O Desafiante Percurso do Doente com Polimialgia Reumática

The Challenging Journey of the Patient with Polymyalgia Rheumatica

Tiago Fernandes Flores[1], Ana Águas dos Santos[2], Carolina Balão[3], Teresa Rei Silva[3]

Autor correspondente/Corresponding Author:
Carolina Ferreira Balão Silva [carolbalao.fs@gmail.com]
ORCID: https://orcid.org/0009-0009-0559-098X
Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar de Gualtar, Braga, Portugal
R. João Nascimento dos Santos 38, 4710-078 Braga

DOI: https://doi.org/10.29315/gm.1059

RESUMO

A polimialgia reumática (PMR) é uma patologia inflamatória que afeta maioritariamente adultos com mais de 50 anos. O diagnóstico é clínico, apoiado pela elevação dos parâmetros inflamatórios. Descreve-se o caso de uma mulher de 76 anos com dor nas cinturas pélvica e escapular, bilateral, de ritmo inflamatório, com quatro meses de evolução. Durante este período, foi observada em diversas consultas a nível hospitalar e nos cuidados de saúde primários. Perante a clínica sugestiva de PMR, suportada pela positividade dos marcadores inflamatórios, foi iniciada prednisolona 20 mg/dia, com resolução completa dos sintomas e normalização dos marcadores inflamatórios em duas semanas. A elevada suspeição clínica permitiu o tratamento adequado, melhoria importante da qualidade de vida e referenciação hospitalar atempada.

PALAVRAS-CHAVE: Artrite; Cuidados de Saúde Primários; Polimialgia Reumática

ABSTRACT

Polymyalgia rheumatica (PMR) is an inflammatory disease that affects mainly patients over 50 years of age. The diagnosis is primarily clinical and is supported by elevated inflammatory markers. We describe a case of a 76-year-old woman with bilateral, inflammatory pain of the hip and shoulder girdles, with four months of evolution. During this period, she was observed in several consultations in primary and secondary health care. Given the clinical presentation suggestive of PMR, supported by elevated inflammatory markers, Prednisolone 20 mg/day was initiated, resulting in complete resolution of symptoms and normalization of inflammatory markers within two weeks. The high clinical suspicion allowed for adequate treatment, significant improvement in quality of life and prompt referral to specialist care.

KEYWORDS: Arthritis; Polymyalgia Rheumatica; Primary Health Care

1. Medicina Geral e Familiar SUB Monção, Mazedo, Portugal. 2. Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar Lordelo do Ouro, Porto, Portugal. 3. Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde Familiar de Gualtar, Braga, Portugal

Recebido/Received: 2025-05-24. Aceite/Accepted: 2026-03-18. Publicado online/Published online: 2026-05-12. Publicado/Published: 2026-06-09.
© Gazeta Médica 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial
© Gazeta Médica 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

INTRODUÇÃO

A polimialgia reumática (PMR) é uma patologia inflamatória de causa desconhecida que afeta quase exclusivamente adultos com idade superior a 50 anos, maioritariamente do sexo feminino, tendo um pico de incidência entre os 70 e os 80 anos.[1-3] Em Portugal, a sua prevalência é estimada em 0,1%,[4] associando-se a um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes.[5]

Segundo a Iniciativa Colaborativa da European League Against Rheumatism (EULAR)/American College of Rheumatology (ACR), o diagnóstico de PMR requer a presença dos seguintes critérios: idade igual ou superior a 50 anos; omalgia bilateral sem outra causa aparente e elevação da proteína C-reativa (PCR) e/ou velocidade de sedimentação (VS).[6]

Os critérios clínicos que suportam o diagnóstico de PMR baseiam-se no seguinte sistema de classificação: rigidez matinal com duração superior a 45 minutos (2 pontos); dor na cintura pélvica ou limitação na amplitude de movimentos (1 ponto); seronegatividade para fator reumatoide (FR) ou anticorpos anti-peptídeo citrulinado cíclico (anti-CCP) (2 pontos) e ausência de dor nas articulações periféricas (1 ponto). Uma pontuação total de ≥4 pontos indica uma alta probabilidade de PMR.[6] Sinais e sintomas sistémicos inespecíficos, como mal-estar, astenia, anorexia, perda ponderal e febre baixa, também podem estar presentes.[1-3]

Uma vez que não existem, atualmente, orientações internacionais, o tratamento da PMR varia muito na prática clínica. As recomendações mais recentes da EULAR/ACR estabelecem a prednisolona (PDN) em dose única diária de 12,5 a 25 mg/dia ou equivalente, na dose e duração individualizadas mínimas efetivas, devendo a resposta clínica inicial à terapêutica ser monitorizada em duas semanas.[7] O regime de redução gradual não é universal, mas sugere-se o cumprimento dos seguintes princípios, por um período mínimo de doze meses:

- Redução inicial: Reduzir a dose para uma dose oral equivalente a 10 mg/dia de PDN em 4 a 8 semanas.
- Terapêutica de recidiva: Aumentar a dose para a dose pré-recidiva e diminuí-la gradualmente (em 4 a 8 semanas) para a dose na qual a recidiva ocorreu.
- Redução gradual após a remissão ser alcançada: Reduzir a dose de PDN diária em 1 mg a cada 4 semanas (ou diminuir progressivamente 1,25 mg, através de um esquema como 10/7,5 mg em dias alternados, etc.) até a descontinuação, desde que a remissão seja mantida.[7,8]

Foram, ainda, estabelecidos subgrupos de PMR com diferentes fatores prognósticos baseados na experiência clínica, que são caracterizados por diferentes riscos de recaída, necessidade prolongada de corticoterapia e/ou eventos adversos relacionados com corticoterapia.[7]

A PMR pode anteceder, manifestar-se concomitantemente ou surgir após o diagnóstico de arterite de células gigantes (ACG), particularmente na sua forma temporal. Estudos epidemiológicos indicam que aproximadamente 10% dos pacientes com PMR evoluem para ACG, enquanto cerca de 50% dos indivíduos com ACG apresentam sintomas compatíveis com PMR, evidenciando a estreita relação fisiopatológica entre ambas as entidades clínicas.[9]

CASO CLÍNICO

Observámos, em contexto de consulta aberta numa Unidade de Saúde Familiar, uma doente do sexo feminino, com 76 anos de idade e 4 anos de escolaridade, totalmente independente nas atividades de vida diária. Era casada, residia com o marido e dispunha de suporte familiar adequado. Como antecedentes pessoais, apresentava dislipidemia, incontinência urinária de urgência, perturbação de ansiedade generalizada e artroplastia bilateral dos joelhos (esquerdo em 2014 e direito em 2022), no contexto de gonartrose. À data da consulta, estava medicada com sinvastatina 20 mg id, escitalopram 10 mg id e alprazolam 0,25 mg id.

Evidenciava um quadro clínico caracterizado por dor bilateral nas cinturas pélvica e escapular, de ritmo inflamatório, sem irradiação, com duração aproximada de quatro meses. Destacava o impacto significativo dos sintomas no seu dia a dia, com necessidade de apoio familiar para as deslocações e rotinas diárias. Negava história de traumatismo prévio, perda de peso recente, febre, anorexia, claudicação dos masseteres, cefaleia temporal, amaurose ou diplopia. Ao exame objetivo, apresentava redução da mobilidade ativa e passiva, bem como rigidez nas cinturas pélvica e escapular, bilateralmente.

A análise do processo clínico revelou que, aproximadamente três meses antes, em consulta de Ortopedia — onde era acompanhada por gonartrose — a doente havia referido sintomatologia semelhante, acompanhada de elevação dos marcadores inflamatórios (VS 73 mm/h e PCR 61,5 mg/L), que foram solicitados pelo médico assistente, sem outros achados relevantes. Foi então prescrita terapêutica com deflazacorte 30 mg/dia durante sete dias, com parca resposta clínica. Posteriormente, por manutenção das queixas, havia recor-

rido a diversas consultas e medicada com diferentes fármacos anti-inflamatórios.

Perante a hipótese diagnóstica de PMR, solicitou-se estudo novo analítico, que revelou manutenção da elevação dos marcadores inflamatórios, VS e PCR; negatividade do FR e do anti-CCP, bem como valores normais de cálcio total, creatina fosfoquinase (CK), hormona estimulante da tiroide (TSH) e ionograma. Obtivemos, assim, um total de 5 pontos, de acordo com os critérios de classificação da EULAR,[6] apoiando o diagnóstico de PMR. Perante este enquadramento, foi iniciada terapêutica com PDN na dose de 15 mg/dia, com plano de redução progressiva ao longo de sete dias.

Na reavaliação telefónica, após duas semanas, a doente não referia qualquer alívio dos sintomas, pelo que lhe foi proposto retomar PDN na dose de 20 mg/dia. Na avaliação subsequente, duas semanas depois, verificou-se resolução das queixas, com recuperação da capacidade funcional e retoma das atividades de vida diária. Repetiu-se o estudo analítico, que revelou normalização dos marcadores inflamatórios.

Assim, assumiu-se o diagnóstico provável de PMR. A doente manteve seguimento em cuidados de saúde primários (CSP), onde prosseguiu o tratamento com PDN, e foi feita a referenciação para a consulta hospitalar de Reumatologia, como preconizado nas orientações nacionais.[10] Envolveu-se a família no tratamento, informando-se sobre o impacto da PMR, tratamento e sinais de alarme para ACG.

DISCUSSÃO

A PMR é uma doença inflamatória que se caracteriza por uma clínica de dor e rigidez de ritmo inflamatório com envolvimento articular e periarticular das cinturas escapular e pélvica, associando-se habitualmente a um aumento dos parâmetros inflamatórios, nomeadamente VS e PCR. O diagnóstico é clínico e pode ser desafiante. Pela sobreposição de sintomas e implicações terapêuticas, a avaliação deve ser dirigida para a exclusão de condições mimetizadoras relevantes, tais como outras doenças inflamatórias (artrite reumatoide, espondiloartrites, lúpus eritematoso sistémico, polimiosite, dermatomiosite, vasculites sistémicas); fibromialgia; doenças infeciosas; endocrinológicas; paraneoplásicas; entre outras.[11]

O estudo inicial da suspeita de PMR deve incluir análises com os seguintes parâmetros: FR e/ou anti-CCP, PCR e/ou VS, hemograma, glicose, creatinina, função hepática, cálcio, fosfatase alcalina e exame sumário de urina. Adicionalmente, e dependendo dos diagnósticos diferenciais, pode considerar-se eletroforese de proteínas, TSH, CK, vitamina D, anticorpos antinucleares (ANA) e anticorpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).[7]

O presente caso ilustra um quadro sugestivo de PMR, em que a doente apresenta dor e rigidez de ritmo inflamatório nas cinturas escapular e pélvica, frequentemente descritas nesta doença, com afeção da qualidade de vida e elevação dos marcadores inflamatórios. Optou-se por medicar com PDN 15 mg/dia, como preconizado na literatura, no entanto, suspendeu-se a terapêutica ao fim de sete dias, não se tendo garantido a duração mínima efetiva, pelo que as queixas recorreram. Reiniciou-se posteriormente o tratamento numa dose superior (PDN 20 mg/dia), com boa resposta. Sabemos que o tratamento da PMR deve ser personalizado e 29%–45% dos pacientes não respondem adequadamente aos glicocorticoides em 3–4 semanas, sendo comuns as recaídas e a dependência prolongada desta terapêutica.[5,6]

Os efeitos secundários dos glicocorticoides ocorrem em cerca de 50% dos casos. A Medicina Geral e Familiar pode ter um papel importante na identificação e monitorização de fatores de risco para a ocorrência destes efeitos, tais como comorbilidades (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, úlcera péptica, osteoporose, catarata, glaucoma), infeções crónicas ou recorrentes e toma concomitante de anti-inflamatórios não esteróides.[13,14]

Na vigilância de doentes com PMR nos CSP, é fundamental considerar os efeitos da corticoterapia a longo prazo, nomeadamente atender à prevenção e deteção precoce de diabetes m*ellitus*, hipertensão arterial, aumento ponderal, infeções, osteoporose, osteonecrose e miopatia.[15]

De acordo com a Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia, todos os doentes com diagnóstico provável de PMR com clínica que persista há mais de seis semanas devem ser prontamente referenciados à consulta da especialidade,[4] particularmente nos casos de apresentação atípica (como artrite inflamatória periférica, sintomas sistémicos, idade inferior a 60 anos); antecedentes ou alto risco de efeitos adversos à terapêutica; PMR refratária à terapêutica com corticoterapia e/ou recidiva/terapêutica prolongada.[7]

Assim, a PMR é uma patologia complexa, incapacitante e frequentemente subdiagnosticada nos CSP, sendo que os médicos de família têm um papel importante na sua deteção precoce e orientação, devendo estar capacitados para reconhecer os critérios clínicos, excluir

diagnósticos diferenciais e assegurar a referenciação atempada à consulta de Reumatologia, de modo a evitar terapêuticas inadequadas e recurso excessivo aos cuidados de saúde.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO /CONTRIBUTORSHIP STATEMENT

TF – Coordenação e redação do artigo

AS, CB, TS – Redação do artigo

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada

TF – Coordination and drafting of the article

AS, CB, TS – Drafting of the article

All authors approved the final version to be published

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

CONSENTIMENTO: Consentimento do doente para publicação obtido.

PROVENIÊNCIA E REVISÃO POR PARES: Não comissionado; revisão externa por pares.

ETHICAL DISCLOSURES

CONFLICTS OF INTEREST: The authors have no conflicts of interest to declare.

FINANCING SUPPORT: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

CONFIDENTIALITY OF DATA: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

PATIENT CONSENT: Consent for publication was obtained.

PROVENANCE AND PEER REVIEW: Not commissioned; externally peer-reviewed.

REFERÊNCIAS

1. González-Gay MA, Matteson EL, Castañeda S. Polymyalgia rheumatica. Lancet. 2017;390:1700-12. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31825-1.
2. Camellino D, Giusti A, Girasole G, Bianchi G, Dejaco C. Pathogenesis, diagnosis and management of polymyalgia rheumatica. Drugs Aging. 2019;36:1015-26. doi: 10.1007/s40266-019-00705-5.
3. Nesher G. Polymyalgia rheumatica--diagnosis and classification. J Autoimmun. 2014;48-49:76-8. doi: 10.1016/j.jaut.2014.01.016.
4. Branco JC, Rodrigues AM, Gouveia N, Eusébio M, Ramiro S, Machado PM, et al. Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: results from EpiReumaPt- a national health survey. RMD Open. 2016 19;2:e000166. doi: 10.1136/rmdopen-2015-000166.
5. Hutchings A, Hollywood J, Lamping DL, Pease CT, Chakravarty K, Silverman B, et al. Clinical outcomes, quality of life, and diagnostic uncertainty in the first year of polymyalgia rheumatica. Arthritis Rheum. 2007;57:803-9. doi: 10.1002/art.22777.
6. Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H, Schmidt WA, Schirmer M, Salvarani C, et al. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2012;7:484-92. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200329.
7. Dejaco C, Singh YP, Perel P, Hutchings A, Camellino D, Mackie S, et al. 2015 recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. Arthritis Rheumatol. 2015;67:2569-80. doi: 10.1002/art.39333.
8. Muratore F, Pipitone N, Hunder GG, Salvarani C. Discontinuation of therapies in polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. Clin Exp Rheumatol. 2013;31:S86-92.
9. Salvarani C, Pipitone N, Versari A, Hunder GG. Clinical features of polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. Nat Rev Rheumatol. 2012;8:509-21. doi: 10.1038/nrrheum.2012.97.
10. Branco JC, Faustino A, Carvalho B, Araújo F, Canhão H, Canhão I, et al. Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referenciação de Reumatologia. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde (SNS); 2015.
11. Lundberg IE, Sharma A, Turesson C, Mohammad AJ. An update on polymyalgia rheumatica. J Intern Med. 2022;292:717-32. doi: 10.1111/joim.13525.
12. Gazitt T, Zisman D, Gardner G. Polymyalgia rheumatica: a common disease in seniors. Curr Rheumatol Rep. 2020;22:40. doi: 10.1007/s11926-020-00919-2.
13. Curtis JR, Westfall AO, Allison J, Bijlsma JW, Freeman A, George V, et al. Population-based assessment of adverse events associated with long-term glucocorticoid use. Arthritis Rheum. 2006;55:420-6. doi: 10.1002/art.21984.
14. McDonough AK, Curtis JR, Saag KG. The epidemiology of glucocorticoid-associated adverse events. Curr Opin Rheumatol. 2008;20:131-7. doi: 10.1097/BOR.0b013e3282f51031.
15. Duru N, van der Goes MC, Jacobs JW, Andrews T, Boers M, Buttgereit F, et al. EULAR evidence-based and consensus--based recommendations on the management of medium to high-dose glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. Ann Rheum Dis. 2013;72:1905-13. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203249.