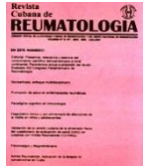




Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 22, Número 1; 2020 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO DE OPINIÓN Y ANÁLISIS

Artropatías en el adulto mayor

Arthropathies in the elderly

José Andrés Tutillo León^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8906-6425>

Ana Raquel Revelo Andrade¹ <https://orcid.org/0000-0002-3620-0827>

Margorie Alejandra Jiménez Calderón¹ <https://orcid.org/0000-0001-9233-390X>

Mercedes Maribel Moreira Lucas¹ <https://orcid.org/0000-0002-8471-8217>

Natalia Carolina Almeida Jiménez¹ <https://orcid.org/0000-0002-3451-7652>

¹ Hospital General Docente de Calderón, Pichincha, Ecuador.

Autor para la correspondencia: joseandres_tuti@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: está reconocido que los pacientes mayores de 65 años son la parte de la población más afectada por las enfermedades reumáticas. El diagnóstico reumatológico en los ancianos se complica por las manifestaciones clínicas, que imitan los cambios relacionados con la edad.

Objetivo: sintetizar los aspectos generales del manejo clínico, el diagnóstico y la terapéutica de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias y no inflamatorias en este subgrupo de población.

Desarrollo: los principales desórdenes musculoesqueléticos no inflamatorios que afectan a los adultos mayores son la osteoartritis, la osteoporosis y el dolor de espalda, mientras que las artritis inflamatorias predominantes incluyen la artritis reumatoide, la artropatía cristalina, la polimialgia reumática y las formas inflamatorias de la osteoartritis.

Conclusiones: es vital los académicos se involucren en los aspectos reumatológicos del envejecimiento y llamen la atención sobre lo imperioso que resulta impulsar la discusión reflexiva dentro de la medicina de la comunidad para abordar el impacto de los problemas musculoesqueléticos que afectan la función y movilidad de los ancianos y la desregulación inmune en el envejecimiento, entre otros asuntos.

Palabras clave: manejo clínico; diagnóstico; terapéutica; enfermedades reumáticas; artropatías; adulto mayor.

ABSTRACT

Introduction: it is recognized that patients older than 65 years are the part of the population most affected by rheumatic diseases. The rheumatological diagnosis in the elderly is complicated by clinical manifestations, which mimic the changes related to age.

Objective: to synthesize the general aspects of clinical management, diagnosis and therapy of the main rheumatic diseases inflammatory and non-inflammatory in this subgroup of the population.

Development: the main non-inflammatory musculoskeletal disorders that affect older adults are osteoarthritis, osteoporosis and back pain, while the predominant inflammatory arthritis include rheumatoid arthritis, crystalline arthropathy, polymyalgia rheumatica and the inflammatory forms of osteoarthritis.

Conclusions: it is vital for academics to be involved in the rheumatological aspects of aging and call attention to the imperative that is to promote reflective discussion within community medicine to address the impact of musculoskeletal problems that affect function and mobility of the elderly and immune dysregulation in aging, among other issues.

Keywords: osteomalacia; lack of mineralization; osteoid substance; diagnosis; treatment.

Recibido: 30/09/2019

Aprobado: 26/12/2019

INTRODUCCIÓN

Para el año 2050 se estima que la proporción de la población anciana sea el 20 % de la población mundial. Con el aumento de la longevidad, se prevé que la prevalencia y el impacto de las enfermedades reumáticas aumenten en las próximas décadas; algunas como la osteoartritis suelen aparecer con frecuencia entre los ancianos.⁽¹⁾ En el caso de otras enfermedades como la artritis reumatoide (AR) y la gota, los pacientes diagnosticados a edades más tempranas llevan esta carga a sus años posteriores y se incrementan estas enfermedades en la vejez. La gota se asocia tanto con afecciones comórbidas, cuya prevalencia aumenta con la edad, como con medicamentos comúnmente recetados a personas mayores. Estos factores, junto con los desafíos únicos asociados con el diagnóstico y el tratamiento óptimos de las artritis en los ancianos, sugieren que se puede esperar un

boom de problemas de salud reumatológicos para los pacientes mayores y sus proveedores de atención médica.^(1,2)

También con el envejecimiento de la población, las diferentes formas de prevalencia e incidencia de la artritis inflamatoria están aumentando en las personas de edad avanzada. Las dificultades para establecer el diagnóstico e introducir nuevas modalidades de tratamiento en este grupo de pacientes representan un gran desafío para los clínicos. El tratamiento de la artritis inflamatoria en los ancianos requiere una consideración especial con respecto a las comorbilidades y el aumento de la frecuencia de los eventos adversos. Existe una necesidad sustancial de mejorar los aspectos de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que reducirán el impacto de la artritis inflamatoria en la creciente población anciana.^(1,3)

Se reconoce que los pacientes mayores de 65 años son la parte de la población más afectada por las enfermedades reumáticas.⁽¹⁾ El diagnóstico reumatológico en los pacientes de la tercera edad se complica por las manifestaciones clínicas, que imitan los cambios relacionados con la edad. Los epidemiólogos confirman que la prevalencia de muchas enfermedades reumáticas comunes, como la osteoartritis, la AR y la osteoporosis, aumenta significativamente con la edad. En la mayoría de los países desarrollados, el envejecimiento de la población es indiscutible y se prevé que aumentará significativamente en los próximos 25 años, de ahí que la reumatología, como todas las disciplinas de la medicina interna, será parte de la geriatría.^(2,3)

Ha pasado más de una década desde que van Lankveld, Franssen y Stenger argumentaron la necesidad de un servicio geronto-reumatológico dirigido a pacientes de la tercera edad con afecciones musculoesqueléticas. Entre los elementos que avalan esta necesidad, está la discapacidad relacionada con la artritis que puede convertir a las personas mayores en discapacitadas. De ahí que, para hacer frente a esta transformación, en la capacitación médica de los futuros especialistas se debe tener en cuenta la especificidad de la persona anciana enferma, por ejemplo, mediante el conocimiento del efecto del envejecimiento en el sistema musculoesquelético, el sistema inmunitario y la farmacología.^(4,5)

En los Estados Unidos, en respuesta a estas situaciones, han surgido programas de capacitación en reumatología geriátrica e, incluso, hay una Sociedad Internacional de Reumatología Geriátrica. Asimismo, se ha identificado entre las necesidades insatisfechas de esta especialidad la mejor educación del proveedor de servicios de salud en el manejo clínico de los pacientes adultos mayores, y una mejor comprensión de focalización de terapias específicas. Por tanto, se impone más colaboración y coordinación entre las dos disciplinas: reumatología y geriatría. El objetivo de este trabajo es sintetizar los aspectos generales del manejo clínico, el diagnóstico y la terapéutica de las principales enfermedades reumáticas (inflamatorias y no inflamatorias) en este subgrupo de población.^(2,6,7)

DESARROLLO

Las afecciones del sistema musculoesquelético de los ancianos son la causa principal de discapacidad funcional en los países desarrollados. Las consecuencias de estas enfermedades están relacionadas con su alta prevalencia, pero también con su impacto en los sistemas de salud en términos de costos directos e indirectos.^(6,7)

Las enfermedades osteoarticulares ocupan el cuarto lugar en la morbilidad de los ancianos y corresponden al 10 % de las afecciones notificadas, después de las enfermedades oftalmológicas, las enfermedades de la boca y la de los dientes.⁽³⁾ La osteoartritis representa la mitad de las enfermedades osteoarticulares en personas mayores de 65 años. Pero deben distinguirse el envejecimiento articular y la osteoartritis, aunque la edad también es el principal factor de riesgo para la osteoartritis. Las anomalías del cartílago senescente dan lugar a fisuras macroscópicas en este.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Además, la configuración de las moléculas de ácido hialurónico les hace perder sus funciones y la capacidad de síntesis de los proteoglicanos disminuye globalmente y es la respuesta menor al estrés mecánico agudo o subagudo. La red de colágeno sufre una desnaturalización lenta con un comienzo de fibrilación que aumentará progresivamente.⁽⁹⁾

Todos estos fenómenos preparan el desarrollo de la osteoartritis por una falta de capacidad para la reparación espontánea del cartílago, una mayor sensibilidad a las citoquinas proinflamatorias y la ausencia de respuesta a los factores de crecimiento natural (TGF- β , IGF-1). Finalmente, el envejecimiento simultáneo de las estructuras yuxta- e intraarticulares contribuye a la constitución de la osteoartritis caracterizada por amiotrofia y lesiones meniscales y ligamentosas.⁽¹¹⁾

También la prevalencia de la osteoporosis es casi exponencial con la edad, ya que casi el 30 % de las mujeres mayores de 65 años sufre una fractura vertebral. Las fracturas del extremo superior del fémur afectan a 1 de cada 3 mujeres y a 1 de cada 6 hombres que viven hasta 90 años. La mortalidad alcanza el 25 % en el año posterior a la fractura de fémur y en el 35 % de los casos se observa una pérdida de autonomía.⁽¹¹⁻¹³⁾

Por todas estas razones, el envejecimiento de la población se considera uno de los principales factores responsables de la demanda de atención. El deterioro del sistema musculoesquelético, ya sea aislado o asociado con otras enfermedades, a menudo implica el uso de terceras personas para la asistencia única o constante a los ancianos.⁽¹⁴⁾

También es causa de demanda de consultas el dolor en pacientes de edad avanzada que a menudo no se notifica, no se diagnostica ni se trata adecuadamente. Se necesita una mayor comprensión de la experiencia del dolor en los ancianos a causa de enfermedades reumáticas, de la necesidad de estrategias para su evaluación y del uso apropiado de los enfoques farmacológicos y no farmacológicos para mejorar la atención del dolor en esta población.^(15,16)

Los principales trastornos musculoesqueléticos no inflamatorios que afectan a los adultos mayores son la osteoartritis, osteoporosis y el dolor de espalda, mientras que las artritis inflamatorias predominantes comprenden la AR, la artropatía por microcristales, la polimialgia reumática (PMR) y las formas inflamatorias de la osteoartritis.^(13,17)

Entre ellas, la osteoartritis es la afección articular más frecuente. Esta enfermedad degenerativa incapacitante de la familia del reumatismo, causada por el desgaste temprano del cartílago de las articulaciones, fundamentalmente de las caderas, las rodillas, la columna vertebral o los dedos puede tener graves consecuencias en la autonomía de las personas mayores.^(18,19)

Más del 85 % de los mayores de 70 años padecen osteoartritis, aunque no puede considerarse una enfermedad relacionada únicamente con el envejecimiento. El desgaste del cartílago de las articulaciones está relacionado con la tensión mecánica que se repite con el tiempo, pero también con los cambios en las células de la articulación que destruyen gradualmente el cartílago.^(20,21) La edad es un factor que promueve esta afección, pero otros factores son el sexo femenino, el sobrepeso o una lesión articular mal tratada en el pasado; los elementos genéticos también se encuentran entre los factores predisponentes a padecer la enfermedad.^(9,22)

La enfermedad se presenta y evoluciona de manera variable de un individuo a otro. Además, causa dolor durante los movimientos que realizan las articulaciones afectadas y hay rigidez de las partes del cuerpo involucradas. También crea dificultades para caminar y puede ser causa de las caídas. La afección evoluciona por crisis que afectan las articulaciones, con periodos de dolor agudo y en algunos casos ataques inflamatorios. Este proceso reumatológico causa progresivamente la deformidad de las articulaciones en forma de crecimientos óseos que son irreversibles.⁽²³⁾

No existe terapia para curar esta enfermedad tan frecuentemente tratada en las consultas de reumatología. Los tratamientos propuestos ayudan a aliviar el dolor; para ello se prescriben analgésicos o incluso antiinflamatorios para reducir el dolor asociado con la osteoartritis. A los pacientes más afectados se les indica tratamiento con corticoesteroides inyectables.^(8,9,24)

Especialmente en los ancianos se recomienda un estilo de vida saludable porque es lo más indicado en el manejo de esta enfermedad. Debe insistirse en que se evite el sobrepeso, hacer ejercicios regularmente a una intensidad moderada fuera de los periodos muy dolorosos de la enfermedad, evitar las cargas pesadas y, en caso de artrosis de rodilla, debe recomendarse el uso de plantillas ortopédicas.^(25,26)

Algunos medicamentos en forma de parches o gel que se aplican a la articulación afectada por la osteoartritis ayudan a aliviar el dolor. Las sesiones de rehabilitación con un fisioterapeuta también pueden ser útiles a las personas con osteoartritis para restaurar la flexibilidad de las articulaciones y fortalecer sus músculos.⁽²⁷⁾

Los reumatólogos también proponen tratamientos quirúrgicos o la colocación de prótesis articulares, como en el caso de la osteoartritis de la cadera, para solucionar el problema y evitar una pérdida definitiva de la movilidad.

Además, el envejecimiento se asocia también con un estado de inflamación crónica de bajo grado. La cantidad de células T se reduce con la edad, lo que provoca que los ancianos sean más propensos a nuevas infecciones. Asimismo, los autoanticuerpos como el factor reumatoide y el anticuerpo antinuclear (ANA) se encuentran disminuidos en la población general en la etapa de la adultez debido a la inmunosenescencia.^(22,27,28)

Existen diversos cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento, por lo que estos pacientes son susceptibles a los efectos adversos de los medicamentos que impiden el uso de una terapia inmunosupresora agresiva. La presencia de comorbilidades como la diabetes, la hipertensión y la aterosclerosis puede hacer un desafío la atención de estos pacientes. Los objetivos del tratamiento deben enfocarse en mejorar la calidad de vida y la rehabilitación.

Entre las enfermedades inflamatorias se halla la AR de aparición avanzada. Esta es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la inflamación sinovial y la destrucción articular, que se asocia con la edad: alrededor del 2 % de las personas de edad avanzada la padecen. La AR puede iniciarse con 60 años o más, pero puede comenzar en la juventud y persistir hasta la edad avanzada. Las principales características clínicas consisten en que en los ancianos el predominio femenino es más bajo (1,5-2:1 vs. 4-4,5:1) en comparación con los jóvenes y afecta las articulaciones grandes, especialmente los hombros —una característica prominente—, mientras que los nódulos reumatoides son menos comunes.^(13,16)

Se identifican tres patrones de enfermedad en los adultos mayores. El patrón más común que se observa en el 70 % de los casos es similar al de la AR clásica, con factor reumatoide positivo y enfermedad articular erosiva. El siguiente patrón, visto en el 25 % de los pacientes, es el de la afectación de la articulación proximal que debe diferenciarse de la PMR. Un tercer tipo se caracteriza por la presencia de antígeno peptídico anticitrulinado (ACPA) que ayuda a diferenciar de la PMR. La sinovitis simétrica de inicio y el factor reumatoide negativo, que simulan la sinovitis simétrica seronegativa (RS3PE) remitente, también se pueden observar en alrededor del 10 % de los pacientes.^(15,21)

La AR tiende a no afectar las primeras articulaciones interfalángicas carpometacarpianas y distales que suelen estar implicadas en la osteoartritis de la mano. En la AR, ocurre un estrechamiento del espacio articular simétrico de la articulación de la rodilla, mientras que en osteoartritis, la afectación es asimétrica. Las características concomitantes de la osteoartritis, como los osteofitos marginales y la esclerosis subcondral con quistes subcondrales, también pueden observarse en la AR en los ancianos.^(3,15,24)

Los hallazgos ecográficos en la AR comprenden sinovitis, tenosinovitis y erosiones. Los pacientes con afectación del hombro pueden presentar bursitis subacromial-subdeltoidea, sinovitis glenohumeral y tenosinovitis de la cabeza larga del bíceps, similares a las de la PMR. Sin embargo, un compromiso intraarticular predominante favorece la AR en comparación con el compromiso periarticular predominante observado en la PMR.⁽²⁸⁾

Las pautas de tratamiento de la AR deben modificarse en los ancianos considerando las comorbilidades y la polifarmacia asociada, las alteraciones en la farmacocinética y el deterioro cognitivo que pueden predisponer a un mayor riesgo de eventos adversos. Sin embargo, los objetivos terapéuticos de la AR siguen siendo los mismos en ellos: control del dolor, detener la progresión de la enfermedad y mejorar el estado funcional.^(27,28)

El metotrexato, que es el fármaco de elección en el tratamiento de la AR, tiene una eficacia equivalente en los ancianos. Sin embargo, la toxicidad de la médula ósea y del sistema nervioso central es más frecuente en estos pacientes, por lo que se requiere una estrecha vigilancia, especialmente en quienes padecen trastornos hepáticos y renales. La leflunomida es relativamente bien tolerada por los ancianos. La sulfasalazina y la hidroxicloroquina tienen un perfil menos tóxico y se prescribe para los pacientes con baja actividad de la enfermedad o con comorbilidades significativas. El control de la función renal y el examen oftalmológico más frecuente están indicados en los que toman hidroxicloroquina, ya que tienen un mayor riesgo de toxicidad retiniana.^(27,29)

Los inhibidores del factor de necrosis tumoral (TNFi, por sus siglas en inglés) se pueden usar en los ancianos, aunque tienen más contraindicaciones: insuficiencia cardíaca congestiva y malignidad. Entre los diversos agentes, el etanercept ha mostrado una respuesta ACR20 ligeramente más baja en los ancianos, mientras que el infliximab y el adalimumab han manifestado una eficacia similar en todos los grupos de edad.^(29,30)

El tratamiento con fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE) en ancianos se asocia con un incremento de los efectos adversos gastrointestinales y cardiovasculares. Se prefiere el naproxeno para los pacientes con compromiso cardíaco, aunque esto es controvertido.⁽²⁷⁾ Los glucocorticoides se asocian con un mayor riesgo de osteoporosis, intolerancia a la glucosa e hipertensión inducida por esteroides en ancianos. Por lo tanto, la terapia con glucocorticoides y AINE debe usarse en la dosis más baja posible por el menor tiempo permisible para minimizar los eventos adversos. Las tasas generales de infección en personas de edad avanzada no aumentan con el uso de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) y factor de necrosis tumoral (TNFi), pero muestran un mayor riesgo dependiendo de la dosis de la terapia con glucocorticoides.^(27,29)

El tratamiento de la artritis inflamatoria en los ancianos requiere una consideración especial con respecto a las comorbilidades y el aumento de la frecuencia de los eventos adversos, pues con el envejecimiento de la población las diferentes formas de prevalencia e incidencia de la artritis inflamatoria están aumentando en las personas de edad avanzada. Las dificultades para establecer el diagnóstico e introducir nuevas modalidades de tratamiento en este grupo de pacientes representan un gran desafío para los clínicos.

Existe una necesidad sustancial de mejorar los aspectos de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas que reducirán el impacto de la artritis. Hay un grupo de enfermedades reumáticas inflamatorias que comienza casi exclusivamente en los ancianos. Las dos afecciones más comunes son la seudopoliartritis rizomélica y la artritis reumatoide en los ancianos (a partir de los 65 años). Esta última se expuso en párrafos anteriores.

Los problemas son:⁽²⁹⁾

. Durante los primeros 6 a 12 meses de evolución, la seudopoliartritis reumática y la artritis reumatoide de los ancianos pueden tener una presentación clínica que no permita discernirlas con precisión. En ambas afecciones predomina la afectación de la columna cervical y el hombro, con un inicio rápido, a veces explosivo, acompañado de una alteración del estado general y un síndrome inflamatorio significativo.

. En la seudopoliartritis rizomélica, inicialmente puede existir hasta un 30 % de sinovitis en las manos y los pies. Por lo tanto, el examen clínico a menudo es lo único que se toma por defecto para discernir entre las dos enfermedades. Por lo tanto, es necesaria una investigación adicional:

. Estudio del factor reumatoide: puede estar presente en un nivel bajo en la seudopoliartritis rizomélica como en la población anciana en general, pero está presente 8 veces de cada 10 en la artritis reumatoide.

. Positividad anti-CCP temprana en la artritis reumatoide y ausencia en la pseudopoliartritis rizomélica.

Evolución en el tratamiento de la pseudopoliartritis rizomélica

Existe una sensibilidad extrema a la terapia con corticoesteroides del orden de 20 mg/día durante los primeros 10 a 15 días, que será seguida por una desaparición a veces completa de los síntomas dentro de las 48 h a los 3 días. En la AR de los ancianos, la respuesta clínica a los síntomas principales y los signos objetivos a menudo es clara.⁽²⁷⁾

Después de los primeros meses, ocurrirá una disminución lenta de los corticoesteroides en la pseudopoliartritis rizomélica sin ninguna recaída, especialmente la sinovitis. La disminución de la terapia con corticoesteroides en la AR en los ancianos será seguida por una rápida recuperación de la sinovitis, pero puede extenderse hasta las articulaciones previamente sanas.^(27,29)

Otro elemento que distingue la pseudopoliartritis reumatoide de la AR de los ancianos es la ausencia de signos radiológicos en todo el curso de la pseudopoliartritis rizomélica, mientras que los signos radiológicos estarán presentes en el 80 % de la artritis reumatoide en los ancianos en un periodo de 2 a 3 años.⁽²⁷⁾

Después de 3 a 4 años, en dos tercios de las personas con pseudopoliartritis rizomélica pueden eliminarse los corticoesteroides y no recaerán. La pseudopoliartritis reumática es una enfermedad que desaparece, a diferencia de la AR, que es una enfermedad de toda la vida y cuyas tasas de remisión espontánea final son menores del 10 % o iguales.⁽²⁷⁾

En los últimos años se ha descrito un grupo de reumatismos inflamatorios que predominan, pero no exclusivamente, en los ancianos y se caracteriza por la presencia de edema distal no inflamatorio. Esta poliartritis edematosa se observa en el 15 % de la pseudopoliartritis rizomélica y en algo menos del 10 % de la artritis reumatoide. Se ha identificado una entidad particular, la poliartritis edematosa de los ancianos, que se caracteriza por predominio masculino, comienzo brusco, edema voluminoso de manos y pies, sinovitis de flexores, síndrome inflamatorio aislado, intenso y puro, y ausencia del factor reumatoide.⁽³¹⁾

La poliartritis edematosa benigna de los ancianos se caracteriza por una respuesta extremadamente rápida y muy espectacular a dosis bajas de prednisona, del orden de 10 mg/día, con un pronóstico favorable que conduce a una cura sin recaída en un tiempo inferior a 18 meses.⁽³¹⁾

También se ha descrito otra entidad particular del sujeto anciano en hombres mayores de 50 años, dentro del grupo de espondiloartropatías y se caracteriza por un profundo deterioro del estado general, edema blando que toma las extremidades inferiores, oligoartritis inflamatoria, presencia de sacroiliitis uni o bilateral y presencia de antígeno HLA-B27 en el 50 % de los casos. En estos pacientes, existe un síndrome inflamatorio extremadamente marcado que no responde a los AINE, pero sí a los corticoesteroides con un curso refractario.⁽³¹⁾

Otro problema reumatológico que afecta a los ancianos es la camptocormia que es una enfermedad muscular poco frecuente, de aparición tardía. Su sintomatología consiste básicamente en lumbalgia

crónica, asociada a una cifosis secundaria a la debilidad de la musculatura paravertebral lumbar. Esta deformidad es reducible mediante maniobras pasivas: desaparece en la posición supina. Provoca una grave discapacidad que aparece después de unos minutos de caminata, como máximo el tronco se vuelve paralelo al suelo y requiere el uso de dos bastones. Este problema de salud afecta principalmente a las mujeres.⁽³²⁾

En las imágenes, ya sea por tomografía computarizada o resonancia magnética, la camptocormia primitiva se observa como una involución masiva de la grasa de los músculos paravertebrales que evoca una participación miogénica primitiva. Hay camptocormias secundarias a hipotiroidismo, dermatopolimiositis, osteomalacia y síndrome paraneoplásico.⁽³²⁾

No existe tratamiento farmacológico para las camptocormias primitivas. El tratamiento se basa en la fisioterapia y el uso de un corsé. Estas medidas pueden controlar parcialmente el curso de esta afección de causa desconocida.⁽³²⁾

Por último, mencionamos la polimialgia reumática que es una enfermedad reumática inflamatoria no tan rara y que puede afectar a los ancianos. Los síntomas principales son dolor muscular de origen inflamatorio a nivel de la cintura de la escápula y la pelvis. El diagnóstico se basa en dolores típicos, el aumento en la expresión de signos inflamatorios en la sangre y la exclusión de otras enfermedades que cursan con síntomas similares. La polimialgia se trata con corticoesteroides.⁽³³⁾

Los síntomas más comunes de esta afección son los dolores, que aparecen con mayor frecuencia en la noche y madrugada; están localizados en grandes grupos musculares proximales, es decir los músculos del cinturón escapular que abarca el brazo superior, así como los músculos glúteos, pelvis y muslos. A menudo, lo acompañan una rigidez y una debilidad muscular. Así que por la mañana los pacientes pueden tener dificultades para levantar los brazos, subir escaleras o salir de la bañera. A veces, bajarse desde la cama o levantarse de una silla puede ser un problema. La enfermedad puede también manifestarse mediante dolor en el cuello, en ocasiones con edema leve en las articulaciones de las manos o en unos pocos dedos. También pueden presentarse otros síntomas en el curso de la enfermedad, como fiebre, astenia, falta de apetito y estado depresivo, entre otros.⁽³³⁾

El diagnóstico se basa principalmente en las características del dolor descrito por las personas afectadas. El examen somático en el caso de la polimialgia reumática no revela anormalidades características; sin embargo, es esencial excluir otras enfermedades. Los exámenes de sangre son importantes en el diagnóstico, ya que, en presencia de una polimialgia el valor de la velocidad de sedimentación sanguínea es alta, igual que a menudo aumenta el de la proteína C reactiva. En ocasiones, hay anemia leve o un pequeño aumento de los valores hepáticos; por tanto, es necesario llevar a cabo pruebas de laboratorio para excluir otras enfermedades responsables del dolor muscular difuso.⁽³³⁾

CONCLUSIONES

Para el diagnóstico y la terapéutica de las principales enfermedades reumáticas (inflamatorias y no inflamatorias) en este subgrupo de población, es necesario el enfoque multidisciplinar.

RECOMENDACIÓN

Es vital que los académicos se involucren en los aspectos reumatológicos del envejecimiento y llamen la atención sobre la necesidad de impulsar la discusión reflexiva dentro de la medicina de la comunidad para abordar el impacto de los problemas musculoesqueléticos que afectan la función y movilidad de los ancianos y la desregulación inmunitaria en el envejecimiento, entre otros asuntos.

REFERENCIAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390). [Acceso 17/06/2019]; 2015. Disponible en: http://www.un.org/en/development/desa/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
2. Manek N, Muñoz G. Common rheumatic diseases in the elderly. Oxford Medicine On Line. [Acceso 17/03/2019]; 2016. Disponible en: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190466268.001.0001/med-9780190466268-chapter-22>
3. Katz JD, Walitt B. Rheumatic diseases in older adults. Rheum Dis Clin N Am. 2018 [Acceso 17/03/2019];44:13-14. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2018.05.001>
4. Pinto AJ, Roschel H, de Sá Pinto AL, Lima FR, Pereira RMR, Silva CA, et al. Physical inactivity and sedentary behavior: Overlooked risk factors in autoimmune rheumatic diseases?. Autoimmunity reviews. 2017;16(7):667-74.
5. Van Lankveld W, Franssen M, Stenger A. Gerontorheumatology: the challenge to meet health-care demands for the elderly with musculoskeletal conditions. Rheumatology (Oxford). 2005;44(4):419-22.
6. Choi S. Midlife adults with functional limitations: comparison of adults with early and late-onset arthritis-related disability. Disabil Health J. 2018;11(3):374-81.
7. Winthrop KL, Strand V, van der Heijde D, et al. The unmet need in rheumatology: reports from the targeted therapies meeting 2017. Clin Immunol. 2018;186:87-93.
8. Solís Cartas U, Torres Carballeira R, Pérez Piñero J. Tratamiento por artroscopia para afecciones de rodilla en adultos mayores. Rev Cubana de Reumatol. 2010 [Acceso 17/03/2019];12(16):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/54>
9. Milera Rodríguez J, Solís Cartas U, Gil Armenteros R, Guanche Hernández M. Artropatía de Charcot y osteomielitis en un paciente diabético. Rev Cubana de Reumatol. 2014 [Acceso 09/03/2019];16(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/326>
10. García González V, Hernández Yane A, Solís Cartas U. Incidence of the affection of the temporomandibular joint in patient with rheumatic illnesses. Rev Cubana de Reumatol. 2014 [Acceso

27/06/2019];16(Suppl 1):373-378. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000400005&lng=es

11. Suhm N, Lamy O, Lippuner K, and Osteocare Study Group. Management of fragility fractures in Switzerland: Results of a nationwide survey. *Swiss Med Wkly*. 2008;138:674-83.

12. Castellanos Gutiérrez M, Solis Cartas U, Faure Bermúdez A, Villaurrutia Velazco YC. Gastropatía por antiinflamatorios no esteroideos en pacientes con enfermedades reumáticas. *Rev Cubana de Reumatol*. 2014 [Acceso 11/03/2019];16(Suppl 1):356-364. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000400003&lng=es

13. Navarro Despaigne DA. Osteoporosis en el hombre, un tema poco visible: a little visible issue. *Rev Cubana Endocrinol*. 2017 Dic [Acceso 10/03/2019];28(3):1-9. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532017000300010&lng=es

14. Solis Cartas U, de Armas Hernandez Y, Peñate Delgado R, Quintero Chacón G, Benitez Falero Y, de Armas Hernandez A. Longevidad satisfactoria. Elementos pendientes. Presentación de un caso. *Rev Cuba Reumatol*. 2015 Dic [Acceso 09/03/2019];17(3):239-243. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000400011&lng=es

15. Solis Cartas U, Barbón Pérez O, Bascó Fuentes E. Neuralgia occipital. A propósito de un caso. *Medisur*. 2016 Feb [Acceso 08/03/2019];14(1):77-80. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2016000100015&lng=es

16. Solis Cartas U, Torres Carballeira R, de Armas Hernandez A, Garcia Gonzalez V. Bony pain as form of presentation of the multiple myeloma. *Rev Cuba Reumatol*. 2014 Dic [Acceso 10/03/2019];16(3).

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000300010&lng=es

17. Morley JE. Aging successfully: the key to aging in place. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(12):1005-7.

18. Mc Carberg B. Rheumatic disease clinics of north america rheumatic diseases in the elderly: Dealing with rheumatic pain in extended care facilities. *Rheumatic Disease Clinics of North America*. 2007 [Acceso 09/03/2019];33(1):87-108. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2006.12.004>

19. Solis Cartas U, Calvopiña Bejarano SJ, Valdés González EM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis del cantón Riobamba. *Rev Cubana de Reumatolo*. 2019 [Acceso 17/03/2019];21(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en:

<http://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/640>

20. Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ*. 2003;81:646-56.

21. Solis Cartas U, Calvopiña Bejarano SJ, Martínez Larrarte JP, Paguay Moreno AR, Saquipay Duchitanga GI. Percepción de calidad de vida en pacientes con osteoartritis. Características sociodemográficas y clínicas. Estudio de 5 años. *Rev Colomb Reumatol*. 2018 Sep [Acceso

11/03/2019];25(3):177-183. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232018000300177&lng=en

22. Selmi C, Ceribelli A, Generali E, Scirè CA, Alborghetti F, Colloredo G, et al. Serum antinuclear and extractable nuclear antigen antibody prevalence and associated morbidity and mortality in the general population over 15 years. *Autoimmun Rev.* 2016;15:162-6.

23. Soubrier M, Mathieu S, Payet S, Dubost JJ, Ristori JM. Elderly-onset rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine.* 2010;77:290-6.

24. Ruta S, Rosa J, Navarta DA, Saucedo C, Catoggio LJ, Monaco RG,. Ultrasound assessment of new onset bilateral painful shoulder in patients with polymyalgia rheumatica and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2012;31:1383-7.

25. Romão VC, Lima A, Bernardes M, Canhã H, Fonseca JE. Three decades of low-dose methotrexate in rheumatoid arthritis: Can we predict toxicity? *Immunol Res.* 2014;60:289-310.

26. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration, Bhalra N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: Meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet.* 2013;382:769-79.

27. Tutuncu Z, Kavanaugh A. Rheumatic disease in the elderly: Rheumatoid Arthritis. *Rheumatic Disease Clinics of North America.* 2007 [Acceso 09/03/2019];33(1):57-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rdc.2006.12.006>

28. Solis Cartas U, Calvopiña Bejarano SJ, Yartu Couceiro R, Núñez Sánchez BL, Arias Pastor FH. Uso de la medicina natural en el tratamiento de la artritis reumatoide. *Rev Cubana de Reumatolo.* 2019 [Acceso 09/03/2019];21(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/637>

29. Castro Cárdenas K, Espinosa Gómez A, Cossío González E. Úlcera corneal grave secundaria a artritis reumatoide. *MediCiego.* 2019 [Acceso 07/03/2019];25(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/658>

30. Solis Cartas U, Haro Chávez JM, Crespo Vallejo JR, Salba Maqueira M. Absceso óseo en un paciente joven con artritis reumatoide, a propósito de un caso. *Rev Cub de Reumatolo.* 2019 [Acceso 08/03/2019];21(Supp. 1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/698>

31. François R, Jean-Luc S. Tratado de osteopatías. 3ra. ed. Madrid: Editora Médica Panamericana; 2003. p. 322.

32. Jiménez MM, Pons M, Castaño C, Monés L, Martínez F. Camptocormia: una enfermedad muscular infrecuente. *An Med Interna.* 2009 [Acceso 09/03/2019];19(9):38-40. Disponible en: http://scielo.isciii.esscielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992002000900009&lng=es

33. Krebs A. La Polymyalgie rhumatismale. 4ta. ed. Paris: Ed. Ligue suisse contre le rhumatisme; 2000.

Conflicto de interés:

Los autores refieren no tener conflicto de interés.