

# POLIMIALGIA REUMÁTICA AOS 49 ANOS: UM DIAGNÓSTICO INESPERADO - RELATO DE CASO

## POLYMYALGIA RHEUMATICA AT 49 YEARS OLD: AN UNEXPECTED DIAGNOSIS - CASE REPORT

Autores:

Flávia Meireles<sup>1</sup>, Ana Pinto Dias<sup>2</sup>

### RESUMO

**Introdução:** A polimialgia reumática é uma doença inflamatória, mais frequente em mulheres e em indivíduos com mais de 50 anos, com pico de incidência na oitava década de vida. Caracteriza-se por dor e rigidez na região cervical e nas cinturas escapular e pélvica, geralmente associadas a elevação dos marcadores inflamatórios e resposta rápida à corticoterapia em baixa dose. O caso apresentado salienta a importância de considerar esta patologia no diagnóstico diferencial mesmo antes dos 50 anos, dado o impacto do reconhecimento precoce nos cuidados de saúde primários na redução da morbilidade.

**Descrição do caso:** Mulher de 49 anos, com antecedentes de doença venosa crónica. Como medicação habitual faz apenas progestativo oral, como método anti-contracetivo. Em consulta programada na unidade de saúde familiar, encontrava-se assintomática, apresentando, nos exames de rotina, anemia ligeira normocítica normocrômica, compatível com anemia de doença inflamatória, e velocidade de sedimentação aumentada. Dois meses depois, iniciou cervicalgia, dor nas cinturas pélvica e escapular, rigidez matinal e limitação funcional, com alívio parcial com ibuprofeno. Os exames imagiológicos revelaram apenas alterações degenerativas ligeiras. Posteriormente, verificou-se agravamento da anemia e manutenção de marcadores inflamatórios aumentados, com anticorpos antinucleares e HLA-B27 negativos, e observou-se limitação da abdução dos ombros. Foi referenciada a consulta de Medicina Interna. Na consulta hospitalar, iniciou prednisolona 10 mg/dia, pelo provável diagnóstico de polimialgia reumática, com melhoria acentuada após um mês de terapêutica.

**Comentário:** Este caso ilustra uma apresentação de polimialgia reumática numa idade atípica, muito antes do pico habitual de incidência da doença. Destaca-se a importância da escuta clínica e da valorização de sintomas inespecíficos na presença de marcadores inflamatórios elevados. O acompanhamento regular é essencial pela possível associação a arterite de células gigantes. O papel do médico de família é crucial no reconhecimento precoce, referência e seguimento, contribuindo para melhor prognóstico e qualidade de vida.

**Palavras-chave:** polimialgia reumática; doença reumatológica

### ABSTRACT

**Introduction:** Polymyalgia rheumatica is an inflammatory disease, more common in women and individuals over 50 years, with a peak incidence in the eighth decade of life. It is characterized by pain and stiffness in the cervical region, shoulder and pelvic girdles, usually associated with elevated inflammatory markers and a rapid response to low-dose corticosteroids. The present case highlights the importance of considering this condition in the differential diagnosis even before the age of 50, given the impact of early recognition in primary health care on reducing morbidity.

**Case description:** 49-year-old woman with chronic venous disease. Her usual medication is only oral progestogen, used as a contraceptive method. During a scheduled appointment at the family health unit, she was asymptomatic but routine laboratory tests revealed mild normocytic normochromic anemia, compatible with anemia of inflammatory disease, and an elevated erythrocyte sedimentation rate. Two months later, she developed cervical, pelvic and shoulder girdle pain, morning stiffness and functional limitation, with partial relief with ibuprofen. Imaging studies showed only mild degenerative changes. Subsequently, worsening of the anemia and persistence of elevated inflammatory markers were observed, with negative antinuclear antibodies and HLA-B27, as well as limitation of shoulder abduction. She was referred to Internal Medicine. At the hospital consultation, prednisolone 10 mg/day was initiated for a probable diagnosis of polymyalgia rheumatica, with marked improvement after one month of treatment.

**Comment:** This case illustrates a presentation of polymyalgia rheumatica at an atypical age, well before the usual peak incidence of the disease. It emphasizes the importance of careful clinical assessment and the consideration of nonspecific symptoms in the presence of elevated inflammatory markers. Regular follow-up is essential due to the possible association with giant cell arteritis. The role of the family physician is crucial in early recognition, referral, and follow-up, contributing to a better prognosis and quality of life.

**Keywords:** polymyalgia rheumatica; rheumatic diseases

1. Médica interna de Medicina Geral e Familiar, USF Boa Nova, ULS Gaia e Espinho

2. Médica especialista de Medicina Geral e Familiar, USF Boa Nova, ULS Gaia e Espinho

## INTRODUÇÃO

A polimialgia reumática é uma doença inflamatória de etiologia desconhecida, que afeta predominantemente indivíduos com mais de 50 anos, com pico entre os 70 e 80 anos, e predomínio no sexo feminino (numa razão 2-3:1).<sup>1,2</sup>

Caracteriza-se por dor e rigidez bilateral das cinturas escapular e pélvica, frequentemente associadas a envolvimento cervical e das coxas. A rigidez matinal prolongada (superior a 30 minutos) e a dor noturna são manifestações comuns, melhorando ao longo do dia, mas reaparecendo após períodos de inatividade, condicionando limitações funcionais em atividades diárias simples (vestir-se, pentear o cabelo, levantar-se da cama).<sup>2,3</sup>

O diagnóstico baseia-se na presença de sintomas típicos por mais de duas semanas em pessoas com idade superior a 50 anos, associados a elevação de marcadores inflamatórios (velocidade de sedimentação – VS – e proteína C reativa - PCR), resposta rápida e favorável a corticoterapia em baixa dose e exclusão de outras patologias.<sup>2</sup> O diagnóstico diferencial inclui artrite reumatoide seronegativa, miosite por corpos de inclusão, espondiloartrite, fibromialgia, hipotireoidismo, doenças ósseas e malignidade.<sup>2,4,5</sup>

O tratamento inicial consiste em glicocorticoides orais em baixa dose, tipicamente prednisolona 10 a 20 mg/dia, ajustando-se à dose mais baixa eficaz para remissão clínica, com monitorização cuidadosa devido à frequência de recidivas, sobretudo em casos de redução rápida da medicação.<sup>5,6</sup>

Com este relato pretende-se realçar um caso de polimialgia reumática numa idade atípica, reforçando a importância da suspeição diagnóstica nos cuidados de saúde primários.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Doente do sexo feminino, com 49 anos, advogada, com história de doença venosa crónica, sem outros antecedentes pessoais ou familiares de relevo. Medicação habitual: desogestrel 0,075 mg por dia (id).

Em janeiro de 2025, foi observada em consulta programada na unidade de saúde familiar, assintomática, negando história de infeções recentes ou outra sintomatologia nos meses anteriores. Não apresentava alterações de relevo ao exame objetivo. Os exames de rotina revelaram anemia ligeira, normocítica e normocrómica, com hemoglobina (Hb) 11,8 g/dL, volume corpuscular médio (VGM) 92,1 fL e hemoglobina corpuscular média (HGM) 30,3 pg, a favor de anemia de doença inflamatória, e VS elevada (82 mm/h), sem

outras alterações analíticas, nomeadamente do perfil lipídico, função renal ou hepática.

Em consulta telefónica de reavaliação, em maio, a utente referiu quadro persistente, iniciado em março, de cervicalgia, dor e fraqueza proximal das cinturas escapular e pélvica, rigidez matinal e limitação funcional, com incapacidade para se baixar devido a dores intensas, dificuldade em subir escadas, caminhar, sair do carro e pentear o cabelo. A dor localizava-se na cintura escapular, nas coxas (região frontal e posterior) e ao longo de toda a extensão dos membros inferiores, sendo mais intensa durante a noite, particularmente ao virar-se na cama, e associada a omalgia bilateral diurna e noturna. As queixas álgicas agravavam com a atividade física e movimentos, limitando a prática de exercício físico. A utente referiu sensação de rigidez matinal que melhorava com o movimento. Negava artralguas nas mãos, cotovelos, punhos e pés, exantemas, aftas, diarreia, queda de cabelo, cefaleias, claudicação mandibular, visão turva ou outras alterações da visão, febre, suores noturnos, perda de peso, astenia ou anorexia. Relatou melhoria parcial com anti-inflamatório não esteroide (AINE), mas recorrência dos sintomas após suspensão da medicação. Os exames laboratoriais mostraram persistência de VS elevada (58 mm/h), Hb 12,0 g/dL, VGM 94,8 fL e HGM 30,9 pg. O estudo complementar, incluindo proteinograma, ferro, ferritina, vitamina B12, ácido fólico, função hepática, renal e tireoideia, não revelou alterações. Adicionalmente, a utente partilhou resultado das radiografias da coluna cervical e lombar, que tinha realizado a nível particular, que evidenciavam discopatia em C4-C5, de provável natureza degenerativa ou herniária, e sinais incipientes de espondilose e discartrose em L4-L5, sem outras alterações significativas. Perante este quadro, foram consideradas como principais hipóteses diagnósticas polimialgia reumática, miosite por corpos de inclusão e dor musculoesquelética de origem degenerativa, justificando a realização de tomografia computadorizada (TC) da coluna cervical e lombar e nova avaliação analítica.

Em junho, em consulta presencial, referiu manutenção do quadro clínico. Ao exame objetivo, verificou-se limitação da abdução dos ombros acima dos 90°, o exame neurológico não apresentou alterações, com força e sensibilidade mantidas, e sem dor à palpação temporal. Adicionalmente, não apresentava aparentes deformações articulares, entesite, dactilite ou alteração da visão objetivada. Apresentou agravamento da anemia (Hb 10,6 g/dL, VGM 94,2 fL, HGM 31 pg), VS 96 mm/h, PCR 3,89 mg/dL, anticorpos

antinucleares (ANA) e HLA-B27 negativos. A TC da coluna cervical e lombar mostrou apenas alterações degenerativas ligeiras, sem critérios de conflito radicular, não justificando o quadro clínico. Diante da suspeita de patologia autoimune, foi encaminhada com caráter urgente para consulta externa de Medicina Interna e orientada para Medicina Física e de Reabilitação para alívio sintomático.

Em julho, na consulta de Medicina Interna, o quadro clínico foi considerado sugestivo de polimialgia reumática, pela associação de dor na cintura escapular e pélvica, rigidez matinal, limitação da abdução dos ombros e VS elevada, apesar da idade atípica. Iniciou, perante a suspeita clínica, prednisolona 10 mg/dia. No entanto, foram solicitados outros parâmetros analíticos para exclusão de outros diagnósticos que podem mimetizar a apresentação clínica desta patologia.

Um mês depois, observou-se melhoria clínica marcada, apesar de manter parâmetros inflamatórios elevados (VS > 120 mm/h e PCR 3,63 mg/dL) e anemia inflamatória (Hb 11,5 g/dL, VGM 93,7, HGM 30,6), e apresentava ANAs positivos (1/320, padrão mosqueado fino [AC-4] e homogêneo [AC-1]) e anticorpos anti-cN1A fortemente positivos. A creatina quinase (CK) e aldolase estavam normais e o fator reumatoide (FR), os anticorpos contra antígenos nucleares extraíveis (anticorpos ENA) e os anticorpos anti-peptídeo citrulinado (anti-CCP) foram negativos. O diagnóstico de polimialgia reumática foi considerado o mais provável, atendendo à clínica típica e à resposta favorável a baixa dose de corticoide. Paralelamente, iniciou tratamento de fisioterapia, com melhoria das queixas álgicas a nível das cinturas escapular e pélvica.

A utente mantém seguimento na consulta de Medicina Interna, tendo reduzido a dose de prednisolona, três meses depois do início do tratamento, de 10 mg id para 7,5 mg id, sem recidiva do quadro clínico, e mantém, associadamente, tratamento de fisioterapia, para analgesia, reforço e treino proprioceptivo.

## COMENTÁRIO

As queixas musculoesqueléticas constituem um dos motivos mais frequentes de consulta nos cuidados de saúde primários, abrangendo desde condições benignas e autolimitadas até doenças inflamatórias ou degenerativas com impacto funcional significativo. Neste contexto, a polimialgia reumática representa uma entidade desafiante, não só pela sua sobreposição sintomática com outras patologias mas também pela predominância em faixas etárias

específicas (superior a 50 anos e com pico de incidência na oitava década de vida), o que tende a enviesar a suspeição diagnóstica em pacientes mais jovens, como no caso apresentado.<sup>1</sup>

A clínica típica da polimialgia reumática inclui dor e rigidez bilateral das cinturas escapular e pélvica, rigidez matinal prolongada, limitação da mobilidade ativa dos ombros e elevação de marcadores inflamatórios (VS e PCR).<sup>2,3</sup> No caso relatado, a anemia inflamatória persistente e a VS elevada reforçaram a suspeição de doença sistémica, mesmo antes da elevação da PCR.

O diagnóstico diferencial é vasto. A artrite reumatoide seronegativa foi considerada, mas a ausência de sinovite objetiva, de deformações articulares e a negatividade dos anticorpos (FR e anti-CCP) tornaram-na improvável.<sup>2</sup> As espondiloartrites, embora pudessem justificar a lombalgia e cervicalgia, foram afastadas pela negatividade do HLA-B27 e pela ausência de manifestações típicas como entesite, dactilite ou uveíte.<sup>7</sup> A polimiosite também foi ponderada, mas a ausência de défice motor objetivo, a normalidade das enzimas musculares (CK e aldolase) e a rápida resposta a baixas doses de glicocorticoide não apoiaram este diagnóstico.<sup>2</sup> As alterações degenerativas da coluna, identificadas em exames de imagem, poderiam justificar parcialmente a dor, mas não explicavam a rigidez matinal prolongada, a limitação bilateral das cinturas e os marcadores inflamatórios elevados. A realização de exames de imagem da coluna cervical e lombar permitiu avaliar alterações estruturais, mas não excluiu de forma definitiva a hipótese de malignidade. Contudo, a ausência de sintomas constitucionais (febre, suores noturnos, perda de peso), a normalidade de parâmetros analíticos como hemograma, função hepática e renal e proteinograma, associada à resposta favorável à corticoterapia de baixa dose, tornaram esta hipótese pouco provável. A avaliação da função tiroideia permitiu excluir a hipótese de hipotireoidismo, doença comum no sexo feminino e que geralmente se manifesta por dor difusa e fadiga. Por fim, a fibromialgia, apesar de cursar com dor difusa, foi considerada pouco provável pela presença de inflamação laboratorialmente comprovada e pela resposta marcada à corticoterapia.<sup>2,4,5</sup>

O tratamento da polimialgia reumática baseia-se em glicocorticoides em baixa dose, com resposta clínica rápida, como observado neste caso após início de prednisolona 10 mg/dia. A evolução favorável reforçou o diagnóstico, apesar da positividade dos anticorpos anti-cN1A, achado pouco habitual na polimialgia reumática, que poderá representar um marcador

inespecífico mas que justifica vigilância clínica pela sobreposição de diferentes doenças imunológicas. A normalidade das enzimas musculares e a ausência de déficit motor objetivo tornam pouco provável a hipótese de miosite por corpos de inclusão, habitualmente associada a esse marcador.<sup>8</sup>

Uma das principais implicações clínicas da polimialgia reumática é a sua associação com arterite de células gigantes, que pode estar presente de forma concomitante ou sequencial, afetando cerca de 20% dos doentes. Dada a gravidade potencial desta complicação, particularmente pelo risco de amaurose súbita, é essencial manter uma vigilância clínica regular. No caso em análise, não existiram manifestações sugestivas de arterite de células gigantes (como a presença de cefaleias de novo, claudicação mandibular, alterações visuais ou sintomatologia constitucional), mas a sua monitorização mantém-se mandatória.<sup>1,2</sup>

Este caso apresenta algumas limitações, nomeadamente o atraso inicial na suspeição diagnóstica condicionado pela idade atípica de apresentação, e a dificuldade em distinguir, inicialmente, alterações degenerativas inespecíficas de manifestações inflamatórias. Entre os pontos fortes, destaca-se a valorização precoce dos sintomas nos cuidados de saúde primários, que permitiu uma investigação célere com identificação de causa inflamatória e exclusão de outras etiologias, orientando a utente com uma referência adequada e início precoce de terapêutica eficaz.

Assim, apesar de rara antes dos 50 anos, a polimialgia reumática deve ser considerada no diagnóstico diferencial de doentes mais jovens que apresentem cervicalgia, dor e rigidez das cinturas, associadas a elevação de marcadores inflamatórios. O papel do médico de família é fundamental na deteção precoce, na exclusão de diagnósticos alternativos e na referência atempada, contribuindo para reduzir morbidade e melhorar a qualidade de vida dos doentes.



#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Raleigh MF, Stoddard J, Darrow HJ. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis: rapid evidence review. *Am Fam Physician*. 2022;106(4):420-6
- 2- Lundberg IE, Sharma A, Turesson C, Mohammad AJ. An update on polymyalgia rheumatica. *J Intern Med*. 2022;292(6):717-32
- 3- Florescu MM, Bobircă F, Florescu A, Pădureanu V, Bobircă A, Ciurea PL, *et al*. Polymyalgia rheumatica: An update (Review). *Exp Ther Med*. 2023;26(4):543
- 4- Pease CT, Haugeberg G, Montague B, Hensor EM, Bhakta BB, Thomson W, *et al*. Polymyalgia rheumatica can be distinguished from late onset rheumatoid arthritis at baseline: results of a 5-yr prospective study. *Rheumatology (Oxford)*. 2009;48(2):123-7
- 5- Mahmood SB, Nelson E, Padniewski J, Nasr R. Polymyalgia rheumatica: An updated review. *Cleve Clin J Med*. 2020;87(9):549-56

6- Kremers HM, Reinalda MS, Crowson CS, Zinsmeister AR, Hunder GG, Gabriel SE. Relapse in a population based cohort of patients with polymyalgia rheumatica. *J Rheumatol*. 2005;32(1):65-73

7- Olivieri I, Garcia-Porrúa C, Padula A, Cantini F, Salvarani C, Gonzalez-Gay MA. Late onset undifferentiated spondyloarthritis presenting with polymyalgia rheumatica features: description of seven cases. *Rheumatol Int*. 2007;27(10):927-33.

8- Salam S, Dimachkie MM, Hanna MG, Machado PM. Diagnostic and prognostic value of anti-cN1A antibodies in inclusion body myositis. *Clin Exp Rheumatol*. 2022;40(3):384-93

#### CONFLITOS DE INTERESSE:

Os autores declaram não existir qualquer conflito de interesse no âmbito do estudo desenvolvido.

#### CORRESPONDÊNCIA:

Flávia Meireles  
fmcosta98@gmail.com

#### CONTRIBUIÇÃO AUTORMAL:

FM: Redação e revisão do artigo  
APD: Redação e revisão do artigo

RECEBIDO: 13 de novembro de 2025 | ACEITE: 06 de abril de 2026