

Polymyalgia rheumatica

Georgina Espígol-Frigolé, Christian Dejaco, Sarah L Mackie, Carlo Salvarani, Eric L Matteson, Maria C Ci

Lancet 2023; 402: 1459-72

Polimialgia reumática

- Enfermedad inflamatoria crónica que afecta las estructuras periarticulares de las articulaciones proximales casi exclusivamente en personas mayores de 50 años.
- Dolor y rigidez en el cuello, los hombros y la cintura pélvica junto con síntomas sistémicos y elevación de los reactantes de fase aguda
- El diagnóstico y la clasificación de la polimialgia reumática se basan principalmente en motivos clínicos y requieren una evaluación cuidadosa para excluir otras enfermedades
- Varias modalidades de imágenes pueden resultar cada vez más útiles para los médicos durante el proceso de diagnóstico
- Los glucocorticoides en dosis medias siguen siendo la base del tratamiento, ya que la eficacia de los fármacos inmunosupresores como agentes ahorradores de glucocorticoides sigue siendo controvertida
- Las terapias dirigidas pronto ampliarán el horizonte terapéutico para las personas con polimialgia reumática

Polimialgia reumática

- ▶ La actividad y la remisión de la enfermedad aún son difíciles de evaluar porque las comorbilidades, comunes en los adultos mayores, pueden producir síntomas similares
- ▶ Los efectos secundarios del tratamiento crónico con glucocorticoides son comunes en estos individuos.
- ▶ Especial atención a los aspectos consolidados y los avances realizados en los últimos 5 años.

Epidemiología

- ▶ Tres veces más común que la arteritis de células gigantes y alrededor del 75% de las personas que padecen esta afección son mujeres.
- ▶ Casi todas las personas con polimialgia reumática tienen más de 50 años y la prevalencia de la enfermedad es mayor entre las personas de 70 a 80 años.
- ▶ A 113 casos/100000 en Escandinavia y 13,52/100000 en España. Corea del Sur 2,06 y Argentina similar a Europa del Sur

Fisiopatología

- ▶ Mecanismos comunes con la arteritis de células gigantes, pero los estudios anatómicos son mucho mayores en esta última
- ▶ Influyen el envejecimiento, la genética y los mecanismos inmunitarios innatos y adaptativos contra desencadenantes desconocidos
- ▶ Mayor número de células inmunosenescentes y autorreactivas en la sangre periférica de personas con polimialgia reumática o arteritis de células gigantes
- ▶ Anomalías en la respuesta inmune innata, incluyen un patrón alterado de expresión del receptor tipo peaje en células mononucleares de sangre periférica, activación de neutrófilos y disfunción de los fagocitos
- ▶ El riesgo de polimialgia reumática aumenta en personas que portan los alelos HLA-DRB1.04 o HLA-DRB1.01, con asociación menos consistente que en la arteritis
- ▶ Respuesta de fase aguda notable, una mayor producción de IL-6 por los monocitos circulantes y concentraciones séricas elevadas de IL-6

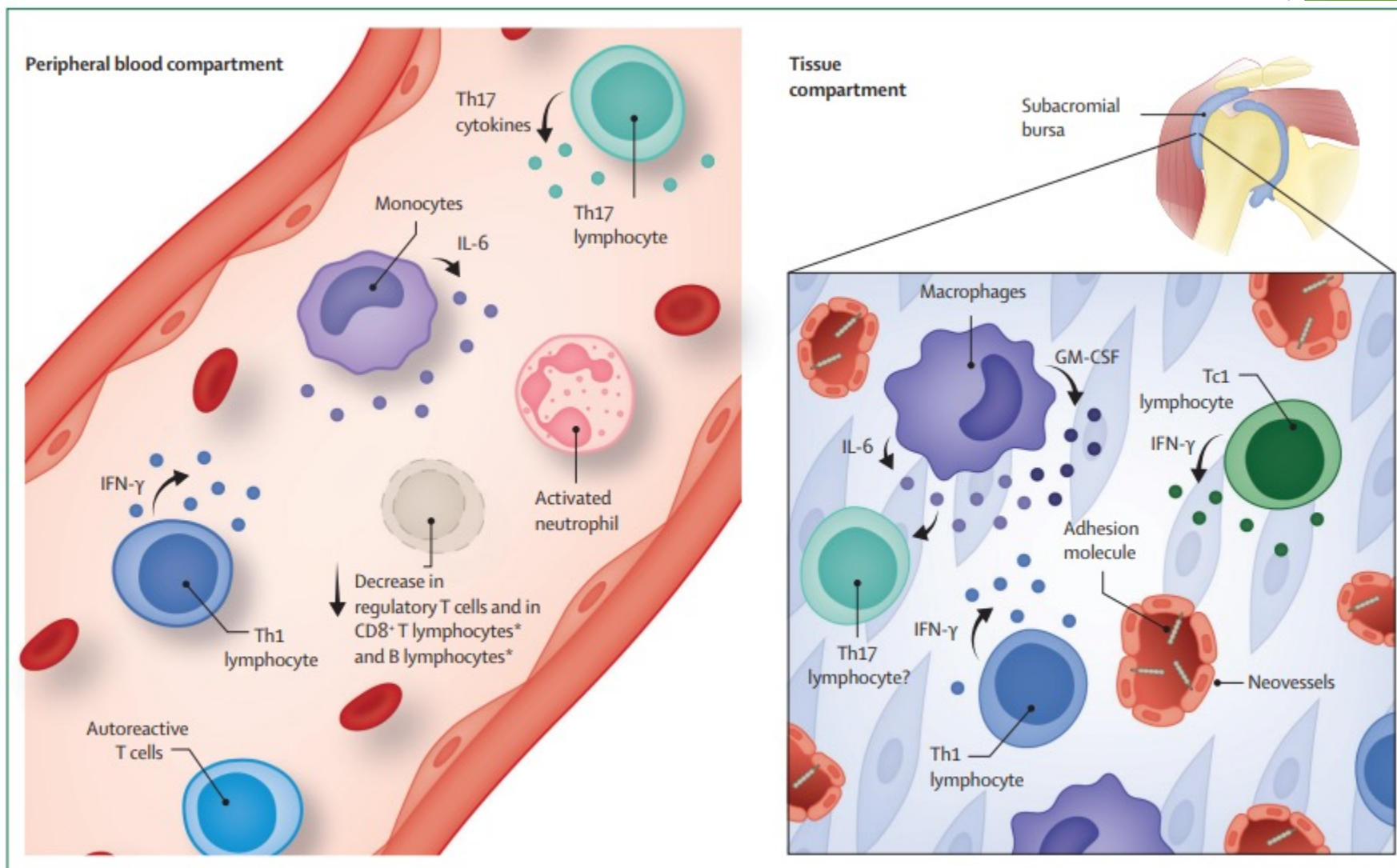


Figure 1: Pathophysiological clues derived from immunopathological studies in polymyalgia rheumatica

Manifestaciones clínicas

- ▶ Dolor y rigidez en el cuello, el torso, los hombros y la cintura pélvica, el llamado síndrome polimiálgico.
- ▶ Inicio suele ser repentino, pero las características clínicas completas pueden tardar varios días en desarrollarse
- ▶ Puede predominar por la mañana, pero puede extenderse a todo el día y el dolor interfiere con el sueño nocturno
- ▶ El dolor bilateral en el hombro que se irradia distalmente hacia los codos es la manifestación más común en la mayoría de las personas con polimialgia reumática (70 a 95%), mientras que el dolor en el cuello y la cintura pélvica es menos frecuente (50 a 70%)
- ▶ La enfermedad recurrente y el tratamiento con glucocorticoides pueden eventualmente disminuir el trofismo y la fuerza muscular.
- ▶ Manifestaciones sistémicas hasta en el 40%, la fiebre alta más común en la arteritis

Manifestaciones clínicas

- ▶ El 50% de las personas tienen manifestaciones musculoesqueléticas distales.
- ▶ 25% dolor e hinchazón en las rodillas (40%) y las muñecas (40%). El 25% las metacarpofalángicas
- ▶ Asimétrica y no erosiva
- ▶ 8 a 12% hinchazón difusa de la extremidad distal con edema con fóvea, principalmente en el dorso de las manos y las muñecas, pero también en los tobillos y la parte superior de los pies por tenosinovitis
- ▶ Síndrome del túnel carpiano debido a tenosinovitis de los flexores de la muñeca: 14% de los pacientes

Laboratorio

- ▶ Aumento de VSG y PCR, una o ambas
- ▶ Si las dos son normales sería poco probable el diagnóstico
- ▶ El 7-20% pueden tener VSG normal
- ▶ Los autoanticuerpos, incluidos los anticuerpos antinucleares, los anticuerpos antipéptidos citrulinados cíclicos y el factor reumatoide, suelen ser negativos, pero el 10% de los adultos pueden tenerlo a títulos bajos sin relación con el proceso de polimialgia para el

Enfoque clínico, pasos

- ▶ Identificación del síndrome polimiálgico
- ▶ Exclusión de enfermedades simuladas mediante pruebas adecuadas o derivación a un especialista
- ▶ Exclusión de la arteritis de células gigantes
- ▶ Derivación a un especialista

Enfoque clínico

Clinical clues		Actions and tests
Step 1: identification of the polymyalgic syndrome		
Patient consultation because of aching	New onset of pain and stiffness in the upper and sometimes lower girdles	Detailed history and examination; ESR and CRP
Step 2: exclusion of mimicking diseases with appropriate tests or specialist referral		
Inflammatory rheumatic diseases with typical joint involvement		
Late-onset rheumatoid arthritis	Symmetrical distal peripheral arthritis and erosions	Anti-cyclic citrullinated peptides, rheumatoid factor; imaging*
Late-onset spondylarthritis	Inflammatory low-back pain and stiffness, and enthesitis	Imaging
Late-onset systemic lupus erythematosus	Systemic manifestations (eg, skin and serositis)	Antinuclear antibodies, anti-dsDNA, other autoantibodies, complement
Calcium pyrophosphate deposition disease†	Knee and wrist involvement; dens axis also frequently involved	Imaging; synovial fluid examination (presence of crystals)
Inflammatory rheumatic diseases with predominant systemic involvement		
Inflammatory myopathies	Weakness and myalgia predominate, no clear stiffness, and systemic involvement (eg, skin and lung)	Creatine kinase, autoantibodies; electromyogram; muscle MRI; and muscle biopsy
Systemic vasculitis other than giant cell arteritis	Myalgia predominates over stiffness and systemic involvement (eg, skin; kidney; lung; ear, nose, and throat; and peripheral neuropathy)	Urinalysis, anti-neutrophil cytoplasmic antibodies detection, cryoglobulins, complement; electromyogram; imaging; and biopsy of involved sites
Non-inflammatory rheumatic diseases		
Osteoarthritis†	Mechanical pain, stiffness, or deformities	Physical examination; ESR and CRP‡ (not elevated); imaging
Tendinopathies†	Mechanical pain and limited range of motion	Physical examination and imaging
Chronic pain syndromes†	Long-lasting, diffuse, non-inflammatory pain without objective clinical signs and with trigger points and fatigue	Physical examination and imaging; ESR and CRP‡ (not elevated)
Other		
Malignancies (eg, multiple myeloma and bone metastasis)	Widespread pain and no stiffness; focal manifestations of the primary tumour; and systemic features	Blood tests guided by clinical assessment: marked elevation of ESR compared with CRP; hepatic function, LDH, and protein electrophoresis and immunofixation; tumour markers; and imaging (PET-CT), endoscopy (to rule out gastrointestinal or lung malignancies, when contextually indicated), and biopsies
Subacute and chronic infections (eg, endocarditis, septic arthritis)	Fever, systemic features, focal manifestations (eg, new heart murmur, skin lesions, back pain, mono-articular arthritis); marked elevation of CRP compared with ESR	Cultures and serology; procalcitonin; arthrocentesis; imaging, as guided by clinical assessment
Neurodegenerative (eg, Parkinson's disease and amyotrophic lateral)	Gradual onset, stiffness with weakness and muscle atrophy, rather than pain; other neurological features (eg, gait disturbance, hyperreflexia, clonus, muscle fibrillation, tremor)	No elevation of ESR and CRP‡; specialist evaluation
Drug-induced myopathy	Intake of a potentially myopathic drug (ie, statins); myalgia and weakness predominate	Creatine kinase, anti-HMGCR antibodies, and muscle biopsy in selected cases
Endocrinopathies (eg, thyroid disease and hyperparathyroidism)	Weakness more prominent than pain; other features of hyperthyroidism (eg, tremor, tachycardia, diarrhoea, weight loss) or hypothyroidism (eg, bradycardia, constipation, weight gain)	APR can be elevated in hyperthyroidism; creatine kinase and transaminases can be elevated, thyroid-stimulating hormone, calcium and phosphorous, and parathyroid hormone
Osteomalacia	Diffuse pain and weakness	Vitamin D; imaging
Step 3: exclusion of giant cell arteritis		
People with features that could suggest giant cell arteritis	Cranial symptoms, extremity claudication, temporal artery abnormalities, marked systemic symptoms	APR highly elevated or temporal artery biopsy; imaging of cranial vessels, large-vessel imaging, or both
Step 4: specialist referral		
Diagnostic uncertainty: alternative diagnosis (same as previous step)	Age <60 years; chronic onset (>2 months); lack of shoulder involvement; lack of inflammatory stiffness; prominent weakness; marked systemic features; coexisting, potentially confounding, comorbidities; features of other rheumatic diseases; suspicion of giant cell arteritis; and incomplete, poorly sustained, or no response to glucocorticoids	Tests guided by clinical clues; normal or extremely elevated APR
Treatment optimisation for polymyalgia rheumatica	Inability to reduce glucocorticoids due to relapsing disease, contraindications to glucocorticoids therapy, early glucocorticoids side-effects, and need for long-term glucocorticoids (>2 years)	Differentiating active disease from comorbidities, immunosuppressive treatment, targeted therapies, and inclusion in clinical trials
This table is based on expert opinion. APR=acute phase reactants. CRP=C-reactive protein. dsDNA=double-stranded DNA. ESR=erythrocyte sedimentation rate. *Imaging: x-ray, ultrasound, MRI or PET-CT, as contextually indicated. †Might coexist with polymyalgia rheumatica. ‡Common comorbidities in older adults (aged ≥50 years) could independently produce mild elevation of these markers (ie, mild infection and anaemia of any cause).		
Table 1: Stepwise approach to the diagnosis of polymyalgia rheumatica		

Polimialgia reumática
Lancet 2023; 402: 1459-72

Esta tabla está basada en la
opinión de expertos

Papel de las imágenes

- ▶ Ecografía, RM y PET
- ▶ Los hallazgos ecográficos aumentan la especificidad de los criterios de clasificación y contribuyen al diagnóstico diferencial de otros procesos
- ▶ Bursitis subacromial o subdeltoidea bilateral leve ocurre en 32 a 93%
- ▶ La capsulitis del hombro (69%), la tendinitis del manguito rotador (72%) y la tenosinovitis del bíceps (37-60%) son hallazgos comunes en personas con polimialgia reumática no tratadas
- ▶ La sinovitis bilateral de hombros (26-52%) y caderas (18-32%), así como la afectación de las articulaciones periféricas, en particular la tenosinovitis de los tendones extensores de las manos (67%), también son compatibles con el diagnóstico de polimialgia reumática
- ▶ Bursitis trocantérea bilateral hasta en el 90% de los pacientes en estudios de imagen tempranos, mientras que estudios posteriores solo encontraron esta lesión en aproximadamente el 20% de las personas con polimialgia reumática

Imagen

- ▶ PET puede mostrar captación en hombros, articulaciones esternoclaviculares, caderas, tuberosidades isquiáticas y caderas
- ▶ Bursitis interespinosa de la columna cervical y lumbar, observada mediante ecografía, resonancia magnética o PET
- ▶ Se han propuesto puntuaciones para la evaluación PET en estudios retrospectivos que arrojan una sensibilidad del 96,9 al 98,8% y una especificidad del 92,8 al 95,2% para el diagnóstico de polimialgia reumática, pero deben validarse mediante una evaluación prospectiva.
- ▶ RM: La anomalía más notable es la intensificación del contraste peritendinoso e intratendinoso de varios tendones
 - ▶ La inflamación extracapsular en la pelvis también pareció diferenciar mejor la polimialgia reumática de la artritis reumatoide de aparición tardía
- ▶ También ayudan para el estudio de la arteritis, coexistente

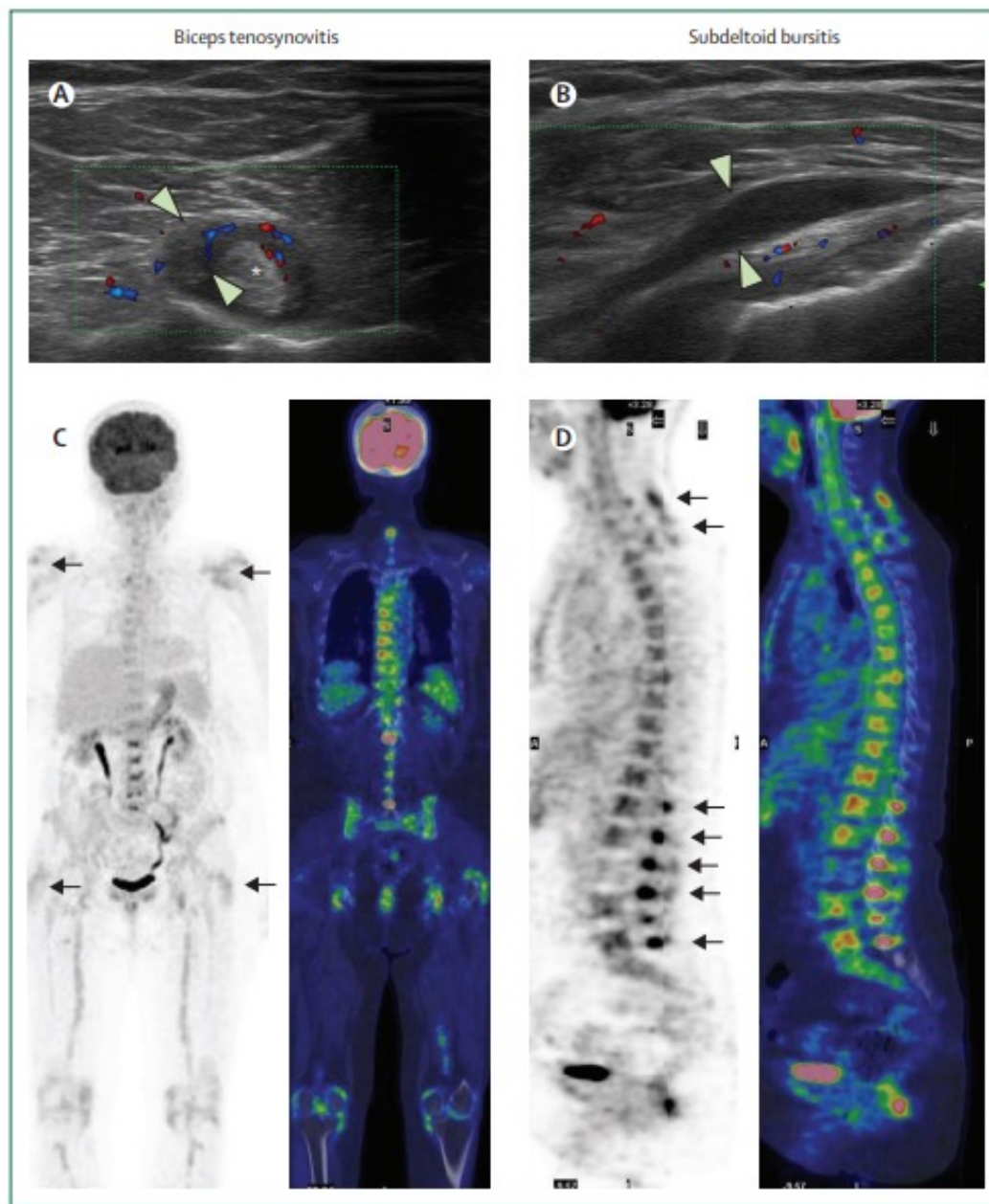


Figure 2: Characteristic ultrasound and PET-scan imaging findings in people with polymyalgia rheumatica
 (A) Cross-sectional view of biceps tenosynovitis. Asterisk denotes the biceps tendon, which is surrounded by hypoechoic fluid, pointed to by arrows. (B) Longitudinal view of subdeltoid bursitis. Arrows delimitate the hypoechoic fluid within the bursa. (C) Increased [^{18}F]fluorodeoxyglucose (^{18}F FDG) uptake by PET scan in the shoulders and trochanteric areas (arrows). (D) Increased ^{18}F FDG uptake by PET scan in the cervical and interspinous areas (arrows).

Criterios de clasificación (EULAR y ACR)

Pacientes de 50 años o más con dolor de hombro bilateral y concentraciones anormales de proteína C reactiva o aumento de la velocidad de sedimentación globular, más al menos 4 puntos (sin ecografía) o al menos 5 puntos (con ecografía) de:

- Rigidez matutina durante más de 45 min (2 puntos)
- Dolor de cadera o rango de movimiento restringido (1 punto)
- Ausencia de factor reumatoide o anticuerpos antiproteína citrulinada (2 puntos)
- Ausencia de otra afectación articular (1 punto)
- Si se dispone de ecografía, al menos un hombro con bursitis subdeltoidea, tenosinovitis del bíceps o sinovitis glenohumeral (ya sea posterior o axilar), así como al menos una cadera con sinovitis o bursitis trocantérica (1 punto)
- Si se dispone de ecografía, ambos hombros con bursitis subdeltoidea, tenosinovitis del bíceps o sinovitis glenohumeral (1 punto)

Polimialgia reumática - Arteritis de la temporal

- ▶ 40% y el 60% de las personas con arteritis de células gigantes comprobada por biopsia o imágenes tienen polimialgia reumática
- ▶ La polimialgia reumática puede preceder a la arteritis de células gigantes clínicamente aparente en semanas, meses o años...
- ▶ ...o desarrollarse después de un episodio autolimitado de síntomas craneales o durante una recaída
- ▶ La proporción de personas que presentan principalmente polimialgia reumática y que tienen arteritis de células gigantes asintomática es más variable: entre el 0% y más del 40%
- ▶ En ausencia de síntomas craneales, se puede sospechar arteritis de células gigantes en personas con manifestaciones sistémicas marcadas, reactivos de fase aguda persistentemente elevados, dolor vascular en las extremidades inferiores o respuesta incompleta al rango de dosis de los glucocorticoides utilizados en la polimialgia reumática

Polimialgia reumática - Arteritis de la temporal

- ▶ Vigilar la coexistencia de arteritis por los riesgos potenciales sobre la visión
- ▶ Los pacientes con polimialgia reumática sin síntomas craneales en quienes se descubre vasculitis de grandes vasos mediante imágenes podrían tener un riesgo reducido de complicaciones isquémicas craneales.

Asociación con otras enfermedades inmunomediadas

- ▶ Tiroides
- ▶ Hepatitis autoinmune
- ▶ Colangitis biliar primaria
- ▶ Enfermedad inflamatoria intestinal
- ▶ Síndrome de Sjögren
- ▶ PR puede desarrollarse en personas con neoplasias malignas tratadas con inhibidores de puntos de control inmunológico.
 - ▶ La prevalencia es baja, oscilando entre menos del 1% y el 2,1% de los pacientes tratados
 - ▶ Suele ser atípica en su presentación
 - ▶ No suele cumplir los criterios clínicos

Tratamiento: corticoides

- ▶ Prednisona oral o su equivalente en una dosis de 12,5 a 25,0 mg por día
 - ▶ Aumentar o disminuir según las necesidades de evolución clínica o potenciales riesgos por el tratamiento
- ▶ Respuesta en pocos días o una semana
- ▶ El 27 % de los participantes no respondieron completamente a la terapia estándar con glucocorticoides después de 4 semanas y el 20% no respondió completamente después de 12 semanas
- ▶ La duración mínima habitual del tratamiento con glucocorticoides es de 9 a 12 meses; sin embargo, algunos pacientes pueden mantener la remisión con períodos de tratamiento más cortos, más prolongado cuando se producen recaídas y algunos lo necesitan durante varios años o de por vida a dosis habitualmente bajas
- ▶ Fraccionar la dosis si hay dolor de predominio nocturno
- ▶ Alternativa con 120 mg intramuscular cada tres semanas: un estudio informó de menor aumento de peso y de dosis acumulada de corticoides con esta pauta

Complicaciones el tratamiento corticoideo

- ▶ Osteoporosis
 - ▶ Hipertensión
 - ▶ Aumento de peso
 - ▶ Diabetes
 - ▶ Cataratas.....
-
- ▶ Controles de estas enfermedades y su prevención

Agentes inmunosupresores de amplio espectro.

- ▶ Para evitar recaídas y reducir la exposición a los glucocorticoides y los efectos secundarios
- ▶ Metotrexato: resultados controvertidos
 - ▶ Un ensayo mostró reducción de las recaídas en comparación con placebo
 - ▶ 2 ensayos sugirieron una dosis acumulada de corticoides menor
 - ▶ Otros estudios no mostraron diferencias
- ▶ Según la sociedad americana y europea: considerarlo si:
 - ▶ Alto riesgo de recaída
 - ▶ Tratamiento de corticoides a largo plazo
 - ▶ Si coexisten factores de riesgo de eventos adversos prominentes
- ▶ 7,5 -10 mg semanales, se ha llegado hasta 25 mg
 - ▶ Un ensayo clínico no mostró una reducción de los efectos secundarios relacionados con los glucocorticoides después de 5 años en pacientes que recibieron metotrexato oral (10 mg por semana);
 - ▶ Sin embargo, este estudio utilizó una dosis relativamente baja y estuvo limitado por una pérdida constante de participantes en el ensayo.

Otros tratamientos

- ▶ **Leflunomida**
 - ▶ Dos series de casos sugirieron efectos beneficiosos en personas con polimialgia reumática y arteritis de células gigantes difíciles de tratar
 - ▶ Se está reclutando un ensayo de fase 3 aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo con leflunomida 20 mg por día o placebo junto con una reducción gradual de glucocorticoides durante 26 semanas
- ▶ **Azatioprina:**
 - ▶ Se probó en un análisis conjunto de personas con polimialgia reumática y arteritis de células gigantes
 - ▶ Reveló una dosis media reducida de prednisona después de 1 año en el grupo de azatioprina.
- ▶ Debido a la escasez de datos, actualmente estos agentes no se recomiendan como tratamiento de primera línea para personas con polimialgia reumática

Terapias dirigidas

- ▶ Los bloqueadores del TNF- α fueron los primeros agentes biológicos específicos probados en la polimialgia reumática, pero no mostraron ningún beneficio
- ▶ Anti-receptor de IL6 tocilizumab....
 - ▶ En un ensayo de fase 2/3, 36 personas con polimialgia reumática nueva fueron asignadas al azar para recibir tocilizumab subcutáneo (162 mg por semana) o placebo durante 16 semanas (proporción 1:1)
 - ▶ Todos los participantes recibieron 20 mg de prednisona oral, que se redujeron gradualmente a 0 mg durante 11 semanas
 - ▶ El criterio de valoración principal, que fue la remisión libre de glucocorticoides a las 16 semanas
 - ▶ Lo alcanzaron 12 (63%)
 - ▶ Sólo 2 (12%) de 17 personas que recibieron placebo
 - ▶ El tiempo transcurrido hasta la primera recaída fue mayor en el grupo de intervención que en el grupo de control
 - ▶ Con tocilizumab tuvieron una dosis acumulada de glucocorticoides más baja después de 24 semanas que los tratados con placebo

Terapias dirigidas

- ▶ En un ensayo controlado aleatorio de fase 3 que evaluó la eficacia de tocilizumab en la polimialgia reumática recurrente
 - ▶ 101 personas con actividad persistente de la enfermedad (puntuación de actividad de la polimialgia reumática de la PCR >10)
 - ▶ Que requerían ≥ 10 mg de prednisona por día
 - ▶ Fueron asignadas al azar para recibir tocilizumab. (8 mg/kg cada 4 semanas) o placebo
 - ▶ El criterio de valoración principal de eficacia, evaluado a las 24 semanas, fue una puntuación de actividad de PCR-polimialgia reumática de menos de 10 con prednisona diaria de 5 mg o menos...
 - ▶ ... o después de disminuir la dosis diaria de prednisona en 10 mg o más
- ▶ ... lo alcanzaron el 67% de los que recibieron tocilizumab en comparación con el 31% de los participantes que recibieron placebo ($p < 0,001$)

Terapias dirigidas

- ▶ En general, estos estudios indican que la adición de tocilizumab a los glucocorticoides puede ser beneficiosa en personas con polimialgia reumática, ya que permite una reducción gradual más rápida de los glucocorticoides y una reducción de la dosis acumulada de glucocorticoides en comparación con el placebo.
- ▶ El uso de tocilizumab como monoterapia no está claramente respaldado por la evidencia existente
- ▶ Los eventos adversos fueron similares en ambos brazos
 - ▶ Elevación de transaminasas, citopenias, hiperlipidemia e infección
- ▶ Un ensayo controlado aleatorio de fase 3 que probó el bloqueador del receptor de IL-6 Sarilumab en individuos con polimialgia reumática recurrente o refractaria terminó prematuramente debido al reclutamiento prolongado exacerbado por la pandemia de COVID-19, pero los resultados de los 118 participantes reclutados y analizados favorecieron a sarilumab sobre el placebo.
- ▶ USA: Sarilumab en febrero de 2023 para el tratamiento de personas con respuesta inadecuada a los glucocorticoides o polimialgia reumática recurrente

Terapias dirigidas

- Un pequeño ensayo controlado aleatorio de 2021 indica que el agotamiento de las células B con Rituximab podría ser eficaz en personas con polimialgia reumática recién diagnosticada o recidivante.
 - ▶ 11 (48%) de 23 participantes en el grupo de rituximab y cinco (21%) de 24 en el grupo de placebo tuvieron una remisión libre de glucocorticoides a las 21 semanas.
- ▶ Un pequeño ensayo de un solo grupo incluyó a 14 personas (tres con polimialgia reumática recién diagnosticada y 11 con polimialgia reumática recurrente) que fueron tratadas con 10 mg por día del inhibidor de JAK, Tofacitinib junto con 15 mg de prednisona por día con una reducción gradual estandarizada
 - ▶ El 86% de los participantes alcanzó la remisión (que requirieron 2,5 mg de prednisona por día) a las 24 semanas

Evaluación de la actividad

- ▶ Se necesita una evaluación precisa de la actividad
- ▶ Para minimizar la prolongación del tratamiento innecesario y como tal sus efectos secundarios

Recaídas

- ▶ Aumento en la actividad de la polimialgia reumática
- ▶ Que generalmente ocurre durante la reducción gradual o la interrupción de los glucocorticoides
- ▶ Que precisa un nuevo aumento del tratamiento
 - ▶ Evaluación clínica detallada
 - ▶ Para descartar coexistencia de otros procesos o con morbilidades
- ▶ En estudios observacionales el 43% de las personas con polimialgia reumática recayeron al menos una vez durante el primer año del diagnóstico
- ▶ Los que recayeron en los primeros 6 meses tenían más probabilidades de necesitar un tratamiento a largo plazo de más de 2 años
- ▶ Mayor tasa de recaída:
 - ▶ Sexo femenino, artritis periférica, altos niveles de VSG y PCR y una combinación de hemoglobina baja y niveles séricos altos de receptor de IL-6 soluble
 - ▶ Acaso también la reducción rápida de glucocorticoides

Recaídas

- ▶ Suelen estar asociados con un aumento de los reactivos de fase aguda
- ▶ La elevación puede ser leve durante el tratamiento con glucocorticoides e incluso normal en individuos tratados con bloqueadores del receptor de IL-6
- ▶ Las recaídas con reactivos de fase aguda completamente normales son poco frecuentes
- ▶ Los marcadores inflamatorios a veces pueden aumentar por otras razones en ausencia de enfermedad clínicamente activa y las fluctuaciones aisladas en los reactivos de fase aguda no deben considerarse recaída en ausencia de síntomas clínicos.
- ▶ El papel de las imágenes para evaluar la recaída aún no está claro
 - ▶ En un estudio, 20 personas con polimialgia reumática recibieron tres infusiones de tocilizumab en las semanas 0, 4 y 8 y fueron seguidas clínicamente mediante 18 FDG -PET-CT y MRI. 116 Aunque todos los participantes tuvieron remisión clínica o baja actividad de la enfermedad en la semana 12, mediante imágenes solo se observó una reducción moderada de las lesiones inflamatorias en los hombros y las caderas

...PMR....

- La insuficiencia suprarrenal inducida por corticoides se da el 11%
 - Comprobarse mediante una prueba breve de estimulación con corticotropina de 250 mg
 - Precisan de una disminución más gradual
- ▶ Los ensayos clínicos respaldan el beneficio clínico de varias terapias dirigidas, en particular tocilizumab y sarilumab
- ▶ Cuando está indicada la derivación a un especialista, las **clínicas de vía rápida** podrían desempeñar un papel para acelerar el diagnóstico, estratificar la gravedad y optimizar el tratamiento.
- ▶ Buscar el equilibrio entre los beneficios y riesgos de nuevas terapias, que podrían aumentar el riesgo de infección

Otros apartados

- ▶ Se ha desarrollado un índice integral de toxicidad de los glucocorticoides para respaldar la evaluación sistemática de la toxicidad de los glucocorticoides en ensayos diseñados para reducir la exposición a los glucocorticoides
- ▶ La polimialgia reumática aislada no conlleva complicaciones potencialmente mortales y no provoca daño permanente a los órganos; sin embargo, la carga de enfermedad recurrente y los efectos secundarios de los glucocorticoides pueden afectar profundamente la calidad de vida de algunas personas con las consecuentes alteraciones físicas y mentales de los pacientes
- ▶ En general la calidad de la vida mejora con el tiempo
- ▶ Se ha desarrollado una medida de resultados informada por el paciente, específica de la polimialgia reumática, que incluye la evaluación de cuatro dominios (síntomas, función, bienestar psicológico y emocional y efectos secundarios de los glucocorticoides).

Perspectivas futuras

- ▶ Es necesario definir y validar mejor el papel de las imágenes en sus diversas modalidades en el diagnóstico y evaluación de la actividad de la enfermedad a
- ▶ Es necesario definir la estratificación de la enfermedad según la gravedad y el riesgo de resultados desfavorables, junto con el papel de las imágenes y los biomarcadores séricos o tisulares para este propósito
- ▶ Una mejor comprensión de la fisiopatología de la polimialgia reumática podría conducir a una selección más precisa de biomarcadores y terapias dirigida