



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-199 - ABORDAJE DEL SÍNDROME DE RAYNAUD DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

V. Guinaldo Losada^a, L. Irigoyen Monclús^b, E. Santos Ferreras^a, J.I. López Gil^a, E. Relea Álvarez^a y P. Montoya Álvarez^a

^aCS José Aguado. ^bCS Huarte.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 53 años que acude a la consulta de Atención Primaria, refiriendo desde hace meses y de forma intermitente parestesias distales con sensación térmica distorsionada. Fue valorada por la existencia de dichas parestesias con anterioridad descartándose patología neurológica concomitante. Otros antecedentes de interés: portadora de DIU, migraña ocasional. En el momento actual hace especial hincapié en la presencia de dolor en el hombro izquierdo, ambas muñecas y los tobillos que describe “tirantez intraarticular” así como frialdad en los dedos de las manos, niega fiebre y contacto con animales habitual.

Exploración y pruebas complementarias: A pesar del dolor, no se objetivan signos claros de artritis aguda que justifique el cuadro, contractura de trapecio homolateral y a pesar de la edad, la paciente no presenta prácticamente ninguna arruga. La clínica referida por la paciente es compatible con un fenómeno de Raynaud, y a la vista de analítica dentro de la normalidad (PCR, VSG, FR incluidos), se decide derivar a Reumatología. Dicho Servicio realiza una analítica más completa para descartar una enfermedad autoinmune subyacente (ANAs, anticentrómero, antiDNA nativo, anticardiolipina G y M, ?2 glicoproteína, complemento, orina y CK) normales a excepción de anti scl 70 (que sí resulta positiva). Además, y para confirmar el síndrome de Raynaud, se realiza capilaroscopia, la cual resulta patológica.

Juicio clínico: Ante la positividad para anti scl-70 y síndrome de Raynaud, se establece la sospecha diagnóstica de probable esclerodermia.

Diagnóstico diferencial: Ante el diagnóstico de un fenómeno/síndrome de Raynaud puede pensarse en las siguientes entidades: Primario/idiopático. Secundario: esclerosis sistémica u otras conectivopatías. Trastornos hematológicos. Trastornos endocrinológicos. Ocupacionales. Farmacológicos (atenolol, cisplatino, bleomicina).

Comentario final: Ante la sospecha clínica de un fenómeno de Raynaud, debemos buscar desde nuestras consultas a través de la anamnesis, una probable etiología subyacente; cuando éste, escape a nuestra competencia, se debería derivar al Reumatólogo, para ampliar dicho estudio. En caso de ser secundario, se debe abordar la causa subyacente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Varga J. Esclerosis sistémica (esclerodermia) y trastornos relacionados. Harrison, 18^a ed.
2. Kuwana M, et al: Defective vasculogenesis in systemic sclerosis. Lancet. 2004;364:603.

3. Varga J, Abraham D. Systemic sclerosis: a prototypic multisystem fibrotic disorder. *J Clin Invest.* 2007;117:557.