



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/569 - DOCTORA, ¿QUÉ ME PASA EN LAS MANOS?

G. Mestre Reoyo^a, C. Ferre Fernández^b, M. Rosillo Rein^c y V. Sánchez Hidalgo^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. ^cCentro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años, fumadora de 10 cigarrillos diarios, sin otro antecedente personal de interés, que acude a consulta porque desde hace 6 meses refiere episodios de edematización de manos y dedos, con pérdida de sensibilidad y cambios de coloración de los dedos a blanco-azul-rojo. Durante una semana episodio de dolor en ambas manos autolimitado. Disnea a moderados esfuerzos. Pérdida de peso de 3 Kg en 2 meses. Solicitamos analítica y RX de tórax.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Normocoloreada y bien perfundida. Cabeza y cuello normal. ACP: rítmico y regular a 75 lpm. No soplos audibles. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias. EE: esclerodactilia. Edema difuso en dedos. No telangiectasias ni poiquilodermia. Articulaciones periféricas: No sinovitis, no limitaciones, no deformidades. Raquis: no doloroso, movilidad completa. Analítica: hemograma y bioquímica normales. Complemento normal. Factor Reumatoide negativo. PCR negativo. Autoinmunidad: ANA 1/80 (positivo), AntiRNA Pol III positivo, resto negativo. Orina normal. Ante la sospecha de síndrome de Raynaud/esclerosis sistémica se deriva a Reumatología para confirmar la sospecha.

Orientación diagnóstica: Esclerosis sistémica (síndrome de Raynaud, AntiRNA Pol III positivo, esclerodactilia, y edema difuso dedos).

Diagnóstico diferencial: Arteriosclerosis obliterante (síndrome de Buerger), distrofia simpática refleja, crioglobulinemia, policitemia, neoplasia, traumatismo.

Comentario final: El médico de Atención Primaria tiene un papel fundamental a la hora de diagnosticar el síndrome de Raynaud, ya sea tipo primario o secundario. Es un objetivo muy importante, al no ser una patología banal, dada la implicación pronóstica y de tratamiento a largo plazo, que puede llevar a lesiones irreversibles como amputación de dedos. Desde nuestra posición profesional podemos prevenir una evolución tórpida mediante el consejo antitabáquico y la abstención alcohólica, así como un tratamiento inicial que mitigue la sintomatología.

Bibliografía

- Hirschl M, Hirschl K, Lenz M, et al. Transition from primary Raynaud's phenomenon to secondary Raynaud's phenomenon identified by diagnosis of an associated disease: results of ten years prospective surveillance. *Arthritis Rheum.* 2006;54:1974-81.

2. Tolosa Vilella C, Simeón Aznar CP, Gabarró Julià L. El fenómeno de Raynaud. *Med Clin (Barc)*. 2009;132:712-8.

Palabras clave: Síndrome de Raynaud. Anticuerpos antinucleares. Esclerodactilia.