



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1540 - Me "duelen" los pies

M. Hernández Carrasco^a, M.J. Rubio González^b, R. Ruíz Merino^c, I.K. Campuzano Juárez^d, N. Rodríguez Panedas^e, D. Correa González^f, M.M. García Alonso^g, D.A. Gil Loayza^h y H. Bergaz Díezⁱ

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyríes. Zona Oeste. Valladolid. ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Zona Oeste. Valladolid. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Zona Oeste. Valladolid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Zona Oeste. Valladolid. ^eMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Zona Oeste. Valladolid. ^gMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Área Oeste. Valladolid. ^hMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyríes. Zona Oeste. Valladolid. ⁱMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias II. Área Oeste. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 39 años, sin alergias a fármacos. En seguimiento por el servicio de Reumatología por espondiloartritis periférica oligoarticular B27 + por historia de derrames de repetición de la rodilla izquierda siguiendo desde hace 3 años con mala adherencia al tratamiento con metotrexato. Acude a nuestra consulta por dolor de antepié en carga, en particular del derecho, de seis meses de evolución y deformidad de tobillos manteniendo diariamente tratamiento con AINEs. No traumatismo previo. No fiebre. No historia personal de psoriasis pero sí familiar de segundo grado con dicha patología.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. FC 96. Cabeza y cuello: no adenopatías en cadenas ganglionares. ACP: murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. No ruidos sobreañadidos. Ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Se observan tobillos con deformidad, el derecho con actitud de valgo no reductible y dolor y con disminución de la flexo-extensión. Dolor a la presión de las articulaciones metatarsofalángicas 2, 4 y 5 del pie derecho. Lesión eritemato-descamativa suprapúbica y lesiones ungueales en pies en “manchas de aceite”. No tofos. Analítica: hemograma normal. PCR 16. Creatinina 0,91. Úrico 6. FA 67. Perfil lipídico normal. Perfil proteico con hipergammaglobulinemia policlonal. Factor reumatoide 10. Anti-CCP 0. ANCA 1/80. Ca y fosfato normales. En ecografía de tobillos se observa grave irregularidad cortical a nivel de base de ambas tibias con aumento de la vascularización local. Radiología antepié: normal. Tobillos: periostitis en base interna de ambas tibias. Los cambios radiográficos e historia de antecedentes familiares de psoriasis y posible historia personal de psoriasis, hace posible el diagnóstico de artritis psoriásica, incluso si no existen antecedentes cutáneo-ungueales. Se decide remitir al paciente a la consulta de Reumatología con estudio completo analítico y radiográfico para valoración de tratamiento y conseguir excelente adherencia.

Juicio clínico: Artritis psoriásica.

Diagnóstico diferencial: Espondiloartritis anquilosante. Artritis reactivas. Osteoartrosis. Gota. Coloenteropatías. Artritis reumatoide. Lupus eritematoso sistémico.

Comentario final: La artritis psoriásica es una artropatía inflamatoria y seronegativa que afecta al 10% de pacientes con psoriasis. Etiología desconocida (factores ambientales y genéticos). Los pacientes son HLA B27 positivos en el 30-60% de los casos. La psoriasis precede cronológicamente a la artritis en el 60% de los casos con varios patrones artropáticos frecuentemente afectación IFD y dactilitis de manos y pies existiendo varios patrones de la enfermedad (poliartritis simétrica la más frecuente) con evolución en brotes de semanas-meses de duración. Diagnóstico fundamentalmente clínico cumpliéndose 3 o más criterios de CASPAR (psoriasis actual o historia de psoriasis, distrofia ungueal psoriásica típica, prueba de factor reumatoide negativo, dactilitis actual o historia antigua de dactilitis, evidencia radiográfica de formación de ósea yuxtartricular). El tratamiento de la artritis se fundamenta en la administración continuada de AINE asociado a FAME. Recientemente se ha iniciado el uso de los antiTNFa en aquellos pacientes con una gran afectación cutánea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fauci A. Harrison: Principios de Medicina Interna. McGraw-Hill; 17^a edición.
2. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 16^a ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
3. Duró Pujol JC. Reumatología clínica. Elsevier, 2010.