Chlamydia pneumoniae*. Un estudio realizado por Cimmino y Zaccaria propusieron que los anticuerpos

contra el adenovirus y el virus sincitial respiratorio también pueden desencadenar PMR, debido a su alta prevalencia en el torrente sanguíneo de los pacientes con PMR. (11)

Otro factor asociado es el uso de inhibidores de control inmunológico en pacientes con cáncer, debido a efectos agonistas sobre el antígeno 4 asociado a los linfocitos T citotóxicos (CTLA-4) y la proteína 1 de células de muerte programada (PD-1) por ejemplo ipilimumab, nivolumab y pembrolizumab. (11)

### **Comorbilidades asociadas con la polimialgia reumática**

- **Artritis de células gigantes (ACG):** se asocia a la PMR con más frecuencia de la que se esperaría por casualidad. Las características de edad avanzada, sexo femenino son factores de riesgo para ambas enfermedades. Tanto la PMR como la ACG se caracterizan por una respuesta inflamatoria, las 2 patologías pueden estar presentes en el mismo periodo o estar pueden estar separadas por un largo tiempo. Se ha presentado que ambas enfermedades se asocian a un trastorno genético común. (4,24) La ACG de grandes vasos reporta varios casos de los cuales no todos pueden ser clínicos algunos necesitan estudios de imagen para confirmarlo. En muchos casos, los síntomas polimiálgicos son el primer síntoma y el paciente puede ser tratado inicialmente como PMR aislado antes de que aparezcan los rasgos más característicos de la ACG. (4,24)

Es probable que la prevalencia de la ACG de grandes vasos en pacientes con PMR a sea mayor en pacientes atendidos por un especialista que en aquellos diagnosticados con PMR en la comunidad. La prevalencia de ACG en pacientes con PMR pueden llegar al 21%; los pacientes con PMR y ACG concomitante pueden ser de mayor edad y tener marcadores de fase aguda más altos en comparación con aquellos con PMR y sin ACG. (4)

**Síntomas de la polimialgia como característica de malignidad** La malignidad puede presentarse con síntomas similares a los de la PMR. Existe evidencia de un aumento en los diagnósticos de cáncer después de un diagnóstico de PMR, particularmente durante los primeros seis meses después del diagnóstico. (4,24)

El índice de sospecha de malignidad aumenta cuando las características de la PMR son atípicas por ejemplo ausencia de rigidez matutina prolongada, falta de respuesta a los glucocorticoides y ausencia de hallazgos típicos en imagen. (4)

- **Comorbilidades asociado con el uso extenso de glucocorticoides:** las comorbilidades en PMR son importantes en pacientes que han tenido extenso uso de glucocorticoides, como pacientes con asma bronquiectasias o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, u osteoporosis que requirieron manejo con glucocorticoides por vía oral varios años antes al diagnóstico de PMR. (4)
- **Las patologías cardiovasculares:** existen hipótesis que la PMR puede estar asociada a enfermedades cardiovasculares al igual que otras enfermedades reumáticas inflamatorias, debido a una aterosclerosis acelerada. Hay varios mecanismos a causa de la inflamación sistémica que puede causar disfunción endotelial o estimular la aterosclerosis acelerada. (4)  
El tratamiento con glucocorticoides puede controlar la inflamación en la PMR, aunque es un factor de complicación ya que el exceso de este medicamento puede causar síndrome de Cushing que esta es una causa de aceleración de enfermedad cardiovascular. (4)
- **Comorbilidades metabólicas:** los glucocorticoides a largo plazo producen aumento de peso en la mayoría de pacientes, además tienen un efecto adverso con respecto a la tolerancia de la glucosa induciendo hiperglucemias o incluso llegar a una diabetes mellitus. (4)  
Al aumentar el peso por la inducción de los glucocorticoides, esto puede exacerbar muchas comorbilidades además de provocar varios síntomas como esfuerzo, disnea, artralgias, reflujos, acidez, hipertensión, problemas psicológicos y todos los síntomas que se puedan acompañar a la obesidad. (4)
- **Comorbilidades oculares:** las cataratas son de las patologías oculares más comunes en adultos mayores a largo plazo, por lo que las terapias con glucocorticoides ayudan a la aceleración de las mismas. En pacientes con discapacidad visual preexistente de otras condiciones relacionadas con la edad como degeneración macular. Existe evidencia de que los pacientes con PMR tratados con glucocorticoides tienen un mayor riesgo de cataratas. (4)

## 2.2 FISIOPATOLOGIA

La fisiopatología de la PMR puede ser una respuesta autoinmune anormal, que involucraría especialmente a las células T, en el cual se observó un aumento de las mismas células T

auxiliares 17 (Th17), así como también se descubrió una disminución combinada de células T reguladoras. (11)

Las biopsias artroscópicas de las articulaciones glenohomerales en pacientes con PMR sin tratamiento han demostrado sinovitis con infiltración de leucocitos y proliferación vascular. Las células infiltrantes fueron principalmente células T de memoria y macrófagos, y algunas células B. Las células T demostraron una intensa expresión de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II, lo que indica un estado activado. (17)

Los linfocitos T de memoria contribuyen a la cascada de la inflamación de la PMR gracias a la capacidad que tienen de producir interferón (IFN) y el factor de necrosis tumoral (TNF)- $\alpha$  de manera abundante. Por otro lado, la IL-17 también se ha relacionado con la PMR gracias a la activación posterior de la respuesta de Th17. (11, 13)

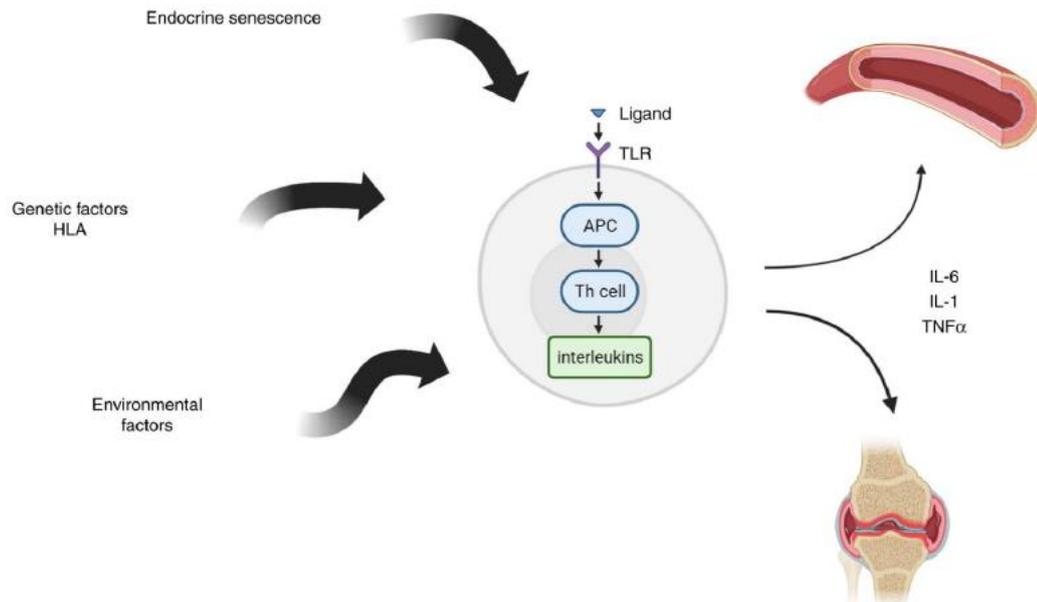
También existe una correlación entre niveles más altos de IL-6 y la activación de la PMR, asimismo demostraron una disminución de linfocitos B que presento una asociación inversa, en relación con estudios como VSG, PCR y factores de activación de células B (BAFF). (11)

Las citoquinas proinflamatorias podrían estar comprometidas en la patogénesis de la PMR. Se había observado concentraciones altas de IL1 $\alpha$ , IL1 $\beta$ , antagonista del receptor de IL1, IL6, IL8, TNF $\alpha$  y Se ha detectado proteína 1 quimio atrayente de monocitos en el suero de la población con PMR. (11)

La unión de células vasculares, incluida la molécula de adhesión de células vasculares (VCAM)1 y la ICAM1, se ha observado en sujetos con sinovitis con PMR y puede ser importante para el reclutamiento de varios componentes del sistema inmunológico en la infiltración sinovial con PMR. (11)

La desregulación del sistema inmunológico puede permanecer activado y en un estado constante de inflamación como sucede frecuentemente en las enfermedades autoinmunes inflamatorias, a su vez esto puede conducir a la aparición de cáncer en pacientes con PMR. (11)

Por otra parte, la activación endotelial vascular puede contribuir a la patogénesis por que se ha observado un mayor detonante del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) en muestras de biopsias sinoviales.



**Figura 1.** Diagrama esquemático de la patogénesis de la polimialgia reumática. APC, célula presentadora de antígeno; Célula Th, célula T colaboradora; HLA, antígeno leucocitario humano

**Fuente:** <https://www.researchgate.net/publication/374483903/figure/fig1/AS:11431281196282562@1696596015535/Schematic-diagram-of-the-pathogenesis-of-polymyalgia-rheumatica-APC-antigen-presenting.ppm>

### 2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las manifestaciones clínicas de la PMR se caracterizan por la presencia de dolor oligoarticular, estas pueden durar alrededor de 45 minutos, estas pueden empeorar en las mañanas o después de descansos o inactividad prolongada. Es común tener un rango de movilidad limitado y reducido. (1)

Los pacientes también suelen referir frecuentemente de dificultad al movimiento, de manera bilateral en la mayoría de casos. Alrededor del 40 a 50 % de los pacientes presentan febrículas, letargo astenia anorexia y pérdida de peso. Varios casos presentan fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$  como primer signo de PMR. (11)

La sintomatología suele ser imprevista y suele ocurrir en unos pocos días, sin embargo, hay casos donde la sintomatología puede aparecer repentinamente en la noche impidiendo conciliar el sueño. La sintomatología de la cadera aparenta como un dolor en el área de la ingle, y lados laterales de la cadera, que suele irradiarse a la parte posterior y en la región anterior del muslo. Esto suele dificultar sus actividades cotidianas como peinarse, levantarse

de su cama o la silla, esto a menudo se vuelve desafiante, volviendo de esta manera al dolor debilitante. (11)

Durante el examen físico es importante recalcar la movilidad activa especialmente en la abducción de los hombros suelen estar limitados debido a la sensibilidad. Asimismo, se produce restricción dolorosa en el rango de movimientos activos de cuello y caderas. (1) Igualmente pueden estar presentes signos clínicos en PMR como inflamación sinovial periférica en varios casos, hinchazón y edema distal. (11)

## **2.4 DIAGNÓSTICO PMR**

Todavía no se ha encontrado un Gold estándar para la determinación de la PMR a diferencia de otras patologías reumáticas no existen expresiones clínicas específicas u otros descubrimientos de laboratorio. Es por esta razón que el diagnóstico es todo un desafío. Aun cuando el diagnóstico de PMR se basa principalmente en la siguiente mezcla de síntomas de reciente aparición como rigidez y dolor de hombros en personas con más de 50 años, la VSG y el PCR elevados. (17,18)

Según otros criterios para su diagnóstico se requiere factores más concretos como por ejemplo una duración de los síntomas de más de 2 semanas o exámenes negativos de factores reumatoides o anticuerpos antinucleares. Pero ello se debe considerar casos típicos como una mujer adulta mayor con rigidez y dolor bilaterales en el hombro y a menudo en la cadera al despertar en las mañanas, que desaparece durante el día. (17)

Al examen físico se lograría encontrar doloroso alrededor de los hombros y muslos a la palpación profunda de músculos, por lo que en los hombros suele haber restricción de movilidad, sin atrofia muscular ni debilidad. (17,18)

En los exámenes de laboratorio puede estar elevados la VSG y/o PCR en ocasiones se elevan los glóbulos blancos, recuento de plaquetas o enzimas hepáticas incluso la fosfatasa alcalina como signo de inflamación sistémica. (17,18)

### **2.4.1 Pruebas de laboratorio**

No existen hallazgos de laboratorio específicos que diagnostiquen de manera confirmatoria la PMR. Los hallazgos más comunes se dan en los paraclínicos más consistentes con

procesos inflamatorios como PCR o VSG. Otro hallazgo de laboratorio de inflamación sistémica activa incluyen anemia normocrómica normocítica, trombocitosis y leucocitosis. (17)

Los valores de VSG varían de moderados a altos, a menudo  $>100$  mm/h, es menos del 20% de los pacientes presentan valores menores de 40 mm/h. Por otro lado, los niveles de PCR aumenta constantemente, lo que significa un marcador fiable de seguimiento inflamatorio. También se pueden detectar niveles elevados de marcadores de inflamación no específica, incluidas las globulinas  $\alpha_2$  y  $\alpha_1$ , las gammaglobulinas, el fibrinógeno, la antitripsina  $\alpha_1$ , la antiquimiotripsina  $\alpha_1$  y la haptoglobina. (10,11)

El factor reumatoideo, la proteína anticitrulinada y los anticuerpos antinucleares suelen estar ausentes. Los indicios de daño hepático a menudo están presentes con aumentos en los niveles de fosfatasa alcalina,  $\gamma$  glutamil transpeptidasa, 5' nucleotidasa y, ocasionalmente, aumentos moderados en los niveles de transaminasas. El examen del líquido sinovial puede revelar una inflamación leve, incluido un aumento del número total de leucocitos con niveles  $\leq 20.000/\text{mm}^3$ , de los cuales un 40-50% son polimorfonucleares. (11)

#### 2.4.2 Estudios de Imagen

- **Radiografía:** no muestra anomalías en PMR, sin embargo, se recomiendan la radiografía en la fase de diagnóstico para respaldar el diagnóstico diferencial y las afecciones asociadas. En presencia de simetría en los síntomas se recomienda radiografía de tórax, radiografías de las manos, los pies, los hombros y la pelvis ayudan a distinguir la PMR de enfermedades como osteoartritis avanzada o enfermedades inflamatorias erosivas. (10)

- **Ultrasonografía:** esta técnica se ha transformado en una de las más útiles en la evaluación y seguimiento de las enfermedades reumáticas, por su evaluación de estructuras articulares y periarticulares. Detecta la afección inflamatoria de las estructuras sinoviales tanto articulares como extrarticulares. un patrón ecográfico típico de PMR involucra bolsas subacromiales/subdeltoideas (SAD) bilaterales con apariencia de bursitis seguida de tenosinovitis de la cabeza larga del bíceps. La presencia de los patrones típicos de PMR con la ecografía también ayuda a discriminar la PMR de otras enfermedades inflamatorias de las articulaciones. (10)

Se realizaron ecografías de hombros y caderas para evaluar la respuesta al tratamiento al inicio del estudio, a las 4 y 12 semanas después del tratamiento. Se detectó una mejoría significativa en los signos de inflamación evaluados por ecografía en la semana 4. (10)

- **Resonancia magnética:** se utiliza para evaluar diferentes afecciones reumáticas inflamatorias, al igual que la ecografía, este estudio de imagen es seguro, pero resulta más costoso y poco aceptado por los pacientes. Sigue siendo una herramienta importante donde se puede visualizar sinovitis, bursitis y tenosinovitis articular.

En 2018 Fruth M I, realizaron resonancias magnéticas con contraste en 40 pacientes con diagnóstico de PMR. Todos los pacientes mostraron un realce peritendinoso caracterizado con los tendones de la cintura pélvica. (14)

En todos los pacientes, estuvieron involucrados  $\geq 4$  sitios extracapsulares. Es así que, el uso de resonancia magnética para identificar patrones típicos de PMR (como afectación extracapsular peritendinosa y multisitio) puede ser importante para el diagnóstico futuro de PMR. (10)

- **La tomografía por emisión de positrones:** aunque este estudio de imagen es utilizado de manera predominante en el campo oncológico, sin embargo, en 2018 desarrollaron un estudio en pacientes con vasculitis de grandes vasos y PMR para mejorar el diagnóstico y seguimiento. Aunque este tipo de estudio no es rutinario para el diagnóstico de PMR. Se puede utilizar para la detección de inflamación y cambios lumbales en arterias extracraneales para asegurar el diagnóstico de vasculitis de grandes vasos y diferenciar de PMR. (10)

## 2.5 ENFOQUES TERAPEUTICOS

### 2.5.1 Tratamiento farmacológico

**Terapia con glucocorticoides (GC):** las recomendaciones del Colegio Americano de Reumatología y la Liga Europea contra el Reumatismo para el tratamiento de la PMR debe ser individual para cada paciente, a dosis de glucocorticoides efectivas y duración del tratamiento. La terapia inicial recomendada con glucocorticoides orales a dosis diaria de 12.5 a 25 mg equivalente a la prednisona. La dosis no debe ser inferior a 7,5 mg/día ni exceder los 30 mg/día. (5)

Se debe tener en cuenta los factores de riesgo, eventos adversos o comorbilidades del tratamiento prolongado con glucocorticoides como osteoporosis preexistente, diabetes, hipertensión arterial en donde las dosis iniciales se pueden modificar. Si los síntomas de PMR mejoran después de iniciar con la terapia, en varios casos los síntomas desaparecen de manera repentina con el inicio de la terapia, se recomienda reducir dosis y reajustar las dosis dependiendo de cada paciente. (6,8,12)

La reducción gradual de las dosis debe ser individual en cada paciente además de que debe haber un seguimiento regular de la actividad de la enfermedad los marcadores de laboratorio y los eventos adversos. De preferencia debe apuntarse a la dosis de Prednisona de 10 mg día en un plazo de 4 a 8 semanas sin embargo si existe una recaída la dosis debe aumentarse hasta la dosis que se manejaba antes de la recaída y debe disminuirse gradualmente hasta la dosis que la produjo en un plazo de 4 a 8 semanas. A lograrse la remisión debe reducirse esporádicamente en un miligramo cada cuatro semanas hasta la interrupción. (23)

**Metotrexate (MTX):** la combinación con glucocorticoides debe ser una opción en pacientes con alto riesgo de recaída, tratamientos prolongados, factores de riesgo, comorbilidades, medicamentos que intervengan en el uso de glucocorticoides. Se ha utilizado en dosis orales de 7,5 a 10mg semanales. (23)

Pocos estudios han evaluado el papel del tratamiento prematuro con Metotrexate en la reducción de la duración del tratamiento con glucocorticoides, sin embargo, no hay evidencia específica y concreta sobre el beneficio o efectos sobre los mismos, pese a esto existe una mejor evidencia en los estudios que informaron la eficacia del MTX. (12)

### **2.5.2 Tratamiento no farmacológico:**

•**Actividad física:** se debe tener en cuenta el ejercicio para pacientes con PMR, estos deben ser individualizados enfocados en mantener la masa y función muscular y reducir el riesgo de caídas, esencialmente en personas mayores, frágiles y con el uso de glucocorticoides a largo plazo. (23)

•**Seguimiento terapéutico:** El tratamiento de la PMR debe tener dos pilares fundamentales entre ellos están una atención de calidad y que las decisiones del tratamiento sean compartidas entre el médico y el paciente, este tratamiento debe ser individualizado en cuanto a dosis de glucocorticoides y a la reducción gradual. (23)

•**Educación del paciente:** los pacientes deben tener instrucciones acerca de su enfermedad, su impacto, tratamiento, comorbilidades, predictores de enfermedades y ejercicios personalizados. Cada paciente debe ser monitoreado de factores de riesgo y evidencia de efectos secundarios relacionados con los esteroides, comorbilidades, otros medicamentos relevantes, evidencia y factores de riesgo de recaída/terapia prolongada. (23)

•**Seguimiento:** Se recomienda visitas al médico en periodos de tiempo entre 4 a 8 semanas durante el primer año y cada 8 a 12 semanas en el segundo año si no existe mayor novedad. (23)

## **CAPITULO III**

### **3. METODOLOGÍA**

El objetivo de esta revisión bibliográfica cualitativa es utilizar métodos deductivos e inductivos para buscar, seleccionar, evaluar y comparar artículos y guías de tratamiento para la polimialgia reumática, con enfoque en enfoques cualitativos (3).

#### **3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La revisión bibliográfica se conceptualizó como una investigación básica, no experimental, que utilizó métodos descriptivos, retrospectivos, transversales y documentales. El examen se centró en la evaluación clínica, diagnóstica y terapéutica de la polimialgia reumática.

Este estudio tiene un alcance descriptivo ya que se basó en la explicación de las peculiaridades clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la enfermedad, es así que se pudo plantear una guía diagnóstica y terapéutica con la que se pueda realizar un manejo integral en caso de un paciente con esta enfermedad.

Investigación documental: Se utiliza el método de búsqueda y análisis de artículos académicos y guías de tratamiento clínico que cumplan con los criterios de búsqueda para apoyar la investigación documental.

Investigación descriptiva: El objetivo de la investigación descriptiva es recopilar y examinar datos sobre las características clínicas y las opciones de tratamiento para la polimialgia reumática. La información obtenida fue ordenada, agrupada y organizada en base a criterios.

#### **3.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:**

En este contexto, el diseño no experimental se adapta a las características específicas de las búsquedas exhaustivas de literatura documental y descriptiva. Esta orientación metodológica se basa en un proceso riguroso que incluye la búsqueda de fuentes que cumplan con los criterios de inclusión, la selección adecuada de estudios y la evaluación crítica de la calidad metodológica y la relevancia del tema de investigación.

De esta manera se establecieron criterios claros y específicos para la inclusión de documentos en el análisis. Se implementaron reglas de extracción y análisis de datos para

integrar consistentemente los hallazgos en todos los estudios revisados para garantizar una comprensión consistente, asegurando así la transparencia y la recopilación precisa de evidencia científica. Esto permite que los enfoques apropiados contribuyan.

### **3.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En función del propósito de este estudio, el conjunto de documentos identificados se formó mediante la búsqueda de información relacionada de alguna manera con el propósito específico del estudio y el tema de investigación propuesto.

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se recuperaron publicaciones científicas como artículos, ensayos, guías de tratamiento, trabajos publicados en revistas indexadas, protocolos de actualización, de bases de datos y fuentes como Google Scholar, Pubmed, Scielo, Elsevier y Scopus porque reúnen investigaciones conocidas por su accesibilidad interna y alto impacto, así como la información más reciente sobre temas médicos.

Se utilizaron herramientas avanzadas de recuperación de información para formalizar el estudio, incluido el uso de descriptores de salud y operadores booleanos. Los descriptores de salud fueron esenciales para aumentar la cantidad de documentos identificados. Estos se utilizaron en inglés y español para facilitar el acceso a más documentos.

#### **3.3.1 Criterios de inclusión**

- Documentos publicados en los últimos cinco años. El plazo de publicación de los libros de texto se ha ampliado hasta un máximo de 10 años.
- El objeto del documento se refiera a información relevante sobre las manifestaciones clínicas y el tratamiento de la polimialgia reumática.
- Artículos publicados en inglés o español.

#### **3.3.2 Criterios de exclusión**

- Publicación del documento sea mayor de 5 años.
- Los libros de texto se han publicado en tiempo mayor de 10 años.
- Publicaciones de fuentes poco fiables o no científicas que pongan en peligro la veracidad de la información.

- Los estudios duplicados, sin resultados, que no tengan carácter científico y no abordan las variables involucradas en los principales temas tratados.

### **3.3.3 Población de estudio y tamaño de la Muestra**

El alcance de investigación de esta revisión bibliográfica está formado por todos los documentos publicados en los últimos cinco años que están relacionados con síntomas clínicos, métodos de diagnóstico, clasificación, tratamiento e información relevante sobre la remisión de la polimialgia reumática.

Inicialmente se identificaron un total de 76 escritos concernientes con el tema de investigación. De estos, se consideraron un total de 24 y formaron parte de la muestra del estudio. Cada documento seleccionado cumplió con los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente.

### **3.3.4 Métodos de análisis y procesamiento de datos**

Se utilizó la revisión de documentos como método de investigación que condujo al estudio. Esto permitió buscar la información necesaria para alcanzar los objetivos de la investigación. La verificación de documentos se complementa con el uso de operadores booleanos y descriptores de salud actualizados a partir de 2023. Los tres se combinaron para asegurar la validación bibliográfica.

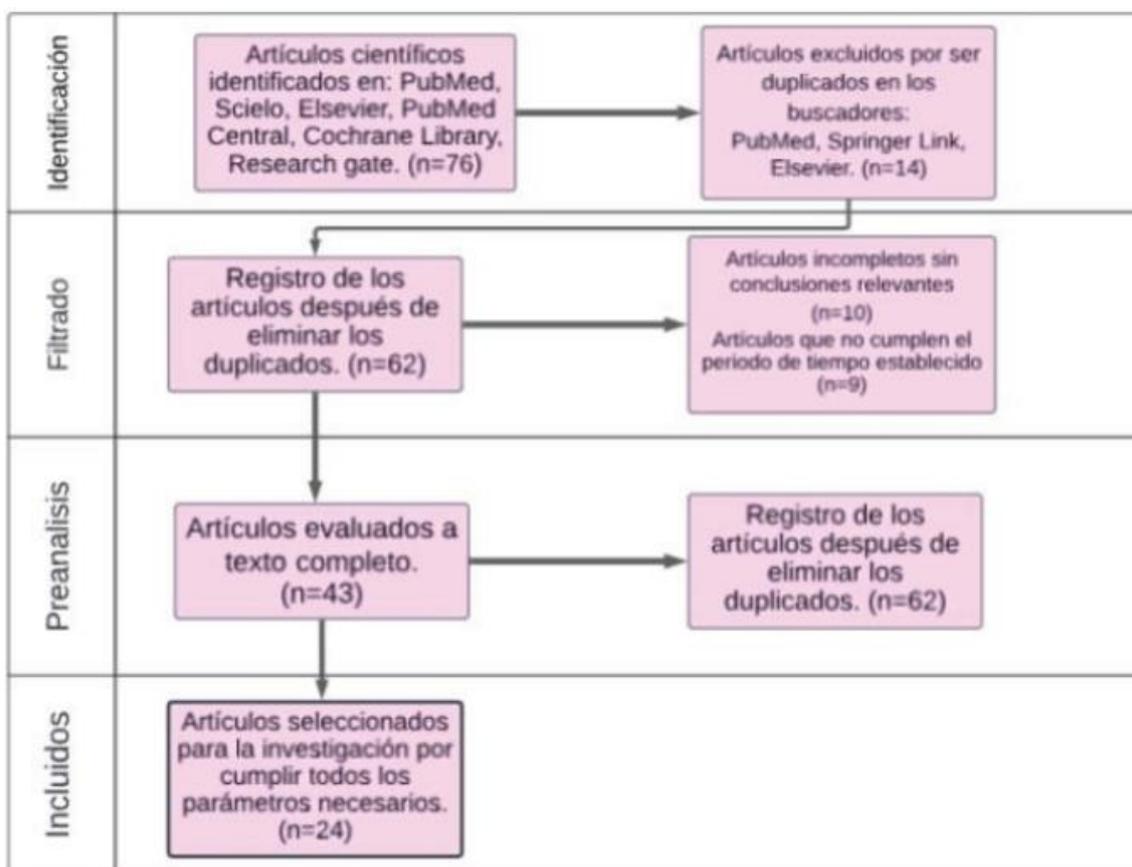
El uso de operadores booleanos ayudó a obtener información específica basada en combinaciones de términos para optimizar los resultados de la investigación. Estas herramientas ofrecen beneficios como la capacidad de mezclar terminología y rutas de búsqueda de información de proyectos con mayor precisión. Fue fundamental utilizar ambas herramientas en combinación para acercar la revisión bibliográfica y los resultados de la investigación al tema de investigación definido.

Para la identificación y selección final de los documentos a incluir en la muestra de estudio, se utilizó un algoritmo, que incluye un conjunto de requisitos ya descritos anteriormente y considerados como criterios de inclusión.

La descripción de la información contenida en los artículos publicados en revistas indexadas en la base de datos garantiza la calidad de la investigación.

Porque todas estas revistas realizan revisiones por pares de los artículos y mejoran su calidad científica. Cada documento que forma parte de esta revisión bibliográfica fue leído en su totalidad para identificar y extraer información sensible para la investigación. Se incorporó toda la información recolectada y se formularon los resultados con base en los objetivos específicos propuestos originalmente para el estudio.

Los resultados fueron analizados, discutidos y comparados con los resultados de otros estudios, permitiendo sacar conclusiones sobre los objetivos generales del estudio. Finalmente se realizaron recomendaciones para resolver las preguntas de investigación planteadas.



**Figura 2.** Diagrama de identificación y selección de documentos.

Fuente: elaboración propia

## **CAPÍTULO IV.**

### **4.1 RESULTADOS**

Los estudios revelaron información muy indispensable para esta revisión bibliografías, como, por ejemplo:

El primer análisis de los estudios sobre PMR refiere que este es un trastorno poco común y a veces un reto clínico, es importante la fisiopatología ya que sugiere que es necesario más estudios para mejorar comprender los mecanismos en la enfermedad.

El diagnóstico de PMR pudo ser verificado por un reumatólogo experimentado en el 60% de los casos. Esto, junto con los archivos limitados sobre la rigidez matutina, subraya la heterogeneidad de los pacientes con PMR y los procedimientos de diagnóstico relacionados en la APS. Los hallazgos sugieren que los médicos de APS podrían considerar que la información sobre la rigidez matutina es menos útil en comparación con las opiniones de los reumatólogos.

Es importante recalcar que gracias a los estudios presentados se demostró que los estudios complementarios no son confirmatorios de la PMR, sin embargo, es importante la realización de los mismos para hacer un diagnóstico diferencial con varias enfermedades simuladoras a la PMR.

Los glucocorticoides siguen siendo el tratamiento estándar de PMR. Debido a la alta prevalencia de efectos secundarios, se necesitan urgentemente agentes ahorradores de glucocorticoides. Mientras que MTX demostró un modesto beneficio en una serie de casos. Otros problemas no resueltos son si la inflamación subclínica de grandes vasos en PMR debe gestionarse de manera diferente de PMR aislada, y si Rápida mejoría de los síntomas, normalmente, observado con la terapia con glucocorticoides, es un resultado confiable en estudios sobre agentes biológicos

### **4.2 DISCUSIÓN**

La discusión de los resultados presentados en los estudios proporciona una descripción completa y detallada del impacto de la polimialgia reumática (PMR) en los pacientes afectados.

Esta enfermedad se caracteriza por la heterogeneidad clínica y la variabilidad en la presentación de los síntomas, lo que plantea desafíos tanto para el diagnóstico como para el manejo terapéutico.

En primer lugar, observamos que el abuso de glucocorticoides era una complicación común en varios grupos de estudio.

Esto resalta la importancia de que los riñones sean uno de los órganos más afectados por la PMR, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado de la enfermedad para prevenir la progresión a las etapas más graves que se observan en la mayoría de los pacientes enfatiza su importancia.

Mientras tanto, se destaca la diversidad de manifestaciones clínicas de la PMR.

Esta diversidad resalta la necesidad de un enfoque multidisciplinario para el manejo de pacientes que tenga en cuenta tanto los síntomas clínicos como las anomalías que pueden tener importantes implicaciones clínicas y pronósticos.

Los glucocorticoides son la piedra angular del tratamiento de primera línea para la polimialgia reumática.

En la práctica clínica se ha observado que las dosis iniciales son de 12,5 a 25 equivalentes de Prednisona al día, aunque no se ha establecido la duración del tratamiento ni las dosis exactas y se han estudiado de forma muy superficial.

Con un control rápido de los síntomas y una recuperación regular después del tratamiento, los pacientes deben ser tratados de forma rutinaria en la atención primaria de salud, con la excepción de los síntomas atípicos, la falta de respuesta al tratamiento, la recaída o el tratamiento excesivamente prolongado.

En este tipo de pacientes se recomienda la introducción temprana de MTX para lograr la remisión de la enfermedad después de una cuidadosa evaluación diagnóstica para excluir enfermedades como los síndromes paraneoplásicos. El papel de la terapia biológica en la PMR aún no está claro. No se recomienda el uso de inhibidores del TNF sin evidencia de un beneficio significativo de la administración de infliximab.

Aunque el papel de las asociaciones no farmacológicas se ha considerado como parte de un enfoque integral de la PMR, esta recomendación sólo está respaldada por la opinión de expertos, ya que aún no hay estudios clínicos disponibles.

## CAPITULO V

### 5. 1 CONCLUSIONES

Basada en la revisión literatura propuesta y el análisis realizado en este trabajo de titulación, se concluye que:

- Se define a la polimialgia reumática como una enfermedad autoinmune crónica inflamatoria que afecta principalmente a personas mayores de 50 años, en los cuales se han identificado varios factores de riesgo asociados, incluyendo la edad, personas mayores de 50 años, el sexo femenino, la identificación de exposiciones ambientales a ciertas infecciones como *Mycoplasma pneumoniae*, parvovirus B19 y *Chlamydia pneumoniae*, otro factor asociado es el uso de inhibidores de control inmunológico como ipilimumab, nivolumab y pembrolizumab en pacientes con cáncer.
- Se ha reflejado hallazgos importantes sobre las manifestaciones clínicas como inflamación, dolor y rigidez matutina de hombros, cuello y cintura pélvica, así como también síntomas generales como fatiga, fiebre, y pérdida de peso. Ha habido progresos notables en la identificación de estudios de imagen para la enfermedad como el ultrasonido por su evaluación de estructuras articulares y periarticulares, detectando así la afección inflamatoria de las estructuras sinoviales tanto articulares como extrarticulares, mejorando así el diagnóstico.
- Los progresos en el tratamiento de la PMR contienen el uso de tradicionales terapias farmacológicas y nuevas, como los glucocorticoides y la introducción del Metotrexato de manera temprana. El uso de corticosteroides y metotrexato se ha convertido en el primer paso en el manejo de la PMR, también han insistido la importancia de las intervenciones no farmacológicas, incluyendo la educación del paciente, las modificaciones en el estilo de vida, en el seguimiento continuo y la calidad de vida.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Es importante avanzar en la investigación y el desarrollo de tratamientos innovadores que aborden los síntomas subyacentes de la PMR. Las agencias de financiación deberían priorizar proyectos que exploren nuevos tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, centrándose en reducir los efectos secundarios y mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Los profesionales e instituciones médicas deben esforzarse por actualizar continuamente los protocolos de diagnóstico de PMR. Esto incluye la introducción de nuevos biomarcadores y técnicas de diagnóstico avanzadas que permitan una identificación más precisa y temprana de la enfermedad.
- Es importante que los profesionales de la salud evalúen exhaustivamente los factores de riesgo en la práctica clínica diaria, incluyendo: Evaluación ambiental y social y consideraciones sobre estilos de vida. Este enfoque holístico permite estrategias para gestionar la PMR de forma más eficaz.
- Se recomienda la implementación de guías clínicas actualizadas que reflejen los avances en el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la PMR. Necesitan estar informados sobre las últimas opciones de tratamiento, incluidas las terapias dirigidas, y cómo integrar estrategias no farmacológicas en un plan de gestión integral.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Acharya S, M. R. (25 de FEBRERO de 2024). *Polymyalgia Rheumatica*. Obtenido de StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725959/>
2. Albrecht K, B. S. (feb de 2023 ). *Systematic review to estimate the prevalence of inflammatory rheumatic diseases in Germany*. . Obtenido de Z Rheumato: doi: 10.1007/s00393-022-01302-5. Epub 2023 Feb 7. PMID: 36749363; PMCID: PMC10879227
3. Alonso Rodríguez, I. (2023). *Análisis de biomarcadores en polimialgia reumática*. Obtenido de Bachelor's thesis: <http://hdl.handle.net/20.500.12466/2957>
4. C Chatzigeorgiou I, S. L. (27 de marzo de 2018). *Comorbidity in polymyalgia rheumatica*. Obtenido de Reumatismo: 10.4081/reumatismo.2018.1039. PMID: 29589401.
5. Camellino D, D. C. (27 de marzo de 2018). *Update on treatment of polymyalgia rheumatica*. Obtenido de Reumatismo: doi: 10.4081/reumatismo.2018.1062. PMID: 29589404.
6. Colombo MG, W. A. (17 de jun de 2022). *Polymyalgia Rheumatica*. Obtenido de Dtsch Arztebl Int: DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0218
7. Conticini E, F. P. (18 de octubre de 2023). *Clinical, laboratory and ultrasonographic findings at baseline predict long-term outcome of polymyalgia rheumatica: a multicentric retrospective study : Polymyalgia rheumatica predicted by ultrasonographic findings polymyalgia rheumatica outcome predicted*. Obtenido de Intern Emerg Med. 2023 Oct;18(7):1929-1939. : 10.1007/s11739-023-03373-x. Epub 2023 Jul 27.
8. Dejaco C, K. A. (2023). *reat-to-target recommendations in giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica*. Obtenido de Ann Rheum Dis. 2024 Jan 2;83(1):48-57: doi: 10.1136/ard-2022-223429. PMID: 36828585; PMCID: PMC10803996.
9. del Tánago, P. G. (2020). *Polimialgia reumática*. Obtenido de Panorama actual del medicamento, 44(430), 31-36.: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7463014>
10. Figus FA, S. M. (julio de 2021). *Imaging in polymyalgia rheumatica: which technique to use?* Obtenido de Clin Exp Rheumatol: doi: 10.55563/clinexprheumatol/5qmpcb. Epub 2020 Nov 10. PMID: 33200736.

11. Florescu MM, B. F. (5 de octubre de 2023). *Polymyalgia rheumatica: An update (Review)*. Obtenido de Exp Ther Med: 10.3892/etm.2023.12242. PMID: 37928511; PMCID: PMC10623218.
12. Floris A, P. M. (enero de 2022). *Long-term glucocorticoid treatment and high relapse rate remain unresolved issues in the real-life management of polymyalgia rheumatica: a systematic literature review and meta-analysis*. Obtenido de Clin Rheumatol: doi: 10.1007/s10067-021-05819-z. Epub 2021 Aug 20. PMID: 34415462; PMCID: PMC8724087.
13. Fors C, B. U. (27 de agosto de 2019). *Validity of polymyalgia rheumatica diagnoses and classification criteria in primary health care*. Obtenido de Rheumatol Adv Pract: 10.1093/rap/rkz033. PMID: 31660474; PMCID: PMC6799851
14. Fruth M, B. B. (Sep-Oct de 2018). *Use of contrast-enhanced magnetic resonance imaging of the pelvis to describe changes at different anatomic sites which are potentially specific for polymyalgia rheumatica*. Obtenido de Clin Exp Rheumatol: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30296970/>
15. Guillén López, O. B. (MARZO de 2022). *Point of care ultrasound for the diagnosis of polymyalgia rheumatica in chronic seronegative polyarthritis: A case report*. Obtenido de Revista Colombiana de Reumatología : <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2020.05.019>
16. Hysa E, B. M. (2024). *Evidence on treat to target strategies in polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis: a systematic literature review*. Obtenido de Rheumatology (Oxford): doi: 10.1093/rheumatology/kead471. PMID: 37672017; PMCID: PMC10836985
17. Ingrid E. Lundberg1, A. S. (2022). *An update on polymyalgia rheumatica*. Obtenido de The Journal of Internal Medicine.: doi: 10.1111/joim.13525
18. López Palma, A. E. (2018). *La polimialgia reumática. Un desafío diagnóstico*. Obtenido de Revista Cubana de Reumatología, 20(1), 1-7.: <https://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1186897>
19. Martos, Ú. M. (2019). *POLIMIALGIA REUMÁTICA Y ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES*. Obtenido de DE CONSULTA RÁPIDA, 624.: [https://instituciones.sld.cu/fatesa/files/2022/08/ebook\\_minipildoras\\_semg.pdf#page=622](https://instituciones.sld.cu/fatesa/files/2022/08/ebook_minipildoras_semg.pdf#page=622)

20. Metyas S, C. C. (2022). *Rheumatologic manifestations of post SARS-CoV-2 infection: a case series*. Obtenido de *Curr Rheumatol Rev*: DOI: 10.2174/1573397118666220211155716
21. Sharma A, M. A. (2020). *Incidence and prevalence of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: A systematic literature review*. Obtenido de *Semin Arthritis Rheum*: doi: 10.1016/j.semarthrit.2020.07.005. Epub 2020 Jul 14. PMID: 32911281.
22. Toro-Gutiérrez, C. C. (AGOSTO de 2021). *Polymyalgia rheumatica: A case series from Colombia and analysis of Latin America*. Obtenido de *J Transl Autoimmun*: doi: 10.1016/j.jtauto.2021.100115. PMID: 34485886; PMCID: PMC8391016.
23. Ughi N, S. G. (10 de abril de 2020). *The Italian Society of Rheumatology clinical practice guidelines for the management of polymyalgia rheumatica*. Obtenido de *Reumatismo*: doi: 10.4081/reumatismo.2020.1268. PMID: 32292016.
24. Wu J, Y. F. (Jan de 2023). *Elderly-onset rheumatoid arthritis vs. polymyalgia rheumatica: Differences in pathogenesis*. Obtenido de *Front Med (Lausanne)*: doi: 10.3389/fmed.2022.1083879. PMID: 36714116; PMCID: PMC9879490.