

Polimialgia reumática. Revisión de la literatura y presentación de un caso

Por los Drs.:

HUMBERTO FOYACA,⁶ OTTO HERNÁNDEZ-COSSÍO,⁷ VIVIANA ARMENTEROS,⁸ JOAQUÍN GALARRACA,⁹ RENÉ BRANCACHO,^{*} y PEDRO VALLEDOR¹⁰

Foyaca, H. et al. *Polimialgia reumática. Revisión de la literatura y presentación de un caso*. Rev Cub Med 13: 5, 1974.

Se reporta el caso de un paciente de 56 años de edad, portador de una polimialgia reumática asociada a una arteritis, en el (que los síntomas iniciales simulaban un cuadro de abdomen agudo, apareciendo después el resto de las manifestaciones que permitieron su diagnóstico. Se señala el valor evolutivo de la eritrosedimentación y la aparición en la biopsia de músculo gemelo de fibras aberrantes en anillo. Se realiza una extensa revisión de la literatura en cuanto al cuadro clínico, presencia de arteritis, alteraciones musculares, condiciones asociadas, exámenes de laboratorio, etiología y tratamiento.

En 1888, *Bruce*¹⁴ describió con el nombre de artritis reumática senil, un cuadro clínico de curso relativamente benigno, en cinco pacientes de edad avanzada, caracterizado por dolor en las articulaciones proximales de los miembros y los músculos vecinos. Esta misma entidad fue llamada por *Slocumb*,^{*3} en 1936, fibrositis periarticular, y por *Meulengracht*,⁶² en 1945, periartrosis escapulo humeral, con lo que quiso señalar esta articulación como la más frecuentemente afectada. Poco tiempo después, *Holst* y *Johansen*⁴³ creyeron más apropiado llamarla reumatismo periarticular por entender que las alteraciones fundamentales

no dependían de lesiones propias de la articulación; en 1951 *Kersley*⁵⁵ la describió como síndrome miálgico del anciano con reacción sistémica asociada, publicando, 5 años más tarde, los resultados del tratamiento con esferoides en sus casos; por su parte *Forestier* y *Certonciny*²⁸ en 1953, la denominan pseudo-dopoliartritis rizomélica; *Bagratuni*⁴ la denomina enfermedad reumática anartrítica; *Barber*,⁹ en 1957, la denomina polimialgia reumática y a partir de 1964, *Hamrin* y colaboradores^{36,37,38} le dan el nombre de polimialgia arterítica, aunque todavía algunos prefieren nombrarla pseudopoliartritis rizomélica.^{10,76,77,87}

Actualmente, a pesar de que hay quien se pregunta si el nombre de polimialgia reumática no es desacertado,¹⁷ la gran mayoría de los autores están de acuerdo en llamar así a esta entidad por dar una mejor idea de las características semiológicas que la constituyen, que incluyen además rigidez o envaramiento de los músculos afectados y evidencias de una reacción sistémica.

6 Residente de 1er. año de neurología, Instituto de Neurología y Neurocirugía, 29 y D, Habana 4.

7 Residente de 3er. año de neurología, Instituto de Neurología y Neurocirugía.

8 Residente de 1er. año de medicina legal, Instituto de Medicina legal, Habana.

9 Neuropatólogo, jefe del departamento de neuropatología Instituto de Neurología y Neurocirugía.

10 Residente de 3er. año de neurocirugía, Instituto de Neurología y Neurocirugía.

10 Residente del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. Zapata y D. Vedado. La Habana. Cuba.

REVISION DE LA LITERATURA

Hasta 1963. *Weissenbach* et al⁰⁰ habían encontrado, en una revisión de la literatura. 525 casos diagnosticados como polimialgia reumática, a los que podemos añadir, entre los revisados por nosotros* hasta 1971, los siguientes casos: 10 de *Alestig y Borr*¹ en 1963; 23 de *Hamrin*³⁰ en 1964; 70 de *Kogstad*⁵⁸ en 1965; 12 de *Ott*,^{9g} 29 de *Dixon* et al.³ en 1966; 14 de *Davinson*,^o 18 de *Wilske y Healey*⁷¹ en 1967; 80 de *Bruck*,¹ en 1969; 17 de *Fessel*,²¹ 80 de *Hunder* et al.;⁴⁸ 6 de *Vis- chcr*,^{s~} 17 de *Hoigné* et al.;⁴² 11 de *Thor- pe*,^M 22 de *Ballabw* et al.;⁸ 40 de *O milla*,⁷⁹ 16 de *Paulsen*,⁷⁰ los que sumados junto con otras series^{37 18 34 39 40 40 51 63 51 59} en, 72, T.M.:s, Ri. se j iacen un total de 1 381 casos de polimialgia reumática reportados en la literatura hasta estos momentos. La edad más frecuente* de presentación es entre los 59 y 71 años,^{4, 88} aunque se han encontrado pacientes más jóvenes.³⁴ De los casos revisados por *II eissenbach*,⁰⁰ el predominio fue del sexo femenino (63%), lo que coincide con el criterio aceptado por todos.

Cuadro clínico

Algunos pacientes refieren síntomas previos. tales como: astenia, anorexia,⁵ pérdida de peso,⁷ ³¹ toma del estado general, dolor de garganta o fiebre. Pero muchas veces la presentación es súbita, con dolor y rigidez de las porciones proximales de las extremidades, siendo ello lo que con mayor frecuencia lleva al enfermo a consultar. ya que más tarde, estos síntomas pueden generalizarse a todo el cuerpo. A veces el dolor, sólo comienza por un grupo muscular, frecuentemente el hombro^{22 74} o la región lumbar,⁴⁸ resultando dolorosa la movilización pasiva, lo que lleva a una incapacidad temprana.³¹ Cuando el proceso se generaliza puede englobar la musculatura torácica y abdominal, llevando a cuadros de dificultad

respiratoria por dolor o simulando un abdomen agudo. Aunque la extensión del dolor alcanza las articulaciones proximales, en raras ocasiones éste es más intenso en las distales,^{-j} ante todo si existe una artritis reumatoidea asociada, pudiendo referir rigidez matinal. La fiebre ha sido reportada con frecuencia o en algunos trabajos, y a veces llegando a ser tan elevada que ha hecho pensar en un proceso infeccioso.

Arteritis

La arteritis craneal es el hallazgo patológico, presente con mayor frecuencia en esta entidad, siendo las arterias temporales las que más se afectan y más fácilmente se diagnostican, quizás por razón de su situación anatómica. Las arterias afectadas se tornan dolorosas, calientes, sensibles al tacto,⁵⁸ ingurgitándose con aspecto eritematoso; pueden ocluirse parcial o totalmente, disminuyendo o desapareciendo las pulsaciones arteriales,²³ las que pueden reaparecer después del tratamiento si éste es efectivo.³⁷ El momento de aparición de la arteritis es variable; puede presentarse antes, durante o después del cuadro polimiálgico^{87 71} aunque con mayor frecuencia aparece durante el primer año después del inicio de las manifestaciones dolorosas.

Entre un grupo de 125 casos fueron encontrados 95 con una arteritis craneal, confirmada muchas veces por biopsia; en otros, solamente por los signos clínicos. En un análisis que *Hander*⁶ hace de 356 casos, comprendidos dentro del grupo anterior, encuentra que de los 167 a quienes se les realizó biopsia de una arteria del cráneo, en 81 (50%) se demostró histológicamente una arteritis, teniendo signos clínicos de esta patología, C0 de estos últimos.

En el estudio histopatológico de los vasos afectados, generalmente se encuentran las alteraciones que describió *Horton*,^{**} en 1932, en

los casos de arteritis temporal, en las dos formas siguientes: 1) hiperplasia de la íntima con fragmentación y separación de la elástica externa; 2) hiperplasia continua de la íntima con infiltración de la porción externa de la media y la adventicia y presencia de células gigantes multinucleadas. Ocasionalmente aparece hiperplasia subintimal hacia la luz e infiltrado histolinfocitario en pequeños vasos,⁸⁷ habiendo informado *Ballabio*⁸ el hallazgo de aterosclerosis en algunos de sus casos.

La polimialgia reumática y la arteritis temporal han sido consideradas formas distintas de presentación de la arteritis a células gigantes,^{18,93,79} sin que este criterio sea de general aceptación. Cuando están presentes la polimialgia y la arteritis craneal, es posible detectar cambios en otras arterias, ante todo alteraciones del pulso y soplos, habiéndose descrito soplos sobre las arterias carótidas, subclavias, axilares, braquiales, femorales, etc. en 30 de los 52 pacientes de *Hamriiv*⁷ y 19 de 38 casos de *Bruk*,^{ti} por lo que puede establecerse un síndrome del cayado aórtico.⁴⁶ La presencia de soplos, cuando hay arteritis, es de aproximadamente el 50% de los pacientes,^{8*} reportándose también la obstrucción de los vasos, que provoca obstrucción de las arterias axilares,⁷⁵ o cuadros de insuficiencia vertebrobasilar por arteritis a células gigantes de las arterias vertebrales, así como cuadros de insuficiencia arterial aguda⁴ o de claudicación intermitente,⁴⁷ siempre asociados a la polimialgia reumática.

Alteraciones musculares

Aunque en la mayoría de los trabajos que hemos revisado no se reporta la realización de estudios histológicos musculares, hemos encontrado grupos en los que todas las biopsias musculares resultaron normales (22 casos) ;^{2>81}

otros en que aparecieron en algunos (2 de 6 casos) ; pequeñas áreas de inflamación crónica, caracterizada por infiltrado linfocitario,³¹ así como cambios inespecíficos (8 de 21 casos), *atrofia* muscular y del tejido graso (1 de 3 casos)-² con nódulos inflamatorios alrededor de pequeñas arteriolas, y bandas de tejido fibroso en músculos gemelos que atravesaban el tejido muscular y el adiposo.¹⁰

Condiciones asociadas

Además de la arteritis craneal, ha sido señalada la coincidencia de artritis reumatoide; 'v.-s.-1)' Síndrome de Sjögrens;⁷ cáncer del páncreas,⁰⁷ pulmón,² próstata y colon;³⁸ linfoma;⁴⁸ linfogranuloma venéreo;⁵⁰ sífilis;⁴⁸ amiloidosis renal;²⁴ lupus eritematoso sistémico;⁴⁸ periarteritis nodosa;⁸² alcaptonuria.⁸⁹

Exámenes de laboratorio

La eritrosedimentación elevada (mayor de 10 mm en una hora), como expresión de una reacción sistémica, es uno de los parámetros más importantes en cuanto al diagnóstico y pronóstico;⁸³ aunque algunos no la consideran un elemento necesario en el criterio diagnóstico, y citan pacientes con polimialgia reumática no complicada, con cifras bajas, vemos que cuando la polimialgia se complica, siempre se eleva la cifra de eritrosedimentación. En ocasiones es posible encontrar una anemia normocítica y normocrómica en estos pacientes. Las proteínas plasmáticas generalmente son anormales; existe disminución de la albúmina con aumento de las alfa₁ y alfa₂ globulinas,³ pudiendo hallarse hipergammaglobulinemia y aumento de crioglobulinas.⁸ El factor reumatoideo puede ser positivo en un 5 a 7,8%⁴⁸ Las enzimas del suero son normales² y las células L.E. negativas,⁹ habiendo aumento de mucoproteínas en un 90% de los casos.³

Estudios radiológicos de las articulaciones

Sin que se pueda afirmar que sean características de esta enfermedad, se han encontrado erosiones en las superficies articulares o esclerosis de las articulaciones sacroilíacas,⁸⁰ esternoclavicular y del pubis. así como también: osteoporosis de los huesos de las manos, húmero, fémur, etc. Asimismo, los enfermos pueden estar libres de alteraciones radiológicas."

Etiología

A pesar de que la polimialgia reumática ha sido vista coincidiendo con arteritis craneal u otras colagenosis, así como con otras entidades ya mencionadas en el análisis que hicimos de las condiciones asociadas, en la mayoría de los casos no se encuentra una causa bien definida. Se valora el frecuente contacto con aves entre estos pacientes y la posibilidad de que fuera causada por una psitacosis,²⁶ se destacan las menciones de casos portadores de linfogranuloma venéreo por *Bedsonia*, cuyos síntomas son similares a los de la polimialgia reumática, y la asociación de esta última con la arteritis temporal y el linfogranuloma venéreo,¹³ ya que pueden encontrarse células gigantes en la media de los vasos de los portadores de linfogranuloma,¹⁹ lo que ha llevado a *Fesse*²⁷ a proponer la infección por *Bedsonia* como probable causa del cuadro que presentamos, aunque está en contra de ello, lo demostrado por muchos otros autores.⁰⁰

TRATAMIENTO

En el aspecto terapéutico se han ensayado múltiples conductas: desde el reposo en cama y la fisioterapia,²⁰ añadiéndose salicilatos en caso de no obtener una buena respuesta, hasta el uso de antimaláricos como la cloroquina e hidrocloroquina a razón de 400-600 mg diarios, durante 4 a 6 semanas, con lo que se logra obtener

la desaparición de la fiebre, los dolores musculares y los otros síntomas acompañantes, así como normalizar las pruebas de laboratorio. También se ha usado la indometacina a razón de 25 mg, 2 a 4 veces al día,^{25,52} o la fenilbutazona 200- 600 mg diarios.^{8*}

El tratamiento con esteroides ha sido el más empleado; en unos, prima el criterio de utilizarlos en todos los casos,¹ y en otros, de emplearlos sólo cuando existe una arteritis craneal^{30,64,65} o en pacientes que no responden a las medidas mencionadas al inicio de este epígrafe.¹¹ Se puede inyectar la hidrocortisona en forma local para aliviar el dolor,⁸¹ pero es preferible utilizarlos por vía bucal, tanto prednisona, prednisolona o triamcinolona. La prednisona se da a razón de 45 mg diarios al inicio aunque puede rebajarse esta dosis, si se asocia a los antimaláricos;⁵⁰ y en los casos con complicaciones arteríticas, aumentarla a 20 - 40 mg cada 8 horas, manteniéndose durante 4 a 8 semanas en dependencia de la desaparición de los síntomas y signos y de la normalización de la eritrosedimentación; puede disminuirse, de forma progresiva, hasta llegar a la dosis de mantenimiento que habitualmente es de 2,5 a 10 mg diarios, y que se prolonga por 4 a 6 meses llegándose a un año o más en caso de necesidad. Debe chequearse periódicamente al paciente en esta etapa para detectar una posible recidiva,²¹ en cuyo caso se volverán a emplear las dosis iniciales.

Caso reportado

G.M.A., sexo masculino, raza negra, de 56 años de edad, con HC 45700, quien siendo trabajador agrícola, refería buena salud hasta 9 días antes de su ingreso en que sintió, en forma súbita, opresión torácica y dificultad para respirar durante pocos segundos de duración y de carácter intermitente. Al cabo de 6 horas observó dificultad para la marcha por dolor en los miembros inferiores y rigidez muscular, que se mantenía 3 ó 4 minutos y luego desapa-

parecía. Dos días después, además de los síntomas anteriores, comenzó un dolor abdominal que motivó su ingreso en otro hospital realizándosele laparotomía exploradora de urgencia que fue negativa. Seis días más tarde ya no podía caminar, por lo que fue remitido a nuestro Instituto donde ingresa, presentando dolor y contractura de las masas musculares a predominio de los miembros inferiores y en forma discreta en el hombro derecho; dolor en las articulaciones de ambas rodillas y tejidos periarticulares; la motilidad activa en los miembros inferiores estaba abolida, y la pasiva era extremadamente dolorosa; la fuerza muscular en los dedos de ambos pies y en los miembros superiores estaba conservada; el reflejo patelar exaltado bilateralmente ocasionaba dolor, refiriendo el paciente una disminución en los estímulos nociceptivos desde las últimas costillas hacia abajo.

Los exámenes de laboratorio mostraban los siguientes resultados: hemoglobina: 11 g; hematócrito: 40 vol; leucocitos: 8 500, poli: 70%, eosinof: 2%, monoc: 1%, linfo: 26%; eritrosedimentación 60 mm a la hora; glicemia, urea, orina, serología y heces fecales sin alteraciones. El estudio dinámico del líquido cefalorraquídeo fue normal, con 120 mm de agua de presión, 0 células, proteínas: 29 mg, Pandy: negativo, glucosa: 52 mg. La transaminasa glutamicopirúvica: 13 Unidades, la oxalacética: 16 Unidades ECG: normal; células L.E.: negativas; prueba de SIA, de Huck, conteo de reticulocitos y amilasa: sin alteraciones. La radiografía de tórax fue normal, y en las de cráneo apareció calcificado el ligamento petroclinoideo posterior; en columna, espondiloartrosis dorsolumbar con discreta disminución del espacio lumbosacro (figura 1); las radiografías de rodillas y articulación coxofemoral fueron normales.

Al segundo día de su ingreso movilizaba los miembros inferiores y los elevaba hasta 45°; el dolor cada vez fue menos intenso, siendo la eritrosedimentación de 78 mm, y diez días después, de 95 mm, aunque ya caminaba con discreta dificultad por dolor ligero en ambas rodillas y región inguinal. Durante su ingreso tomó fenilbutazona (200 mg diarios).

Cinco semanas después, consulta por cefalea discreta, no refiriendo síntomas polimiálgicos; las dos arterias temporales superficiales estaban tumefactas, principalmente la derecha, latían levemente y eran dolorosas al tacto; la eritrosedimentación había disminuido a 30 mm. Dos semanas más tarde la eritrosedimentación



Fig. 1.—Radiografía frontal de columna lumbosacro, donde aparece espondiloartrosis marcada y disminución del espacio lumbosacro.

se elevó a 40 mm en la primera hora y además se hicieron visibles las arterias frontales superficiales, aunque no eran sensibles al tacto. Dos días después reingresa, no refiriendo sintomatología atribuible a la polimialgia; se le realizaron pruebas funcionales hepáticas, serología, búsqueda de células L.E., prueba del látex, hemograma, transaminasas glutamicopirúvica y oxalacética, colesterol, ionograma, creatina y creatinina, todos con resultados normales; las proteínas totales eran de 7,2 g y en la electroforesis de proteínas la albúmina fue de 2,26 g alfa₁: 0,54, alfa₂: 0,98, beta₁: 0,58, beta₂: 0,34, gammaglobulina: 2,60. Se hizo una arteriografía temporal donde no se observaron alteraciones (figura 2); biopsia de la arteria temporal superficial derecha, coloreando los cortes con hematoxilina-eosina, Verhoeff y tricrómica de Masson, en la que apareció la pared arterial con ligero engrosamiento del tejido colágeno en la túnica media y en la íntima, y ausencia segmentaria de la túnica elástica. Además se hizo biopsia del músculo gemelo interno derecho, coloreándose con hematoxilina-eosina y tricrómica de Masson, donde se vieron numerosas fibras en anillo y algunas



fig 2.—Arteriografía temporal derecha donde no se observa obstrucción vascular.

arteriolas con una pared gruesa con hiperplasia endotelial.

COMENTARIOS

La polimialgia reumática es más frecuente en personas mayores de 50 años y como hemos visto, se caracteriza por dolor en los músculos esqueléticos, rigidez de localización proximal, síntomas articulares y periarticulares, casi siempre bilaterales y simétricos en región lumbar, hombros y miembros, acompañada de una reacción sistémica que incluye fiebre, anemia, aumento de la eritrosedimentación (mayor de 45 mil en una hora, Westergren), pérdida de peso, astenia, anorexia, malestar general, disminución de la albúmina sérica, aumento de la alfa₂ globulina y fibrinógeno plasmático.

En nuestro enfermo los síntomas comenzaron por el tronco, presentando un serio compromiso abdominal acompañado de fiebre, por lo que el diagnóstico de polimialgia reumática se hará por exclusión.

La arteritis con células gigantes en la túnica media de las arterias, no está presente o no puede demostrarse siempre, aun en presencia de un cuadro clínico de arteritis; sólo se encuentra una arteritis inespecífica, en ausencia de infiltrado linfocitario.⁷⁰

Se señala que en los pacientes con polimialgia y arteritis, la evolución de la primera es más aparatosa, la eritrosedimentación alcanza niveles más altos y las demás pruebas de laboratorio casi siempre son positivas comparativamente.⁷¹ Otros consideran que la arteritis no le da al cuadro caracteres distintivos en cuanto a la edad, sexo y evolución. En contra de la regla, el cuadro arterítico en nuestro caso surgió cuando casi se encontraba libre de síntomas, no estando para nosotros relacionado con el uso de fenilbutazona, puesto que el cuadro arterítico, en un gran porcentaje de casos, puede aparecer a pesar del tratamiento empleado, obligándonos a tomar nuevas medidas.

Es aconsejable realizar estudios histológicos arteriales temporales a todos los pacientes mayores de 50 años, con polimialgia reumática, tengan o no historia de cefalca o signos de arteritis;⁴⁵ si la biopsia de un lado es normal, deberá realizarse del otro lado, tomando las arterias temporal y occipital al mismo tiempo.⁴⁸ Frecuentemente la arteritis es segmentaria, por lo que debemos hacer, previa a la biopsia, una arteriografía temporal para localizar un sitio de obstrucción o de otra alteración radiológica y tomar allí la biopsia.²⁹ Se han visto casos en los que el primer estudio histológico fue negativo, y en un segundo intento se demostró una arteritis a células gigantes.¹¹⁷⁸² La espondiloartrosis de la región dorsolumbar no fue valorada por otros autores, pero como la misma justifica de por sí una gran cantidad de síntomas de la región lumbar, y está presente en muchos pacientes de edad avanzada, debe tenerse en cuenta al evaluar la evolución de los síntomas polimiálgicos referentes a esta zona, aunque generalmente mejora con el mismo tratamiento.

El estudio histológico de músculo gemelo reveló un hecho interesante, la presencia de fibras musculares en anillo. Estas han sido reportadas en pacientes con distrofia miotónica⁴¹ o amiotonía congénita,⁹² siendo el resultado del curso anormal que toman algunas miofibrillas al cambiar su dirección y tomar posiciones periféricas (figura 3); o volviendo a girar nuevamente y atravesar fibras musculares más profundas para reunirse con las fibras aberrantes del otro lado, para seguir un curso en espiral. A pesar de que se ha planteado por algunos, que se trataba de defectos de técnica, *Greenfield*⁹² comprobó su disminución en el endomisio, y su relación con el sarcolema, al comparar la longitud de los sarcómeros de estas fibras con los de las fibras longitudinales, concluyendo que no son fibras musculares aisladas y que tienen un carácter patológico.

No creemos que estas fibras cu anillo expliquen la patogenia de los síntomas musculares en esta entidad, y hemos visto que no han sido reportadas en los resul-

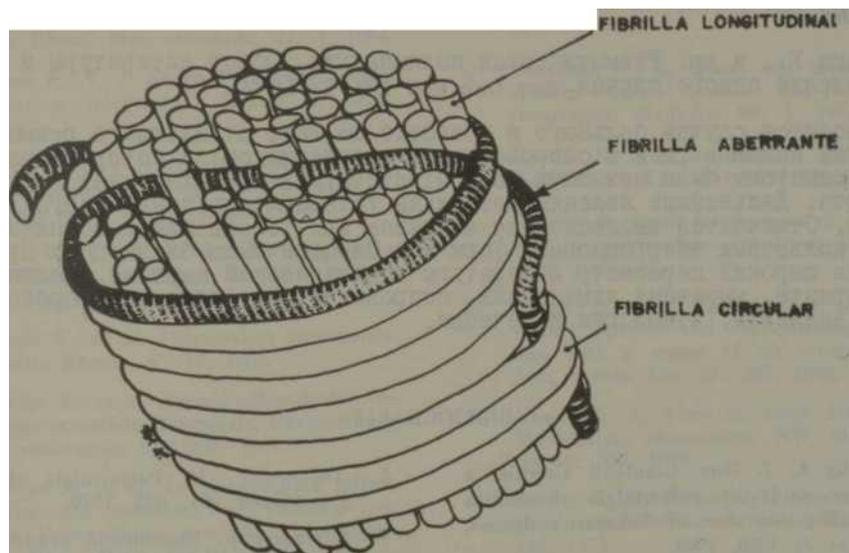


Fig. 3.—Representación diagramática de los distintos cursos que puede tomar una fibrilla aberrante (tomada de Greenfield y Shy).

tados de 69 biopsias? publicadas en polimialgia reumática^{7,10,22,31,81,85,90} Como estos resultados tampoco han sido similares de una a otra serie. no podemos concluir las características histopatológicas musculares de estos casos. Pero consideramos de interés reportar el hallazgo de

fibras aberrantes en anillo no señaladas con anterioridad en la polimialgia y que pudieran estar en relación con la contracción intensa y mantenida a que son sometidos los músculos afectados.

SUMMARY

Foyaca, H. *Rheumatic polymyalgia. Review of literature and presentation of one case.* Rev Cub Med 13: 5. 1974.

The case of a 56 year-old patient bearing a rheumatic polymyalgia associated to an arteritis in whom the early signs simulated a picture of acute abdomen, the rest of manifestations which allowed its diagnosis appearing afterwards. is reported. The evolutive value of erythro-sedimentation and the appearance in biopsy of a twin muscle of aberrating ring-shaped fibers are pointed out. An extensive review of literature as to the clinical picture, appearance of arteritis. muscular changes. associated conditions, laboratory tests, etiology and treatment is carried out.

RESUME

Foyaca, H. *Polimialgie rhumatismale. Revisión de la littérature et presentation d un cas.* Rev Cub Med 13: 5, 1974.

Un malade âgé de 56 ans, porteur d'une polimialgie rhumatismale associée à une artérite dont les premiers symptomes ont l'apparence d'un cadre abdominal aigue, n ayant pu établir le diagnostic qu'après les derniers manifestations. La valeur evolutive de l'erythro-sédimentation et l'apparition des fibre aberrantes dans la biopsie du muscle jumeaux sont signalées. Le cadre clinique. la presence d'artérite, les altérations musculaires, les conditions associées, les examens de laboratoire, l'étiologie et le traitement sont revues dans la littérature médicale.

PE3KME \$o2aKa Y., h np. PeBMaTtreecKaH nojiHMiaJiraH. Od3op jiiiTepaTypu h npe,a- CTaBJieHae ojiHoro cJiy^an. Hev Cub Med 13: 5, 1974. IIPHojimTch ojiBHoro b B03pacTe 56 jieT, cTpaflapauero peBMara-
 'lecKofi nojiuMKajiriieji b connoBOKseHira c apTepiiHTOM, y noToporo Ha'iaJiB- tije CHM3TOUH CÍHJffl nOXOHSMU Ha COOTBeTCTByKJGUie npH KapTHHaX ocTporo amoTa. ZajibüeHnme hbjiñhiñ n03B0.Mum ycTaHOBjieHze npaBiuiBHoro jwar- H03a. OTMe^aeTCH 3B0;ik)WíOHHaH BejuraiHa 3pHTpooceparan H B03HúKH0Be— rae KOJiBueBHx atieppamtoHHHx (popM npa **ñnoncm** Mtmm-6jm3HeuoB. Ilp0B0- juiTCH nmpoKHM nepecMOTp jiiTepaTypa o muiHiweckoz KapTime, **najunm** apTepin^Ta, MHine^HKX H3MeHeHHflx, connoBOKjiaioimix cpaKTax, jiaóopaTop- hnx aHajiH3ax, aTiiojiopiiH h jie'seHm.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Alestig K. J. Borr.* Giant-cell arteritis: a biopsy study of polymyalgia rheumatica including one case of Takayasu's disease, *Lancet* 1: 1228, 1963.
2. —*Andrews F. M.* Polymyalgia rheumatica: a biopsy and follow-up study, *Ann. rheum. Dis.* 24 : 432, 1965.
3. —*Andrews F. M.* Polymyalgia rheumatica, *Practitioner* 205: 635. 1970.
4. —*Bagratuni L.* Rheumatoid syndrome occurring in the elderly, *Ann. rheum. Dis.* 12: 98. 1953.
5. —*Rapratuni L.* Anarthritic rheumatoid disease, *Lancet* 1: 1193, 1956.

6. —*Bagratuni L.* Plasma proteins and cryoglobulins in anarthritic rheumatoid disease, *Ann. rheum. Dis.* 16: 104, 1957.
7. —*Bagratuni L.* Prognosis in the anarthritic rheumatoid syndrome, *Br. med. J.* 1 ■ 513 1963.
8. —*BaUabio C. B., et al.* La polimialgia reumática, malattia dell'età avanzata, *G Geront. 18:* 1035, 1970.
9. —*Barber H. S.* Myalgic syndrome with constitutional effects: polymyalgia rheumatica, *Ann. rheum. dis.* 16: 230, 1957.
10. —*Bastin R., et al.* Pseudo-polyarthrite rhizomélitique de l'artérie temporale e l'artérite des membres inférieurs. *Presse med.* 77: 1649, 1969.
11. —*Birkhead N. C., et al.* Treatment of temporal arteritis with adrenal corticosteroids: results in fifty-five cases in which lesión was proved at biopsy, *J. Am. med. Ass.* 163: 821, 1957.
12. —*Bayle A. (... U. C. Beatly.* Polymyalgia rheumatica. *Proc. R. Soc. Med.* 54: 681, 1961.
13. —*Brieva I.* Polymyalgia rheumatica and lymphogranuloma venereum-*Revta. chil. Hig. Med. prev.* 6: 21, 1943.
14. —*Bruce W.* Senile rheumatic gout, *Br. med. J.* 2: 811, 1888.
15. —*Bruk M. I.* Articular and vascular manifestations of polymyalgia rheumatica, *Ann. rheum. Dis.* 26: 103, 1967.
16. —*Cayla J., et al.* Pseudo polyarthrite rhizomélitique (P.P.R.) et maladie de Horton: a propos de 4 cas de cette association, *Revue Rhum. Mal. ostéoartic.* 31: 1, 1964.
17. —*Coomes E. N. J. Sharp* Polymyalgia rheumatica: a misnomer?, *Lancet* 2: 1328, 1961.
18. —*Cope J. T.* Polymyalgia rheumatica in general practice. A report of 5 cases, *Jl. R. Coll. Gen. Pract.* 18: 250, 1969.
19. —*Coutlts W. E. M. Davila.* Lymphogranuloma venereum and giant arteritis, *J. trop. Med. Hyg.* 48: 46, 1945.
20. —*Davison S., et al.* Polymyalgia rheumatica, *Arthritis Rheum.* 9: 18, 1966.
21. —*De Séze S., et al.* Pseudo-polyarthrite rhizomélitique et artérite temporale, *Revue Rhum. Mal. ostéo-artic.* 28: 563, 1961.
22. —*DeSéze S., et al.* Le rheumatisme inflammatoire des ceintures ou pseudo-polyarthrite rhizomélitique avec 45 observations, *Sem. Hosp. Paris* 47: 711, 1965.
23. —*Dixon A.S.J., et al.* Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis, *Ann. Rheum. Dis.* 25: 203, 1966.
24. —*Dunca O. y Colab.* Polymyalgia rheumatica amyloïdosis: report of a case. *Cleveland Clin. Q.* 35: 193, 1968.
25. —*Easterbrook W. VI., et al.* Temporal arteritis developing during indomethacin therapy of polymyalgia rheumatica, *Can. med. Ass. J.* 97: 296, 1967.
26. —*Eschachter J.* Reiter's syndrome. *Proc. Soc exp. Biol. Med.* 122: 283, 1966.
27. —*Fessel tt. J.* Polymyalgia rheumatica, temporal arteritis and contad with birds, *Lancet* 2: 1249, 1969.
28. —*Forestier J. A. Certonciny:* Pseudo-polyarthrite rhizomélitique, *Revue Rhum. Mal. os-téo-artic.* 20: 854, 1953.
29. —*Giianders L. A., et al.* Temporal arteriography: a new technique for the investigation of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica, *Ann. rheum. Dis.* 28: 267, 1969.
30. —*Goodman M. A.* Polymyalgia rheumatica and associated arteritis. A review, *Calif Med.* 111: 453, 1969.
31. —*Gordon I.* Polymyalgia rheumatica: a clinical study of 21 cases, *Q. Jl. Med.* 29: 473, 1960.
32. —*Gordon I., et al.* Polymyalgia rheumatica: biopsy studies, *Ann. rheum. Dis.* 23: 447, 1964.
33. —*Greenfield J. G., et al.* Atlas of muscle pathology in neuromuscular diseases, Livingstone, Edinburgh, 1957.
34. —*Gunderson C. H.* Polymyalgia rheumatica in patients of military age, *Milit. Med.* 135: 28, 1970.
35. —*Hamihon C. R.* Giant cell arteritis: including temporal arteritis and polymyalgia rheumatica. *Medicine* 50: 1, 1971.
36. —*Hamrin II., et al.* Arteritis in "polymyalgia rheumatica", *Lancet* 1: 397, 1964.
37. —*Hamrin B., et al.* Involvement of large vessels in polymyalgia arteritica, *Lancet* 1: 1193, 1965.
38. —*Hamrin B., et al.* "Polymyalgia arteritica": further clinical and histopathological studies with a report of six autopsy cases, *Ann. rheum. Dis.* 27: 397, 1968.
39. —*Healey L. A.* Notes on joint diseases. VI Polymyalgia rheumatica, *NW Med., Seat. tle* '69: 502, 1970.
40. —*Healey L. A.* Polymyalgia rheumatica and gout cell arteritis, *Arthritis Rheum.* 14: 138, 1971.
41. —*Heidenhain, M.* Ueber Progressive veränderungen der muskulatur bei myotonia atrophica, *Beitr. path. Anat.* 64: 198, 1918.

42. —*Hoigné* et al Polymyalgia rheumatica. Schweiz. med. Wschr. 99: 392, 1969.
43. —*Holst, J. E. E. Johansen.* A special type of "rheumatic" disease, Acta med. scand. 122: 258, 1945.
44. —*Hartón, B. T.,* et al. Undescribed form of arteritis of temporal vessels, Proc. Meet. Mayo Clin. 7: 700, 1932.
45. —*Hunder G. G.; H. F. Polley.* Detecting small effusions of the knee, Postgrad. Med. 40: 689, 1966.
- ib.—*Hunder G. G.* et al. Giant-cell arteritis producing an aortic arch syndrome, Ann. intern. Med. 66: 5/8, 1967.
47. — *Hunder G. G., S. G. Sheps.* Intermittent elaudication and polymyalgia rheumatica: association with panarteritis. Arch. intern. Med. 119: 638, 1967.
48. —*Hunder G. G.,* et al. Polymyalgia rheumatica, Proc. Staff Meet. Mayo Clin. 44: 849, 1969.
49. —*Ijzerloo J. A. van:* Polymyalgia rheumatica, Folia Med. Neerl. 12: 190, 1969.
50. —*Jorgensen L.* Polymyalgia rheumatica, temporal arteritis and lymphogranuloma venereum, Acta path. microbiol. scand. 47: 113, 1959.
51. —*Kaiser H.* Polymyalgia rheumatica, Deutsch. med. Wschr. 94: 2232, 1969.
52. —*Kalliomaki J. L. P. A. Laurén.* Development of temporal arteritis in a patient with rheumatoid arthritis during treatment with indometacin. Acta rheum. scand. 11: 131, 1965.
53. —*Kattuiinkel N.* Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis, Lahey Clin. Bull. 19: 41, 1970.
54. —*Kartin P.* Arteritis gigantocellularis of the vertebral artery and polymyalgia rheumatica give arteritica. Case report, Nervenarzt 42: 214, 1971.
55. —*Kersley G. D.* Anarthritic rheumatoid disease, Lancet 2: 840, 1956.
56. —*Kersley G. D.* Arteritis of the aged. Br. med. j. 2: 1953, 1960.
57. —*Klinejelter H. F.* Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis, J. Am. med. Ass. 215: 642, 1971.
58. —*Kogslad O. A.* Polymyalgia rheumatica and its relation to arteritis temporal, Acta med. scand. 178: 591, 1965.
59. —*Krzakowski Z.* Polymyalgia rheumatica, Pol. Tvg. Lek. 25: 1980, 1970.
- 60.—*Larsson O.* Polymyalgia rheumatica, Lakartidninghen 65: 3799, 1968.
- 61 —*Manion J. C.* Polymyalgia rheumatica! acclinal form of giant cell arteritis, Minr. Med. 53: 515, 1970.
62. — *Meulengracht E.* citado por Ballabio.
63. — *Meulengracht E. M. Schwartz.* The course and prognosis of periartrosis humeros-capularis with special regard to cases with general symptoms, Acta med. scand. 143: 350, 1952.
- 64 *Mitas J. A.* Polymyalgia rheumatica, Calif. Med 111: 484, 1969.
65. — *Minthe E.* Polymyalgia rheumatica clinical findings and treatment, T. Norsk. 89: 1737, 1969.
- 66.—*Mowat A. G.* Vascular bruits in polymyalgia rheumatica. Lancet 1: 1358, 1971.
67. —*O'hangen B.* Polymyalgia rheumatica: a form of senile arteritis. Acta rheum. scand. 9: 157, 1963.
68. —*Ott J. y Berthoud, H.* Polymyalgia rheumatica, Revue méd. Suisse romande 85: 275, 1965.
- C9.—*Ornila E.* Myalgia and bird-keeping, Lancet 1: 96, 1970.
70. —*Pau'sen S. e Iversen T. O.* Rheumatic polymyalgia longterm treatment with steroids. Acta rheum. scand. 17: 165, 1971.
71. —*Paulley J. W. J. P. Hughes.* Giant-cell arteritis, or arteritis of the aged, Br. med. J. 2: 1562, 1960.
72. —*Platz C. M.* polymyalgia rheumatic, Bull. rheum. Dis 20: 578, 1969.
73. —*Reinecke R. D.* The rheumatologist consider giant cell arteritis. Arch. Ophthal. 84: 259, 1970.
74. —*Rometti M.* Symptomatology of the shoulders in inflammatory rheumatism of the cingulum membri superior. Rheumatologie 22: 107, 1970.
75. —*Royster T. S.* Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis with bilateral axillary artery occlusion, Ann. Surg. 37: 421, 1971.
76. —*Saporia L.* Pseudo-polyarthrite rhizomélique, en Progress in Rheumatologie, Flammarion, Paris, 1968.
77. —*Saudan J. y colab.* La pseudo-polyarthrite rhizomélique et le probleme des tres hautes vitesses de sédimentation, Helv. med. Acta, suppl., 49: 191, 1969.
78. —*Schäier R.* Polymyalgia rheumatica a gerontologia "rheumatologie disease", Schweiz. med. Wochenschr. 101: 252, 1971.
79. —*Serre H,* et al. Polyarthrite rhizomélique prolongée forme de debut d'une maladie de Horton, Revue rheum. 28: 568, 1961.

61. — *Serrr H.*, et al. Le rheumatisme périarticulaire inflammatoire des ages, *Lyon med.* 207: 331, 1962.
- 62 — *Serre H., L. Simón.* Polymyalgia rheumatica or rhizomelic inflammatory rheumatism of the aged, *A.I.R.* 6: 367, 1963.
- 63 — *Shick R. V., Koale W. F.* Periarthritis nodosa and temporal arteritis Peripheral vascular diseases, 3a. ed., W. B. Saunders, Philadelphia, 1962.
- 64 — *Slocumb C. H.* Differential diagnosis of periarticular fibrositis and arthiitis. *J. Lab. Clin. Med.* 22: 56, 1936.
- 64 — *Spiera, H.* y colab.: Polymyalgia rheumatica, *Am Fam. Physician* 2: 81, 1970.
85. — *Thorpe P.* Polymyalgia rheumatica: a not so benign syndrome. *Med. J. Aust.* 2: 678, 1969.
86. — *Todd J. W.* "Polymyalgia rheumatica", *Lancet* 2: 1 111, 1961.
87. — *Vischer E.*, et al. La pseudo-polyarthrite rhizomélíque, *París méd.* 59: 443, 1969.
88. — *Wadman B. I. Werner.* Therapeutic hazards of phenylbutazone and oxyphenbutazone in polymyalgia rheumatica, *Lancet* 1: 597, 1967.
89. — *Waschulewski, H.* Clinieal picture of alkaptonuria with implication of the skull, *Radiol. Diag.* 10: 335, 1969.
90. — *Wfeissenbach R.* et al Pseudo-polyarthrite rhizomélíque. *Sem. hop. París* 39: 207, 1963.
91. — *Wilske K. R. L. A. Healey.* Polymyalgia rheumatica: a manifestaron of systemic giant-cell arteritis. *Ann. intern. Med.* 66: 77, 1967.
92. — *Wohljort G.* Dystrophia myotonica and myotonia congenita; histopatologic studies with special reference to changes in muscles, *J. Neuropath. exp. Neurol.* 10: 109, 1951.