



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/637 - ANTECEDENTES PERSONALES: CLAVE PARA UN CORRECTO DIAGNÓSTICO

T. Fernández Álvarez^a, G. del Río González^b, M. Carrizo Boto^c y J. García-Monge Pizarro^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Pravia. Asturias. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pravia. Avilés. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sabugo. Avilés.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 48 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni factores de riesgo cardiovascular. Diagnosticada en septiembre de 2010 de rectitis ulcerosa a tratamiento con mesalazina y beclometasona. Acude a nuestra consulta de Atención primaria por dolor lumbar sin irradiación, omalgia bilateral, dorsalgia y cervicalgia de 2 semanas de evolución. También refiere dolores en ambas muñecas y dedos sobre todo en interfalángicas proximales (IFP), con rigidez matutina. Se pide radiografía y analítica y se decide derivar a Reumatología dados los antecedentes.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar normal. Locomotor: movilidad columna normal, maniobras sacroiliacas negativas, no artritis, no entesitis, no limitaciones funcionales, no dolor a la palpación sobre tender points. Lasègue negativo. Resto de la exploración física normal. Radiografía cervical, dorsal, lumbar y de hombros: sin alteraciones. Analítica: velocidad de sedimentación 97, Factor reumatoide: negativo, HLA B27 negativo. Gammagrafía ósea: artropatía con componente inflamatorio en muñecas, IFPs y metacarpo falángicas (MCF) de ambas manos. Resonancia sacroiliacas: sin evidencia de imágenes que sugieran la presencia de sacroileítis ni otras alteraciones. Resto de estructuras incluidas en el estudio sin hallazgos.

Orientación diagnóstica: Espondiloartritis enteropática.

Diagnóstico diferencial: Fibromialgia, espondilitis anquilosante, artritis reumatoide, lumbalgia mecánica.

Comentario final: Entre un 10-20% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pueden presentar una artritis periférica y otro 10% pueden presentar compromiso axial. Se trata de una artritis poliarticular y migratoria que presenta una típica correlación con la gravedad de la enteropatía. Tener en cuenta los antecedentes es un pilar fundamental para llegar a un correcto diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.
2. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

Palabras clave: Artritis. Dolor.