



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/366 - R3SPE

A. Aumala Aguilera¹, R. Panadés Zafra² y A. Colquechambi¹

¹Médico de Familia. Centro de Salud EAP Piera. Barcelona. ²Médico de Familia. EAP Anoia Rural. SAP Anoia. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 87 años, tartamudez, DM2, autónoma total. Presenta cuadro de poliartralgias, de predominio en hombros y espalda, de 1 mes de evolución, que no mejora con analgesia. Posteriormente desarrolla edema en manos. A la exploración destaca tumefacción en articulaciones metacarpofalángicas del 2º y 3º dedos de mano izquierda y de la interfalángica del 3º dedo mano derecha. Moviliza cintura escapular sin limitaciones (se levanta de la silla sola). Articulación temporal pulsátil bilateral sin engrosamiento. Se prescribe analgesia, se solicita analítica urgente. En los resultados destaca aumento de los reactantes de fase aguda (PCR 83 VSG 83), se inicia tratamiento con prednisona 20 mg e interconsulta online a reumatología. La paciente reconsulta una semana más tarde por cefalea hemicraneal derecha, de características pulsátiles sin claudicación ni sensibilidad mandibular, sospechando arteritis de Horton vs polimialgia reumática (PMR) se aumenta prednisona a 30 mg. La paciente presenta mejoría clínica con desaparición de edema de manos y disminución de las artralgias. Tras la valoración por reumatología se orienta el cuadro como sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema y con fovea (R3SPE) asociado a polimialgia reumática (PMR).

Exploración y pruebas complementarias: Tumefacción de 2-3 MCF de mano izq + IFP 3º dedo mano derecha. No claudicación escapular. Arteria temporal pulsátil de forma bilateral, no engrosada. Analítica: FG 82 ml/min, ferritina 83 ng/ml, PCR 83 mg/l, FR neg, VSG 83 Control: VSG 9 PCR 3 mg/l. Pruebas reumatología: PET/TAC corporal: captación periarticular bilateral en hombros, probable artropatía inflamatoria o degenerativa. VSG 56, PCR 29 mg/l. Evolución: recidiva clínica, subimos dosis de prednisona a 15 mg con buena respuesta. Mejor, en pauta decreciente de prednisona.

Orientación diagnóstica: Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea.

Diagnóstico diferencial: Arteritis de Horton dada la cefalea. PMR, por edad y dolor escapular. Artralgias por artrosis, por degeneración articular.

Comentario final: El R3SPE es una patología reumatológica de etiología desconocida pero con respuesta muy agradecida al tratamiento y que podemos llevar mancomunadamente con reumatología como ha sido en este caso. La posibilidad de comunicación dada las nuevas tecnologías facilita y mejora el manejo de los pacientes.

Bibliografía

1. Cantini F, Salvarani C. Paraneoplastic remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. Clin Exp Rheumatol. 1999;17(6):741-4.

2. Olivé A, del Blanco J, Pons M. The clinical spectrum of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. The Catalán Group for the Study of RS3PE. J Rheumatol. 1997;24(2):333-6.

Palabras clave: Atención Primaria. Geriatria. Artritis.