



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/1474 - ¡Doctora, se me ha hinchado el dedo!

S. López Mesa<sup>a</sup>, A.B. Domínguez García<sup>a</sup>, M. Bosch Racero<sup>b</sup>, M. Beteta Almagro<sup>b</sup>, M.C. Garrido Laguna<sup>c</sup> y A. Herrera Rodríguez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Miel. Benalmádena. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Lagunas. Mijas.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 23 años, atendido en nuestra consulta del centro de salud, por inflamación y dolor en 4<sup>a</sup> articulación metacarpo-falángica (mano derecha), desde hacía 2 semanas, sin otra sintomatología asociada. Solicitamos Rx PA manos y pautamos tratamiento antiinflamatorio; ante la persistencia de la clínica, solicitamos analítica con pruebas reumáticas, serología y derivamos a Medicina Interna. Tras el resultado de las pruebas complementarias se inició tratamiento con doxiciclina.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. No signos de afectación sistémica. En 4<sup>a</sup> articulación metacarpo-falángica de la mano derecha: tumefacción y dolor a la palpación y la movilización, sin eritema, ni alteraciones dérmicas. Analítica sanguínea: leucocitos 9.720 (N 39,90%), Hb 15,7, plaquetas 260.000. VSG 6. Bioquímica: normal. PCR 2,4. ANA: negativo. Ac anticitrulinado 0,7, factor reumatoide 20. Serología: *Brucella* Ac negativo, IgM negativo; *Borrelia* Elisa IgG: no se detectan anticuerpos GSC, IgM Se detecta anticuerpos GSC. Rx PA ambas manos: sin hallazgos patológicos.

**Juicio clínico:** Monoartritis por *Borrelia burgdorferi* (enfermedad de Lyme).

**Diagnóstico diferencial:** Según la evolución temporal: monoartritis aguda (6 semanas): traumática, microcristalinas. Gotosa: la más prevalente. Condrocarkinosis (pseudogota): infecciosa, secundaria a infiltración interarticular por glucocorticoides. Por *Borrelia burgdorferi* (enfermedad de Lyme). Virus (virus herpes simple, parvovirus B19, VHB...). Arteritis reactivas (secundaria a infección gastrointestinal o genitourinaria). Monoartritis crónica (> 6 semanas): tuberculosis, brucellosis, hongos, espondiloartropatías, artritis reactiva, artritis psoriásica, asociada a enfermedad intestinal, espondilitis anquilosante. Enfermedades inflamatorias en general.

**Comentario final:** Ante un caso de monoartritis, debemos tener en cuenta los antecedentes familiares y personales, la localización y forma de inicio, posibles factores desencadenantes, características del dolor, tiempo de evolución, capacidad funcional y los tratamientos previos así como la respuesta a los mismos. Por otra parte la exploración física debe ser sistemática y por aparatos, pues las lesiones que aparecen nos van a orientar el diagnóstico, en gran cantidad de casos.

### Bibliografía

- Aguilar Rodriguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Lagarde Sebastián M, Maestro de la Calle G, Pérez-Jacoiste Asín MA, et al, eds. Manual Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital

- Universitario 12 de Octubre, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD, 2012.
2. Someso Orosa E, Prieto Formoso F, Zamoras Casal A, Ferreiro Uriz O. Monoartritis y Poliartritis. Fisterra, 2012.

*Palabras clave:* Monoartritis aguda. Borrelia. Enfermedad de Lyme.