

424/1239 - DOCTORA, NO PUEDO AFEITARME

M. Macías Reyes, M. Forner Gimeno y L. Torres Ganoza

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Igualada Urbà. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Acude a nuestra consulta de atención primaria un varón de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial tratado con enalapril y sin hábitos tóxicos. Refería dolor e impotencia funcional de dos semanas de evolución, en cintura escapular que le limitaban actividades cotidianas, debilidad en cintura pélvica y dificultad para levantarse de la silla. Negaba cefalea, amaurosis fugax ni claudicación mandibular. En la analítica se objetivó una velocidad de sedimentación glomerular de 32 mm y proteína C reactiva de 57 mg/L. Se orientó como una polimialgia reumática iniciándose el tratamiento con prednisona. Pero tras 5 días, reconsultó porque se había sobreañadido edemas con fóvea en dorso y dedos de ambas manos y rigidez matutina que lo asociaba al tratamiento por lo que lo suspendió.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración física revelaba dificultad para la extensión y abducción de extremidades superiores, así como a la flexión de caderas. La palpación de arterias temporales y el resto de exploración fue normal. Se derivó a reumatología para valoración, orientado como síndrome sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema (RS3PE). Se solicitó HLA B27, anticuerpo antinuclear, factor reumatoide, anticuerpo contra péptidos citrulinados y serologías de hepatitis B y C todo negativo y en TAC toraco-abdominal se descartó que fuera de etiología paraneoplásica. Se reinstauró prednisona 10 mg durante seis meses asociado a calcio y vitamina D. La respuesta al tratamiento corticoideo fue buena, mejorando el dolor y la tumefacción con normalización de los reactantes de fase aguda a los dos meses.

Orientación diagnóstica: Síndrome RS3PE. Su diagnóstico es por exclusión, en paciente mayor de 65 años, factor reumatoide negativo, polisinovitis simétrica en muñecas, interfalangicas proximales, tendones extensores de la mano, edema con fóvea en las zonas afectadas, rigidez matutina y rápida respuesta a corticoides.

Diagnóstico diferencial: Enfermedad osteoarticular, polimialgia reumática o síndrome RS3PE.

Comentario final: El RS3PE tiene una incidencia del 0,09%, aunque se trate de una enfermedad infrecuente es importante desde Atención Primaria tenerla presente para hacer diagnóstico precoz y descartar que sea secundario a proceso neoproliferativo, además debemos instaurar precozmente tratamiento con lo que el paciente presentará una clara mejora.

Bibliografía

1. Alastuey Giménez C, JL Ibero Villa. Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema o síndrome RS3PE. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005;40(5):320-2.

Palabras clave: Edema. Polisinovitis. RS3PE.