

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN: TRAS LA PISTA DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA

Dra. Almudena Marco Ibáñez¹ / Dra. Miriam Marco Ibáñez²

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Sector Zaragoza II. Zaragoza

² Médico Especialista en Medicina del Trabajo. Zaragoza

RESUMEN

Paciente de 55 años fumador de 20 cigarrillos/día en los últimos 30 años. Consulta a MAP por presentar desde hace 2 semanas astenia, febrícula hasta 37.5°C y debilidad de cintura escapular y pelviana, no cefalea ni tos. En su exploración física, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen anodino, hemodinámicamente estable, dolor y limitación a la extensión y abducción de extremidades superiores, dolor a la flexión de caderas, no dolor ni induración a la palpación de arterias temporales.

Se consensua con el paciente administrar metilprednisolona 60 mg intramuscular, solicitud de radiografía de tórax y analítica sanguínea al día siguiente, destacando PCR 5.41 mg/dL y VSG 120 mm/h, perfil tiroideo, bioquímica, perfil hepático y hemograma sin alteraciones. Comenta mejoría, pautándose prednisona 60mg/24h y omeprazol 20mg/24h vía oral. Por su clínica, los hallazgos de la exploración física y la analítica, y la buena respuesta a glucocorticoides, se sospecha polimialgia reumática. Revisión una semana después, radiografía de tórax: masa espiculada parahiliar izquierda sugestiva de proceso neoplásico, elevación de hemidiafragma izquierdo no presente en radiografías previas, el paciente refiere incremento de astenia, precisa apoyo para pasar a bipedestación.

Se decide derivación a Urgencias hospitalarias para valoración. Se solicita TAC tórax-abdomen: carcinoma broncopulmonar con masa tumoral lobulada de 4cm de diámetro en segmento apicoposterior del lóbulo superior izquierdo (LSI), con amplio contacto con pleura cisural, y adenopatías broncopulmonares y mediastínicas; y analítica: PCR y VSG elevadas, leucocitosis con neutrofilia. Se comenta con Neumología, que ingresa al paciente y solicita fibrobroncoscopia: lesión peribronquial próxima a bronquio subsegmentario apical de lóbulo superior izquierdo, diagnosticándose en biopsia adenocarcinoma pulmonar; y PET/TAC: masa pulmonar hipermetabólica en LSI, adenopatías parahiliares y mediastínicas, lesión ósea hipermetabólica en D7, escápula y sacroilíaca derechas. Estos resultados descartan otros posibles diagnósticos como hipertiroidismo, arteritis de células gigantes, tuberculosis y otras neoplasias sólidas o hematológicas. Es diagnosticado de Polimialgia Reumática como síndrome paraneoplásico secundario a Adenocarcinoma de pulmón Estadio IV, inicia tratamiento con quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia, pero fallece 8 meses después.

PALABRAS CLAVES

Polimialgia Reumática, Adenocarcinoma de pulmón, síndrome paraneoplásico

ABSTRACT

A 55-year-old patient, who has been smoking 20 cigarettes a day for the past 30 years, consults their primary care physician (PCP) due to experiencing asthenia, low-grade fever up to 37.5°C for the past 2 weeks and weakness in the shoulder and pelvic girdles, no headache or cough. Physical examination revealed normal cardiopulmonary auscultation, anodyne abdomen, hemodynamically stable, pain and limitation to extension and abduction of upper extremities, pain to flexion of hips, no pain or induration on palpation of temporal arteries.

Diagnóstico por imagen

In agreement with the patient, to administer 60 mg of intramuscular methylprednisolone. Request a chest X-ray and blood analysis the next day, highlighting a PCR of 5.41 mg/dL, and ESR of 120 mm/h, thyroid profile, biochemistry, liver profile and blood count without alterations. The patient reports clinical improvement, and a prescription is given for prednisone 60 mg/day and omeprazole 20mg/day orally. Due to his clinic, physical examination and laboratory findings, and good response to glucocorticoids, polymyalgia rheumatica is suspected. Review one week later, chest X-ray: spiculated left parahilar mass suggestive of a neoplastic process and elevation of the left hemidiaphragm not present in previous X-rays, the patient reports increased asthenia, requires support to move to standing.

It was decided to refer the patient to the hospital emergency department for for assessment. Chest-abdomen CT scan was requested: bronchopulmonary carcinoma with a lobulated tumor mass measuring 4 cm in diameter in the apicoposterior segment of the left upper lobe (LUL), with extensive contact with the cisural pleura and bronchopulmonary and mediastinal lymphadenopathy; and blood analysis: elevated PCR and ESR, leukocytosis with neutrophilia. It is discussed with Pneumology, which enters the patient and requests a fibrobronchoscopy: peribronchial lesion near the apical subsegmental bronchus of the left upper lobe, and the biopsy confirms the diagnosis of pulmonary adenocarcinoma; and PET/CT scan: hypermetabolic lung mass in the left upper lobe, parahilar and mediastinal lymphadenopathies, and hypermetabolic bone lesions in D7, right scapula, and right sacroiliac area. These results rule out other possible diagnoses such as hyperthyroidism, giant cell arteritis, tuberculosis, and other solid or hematological malignancies. He is diagnosed with Polymyalgia Rheumatica as a paraneoplastic syndrome secondary to Stage IV Lung Adenocarcinoma and starts treatment with chemotherapy, radiotherapy, and immunotherapy but unfortunately dies 8 months later.

KEY WORDS

Polymyalgia rheumatica, Lung adenocarcinoma, paraneoplastic syndrome.



Fig. 1. Rx de tórax PA: masa espiculada parahiliar izquierda sugestiva de proceso neoplásico, elevación de hemidiafragma izquierdo.



Fig. 2. TAC tórax-abdomen: masa tumoral lobulada de 4 cm de diámetro en segmento apicoposterior del lóbulo superior izquierdo (LSI), con amplio contacto con pleura cisural, y adenopatías broncopulmonares y mediastínicas.

Diagnóstico por imagen

COMENTARIO CLÍNICO

La polimialgia reumática es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente a mayores de 50 años y ocasiona dolor e impotencia funcional en cintura escapular y pelviana. Hasta en el 40% asocia sintomatología sistémica como astenia y febrícula.

En este paciente, joven y fumador, es preciso iniciar su estudio con analítica sanguínea (característica la elevación de PCR y VSG, que también se utilizan como marcadores evolutivos) y radiografía de tórax (pensando en neoplasia pulmonar como etiología), que nos ayudarían a descartar hipertiroidismo, tuberculosis pulmonar y neoplasias hematológicas. El PET/TAC y el informe anatomopatológico de la biopsia, descarta vasculitis y otras neoplasias sólidas. Estas patologías precisarían tratamiento específico, además de glucocorticoides, tratamiento de elección de la polimialgia reumática.

El pronóstico depende de la respuesta terapéutica y de las comorbilidades. Es labor del MAP la detección precoz de signos y síntomas sugestivos, su integración con la exploración física para solicitar pruebas complementarias, pautar glucocorticoides para alivio sintomático y colaborar con otros especialistas cuando sea necesario para completar el estudio y el tratamiento, compartiendo el seguimiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mahmood SB, Nelson E, Padniewski J, Nasr R. Polymyalgia rheumatica: An updated review. *Cleve Clin J Med*. 2020 Aug 31;87(9):549-556. doi: 10.3949/ccjm.87a.20008. PMID: 32868305
2. Camellino D, Giusti A, Girasole G, Bianchi G, Dejaco C. Pathogenesis, Diagnosis and Management of Polymyalgia Rheumatica. *Drugs Aging*. 2019 Nov;36(11):1015-1026. doi: 10.1007/s40266-019-00705-5. PMID: 31493201
3. Umetsu A, Shimizu T, Iwamoto N, Hashiguchi K, Eguchi M, Okamoto M et al. Paraneoplastic Syndrome Presenting with Polymyalgia Rheumatica-like Accumulations on 18F-fluorodeoxyglucose-Positron Emission Tomography/Computed Tomography. *Intern Med*. 2019 Mar 15;58(6):861-864. doi: 10.2169/internalmedicine.1847-18. Epub 2018 Nov 19. PMID: 30449806; PMCID: PMC6465020
4. Leiro V, Mouronte C, García E, Botana M, Ramos C, Torres M et al. Lung Cancer Group at the Álvaro Cunqueiro Hospital in Vigo. Predicting delays in lung cancer diagnosis and staging. *Thorac Cancer*. 2019 Feb;10(2):296-303. doi: 10.1111/1759-7714.12950. Epub 2019 Jan 3. PMID: 30605236; PMCID: PMC6360216
5. Coelho S, Magalhães H, Correia J, Magalhães A, Lourenço P. Polymyalgia rheumatica and pulmonary adenocarcinoma: A case report and literature review. *Porto Biomed J*. 2017 May-Jun;2(3):93-95. doi: 10.1016/j.pbj.2017.01.007. Epub 2017 Feb 22. PMID: 32258595; PMCID: PMC6806980.
6. García P, Garrido López P, León Atance P, Izquierdo Elena JM, Novoa Valentín NM, Rivas de Andrés JJ et al. Recommendations of the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery on the diagnosis and treatment of non-small-cell lung cancer. *Arch Bronconeumol*. 2016 May;52 Suppl 1:2-62. English, Spanish. doi: 10.1016/S0300-2896(16)30198-3. PMID: 27389767
7. Villar F, Muguruza I, Belda J, Molins L, Rodríguez PM, Sánchez de Cos J et al. Executive summary of the SEPAR recommendations for the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer. *Archivos de Bronconeumología*. 2016 Jul;52(7):378-388
8. Peñalver B, Álvarez de Cienfuegos A, Tévar MI. Polimialgia reumática en el anciano, como forma de presentación de un cáncer metastásico. *Rev. Sociedad Val. Reuma*. 2015, 6;2:23-26