Semergen. 2015;41 (Espec Congr):581

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/796 - Doctor, ¡me duelen las manos!

M.P. Navarrete Durán[a], V. Domínguez Panadero[b], L. Pallisa Gabriel[a], P. Gracia Alonso[a], L. Gené Huguet[a], S. Murgui Betran[a], J. Clos Soldevila[a] y N. López Batet[a]

[a]CAP Comte Borrell. [b]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Capse Borrell. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 59 años que acude a la consulta en agosto de 2012 por inflamación de ambas manos con predominio de mano Derecha de carácter general en todos los huesecillos del carpo. Se realiza Rx de manos normal y analítica con FR y HLA B27 negativos; ANA 1/80 patrón moteado y se deriva después de un mes a reumatología por persistencia de los signos inflamatorios que no responden a aines orales. En noviembre de 2012 consulta a reumatóloga privada quien lo orienta como tenosinovitis discreta de flexores en carpo derecho. En abril de 2013 reconsulta por presentar astenia generalizada y debilidad muscular asociado a edemas puntuales en ambas manos y pies. Se solicitan marcadores FR negativo, antiRo y anti-La positivos, ANA 1/160.Se realiza interconsulta al servicio de Medicina Interna para completar estudio, donde acaba siendo diagnosticado de esclerodermia. En noviembre 2013 se evidencia afectación pulmonar.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica al inicio del estudio: factor reumatoide negativo, antiRo y anti-La positivos, ANA 1/160. Analítica de seguimiento: Ac jo-1 1,6, RNP 2,7, Scl 70 5,7, anticentromeros < 1,40, antiDNA < 1,10, ANA 1,80 patrón moteado, FR negativo. CEA y 19,9 negativos. Rx mano bilateral: normal. EMG STC bilateral sensitivo muy ligero más bloqueo que atrapamiento. Ecocardiograma: HVI de predominio septal, insuficiencia mitral mínima, insuficiencia aórtica ligera, por prolapso de una de sus valvas. Prueba de esfuerzo negativa. Holter de TA: normal. Ecodoppler: placas irregulares a ambas carótidas internas, parcialmente calcificadas sin repercusión hemodinámica, con velocidad sistólica máxima < 80D y 87 I. Ecografía de cuello: tiroides con estructura homogénea. Pequeños quistes, el mayor con diámetro de 6 mm y adenopatías latero-cervicales de tipo reactivo. Esofagometría: esfínter esofágico inferior hipotenso.

Juicio clínico: Actualmente sigue tratamiento con micofenolato sódico con buena respuesta clínica y controles semestrales en Servicio Medicina Interna de Hospital Clínic de Barcelona. En controles en nuestra consulta se evidencia la regresión de la clínica de rigidez cutánea y de los signos inflamatorios.

Diagnóstico diferencial: Se debe hacer diagnostico diferencial con cualquier poliartropatía bilateral simétrica de pequeñas articulaciones.

Comentario final: Ante procesos reumatológicos es muy importante definir los patrones clínicos que presenta la entidad ante la que nos hayamos y qué pruebas complementarias necesitamos para

así poder llegar al diagnóstico final.

BIBLIOGRAFÍA

1. Esclerodermia. Medline Plus.

2. Esclerodermia. American College of Rheumatology. Atlanta. http://www.google.es/url?sa = t&rct = j&q = &esrc = s&source = web&cd = 1&sqi = 2&ved = 0CCEQFjAA&url = http%3A%2F%2Fwww.rheumatology.org%2Fpractice%2Fclinical%2Fpatients%2Fdiseases_and_conditions%2Fscleroderma-esp.pdf&ei = mtybVfSFEsnyUufsqIgL&usg = AFQjCNFv2Y1HSU19h4eyyoaBdNKEjnAlJw&bvm = bv.96952980,d.d24.

3. Poliartritis. Recordatorio de semiología. A. Sisó Almirall.JANO online. http://www.google.es/url?sa = t&rct = j&q = &esrc = s&source = web&cd = 12&ved = 0CFkQFjAL&url = http%3A%2F%2Fwww.jano.es%2Fficheros%2Fsumarios%2F1%2F0%2F1623%2F61%2F1v0n1623a13093706pdf001.pdf&ei = 9dybVc-wOYzkUb6xhsAL&usg = AFQjCNFTbt4LuKXXqgiEMXt4NoHd4KA9Tw&bvm = bv.96952980,d.d24.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.