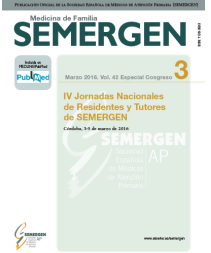




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

P-019 - ¡DOCTORA, SE ME HAN HINCHADO LAS MANOS!

E. García Fernández^a, M. Sánchez Espejo^b y M. Crespo Hernández^a

^aCS Occidente Azahara. ^bCS Poniente.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a consulta de Atención Primaria por presentar hinchazón de manos de dos días de evolución, no recorte de diuresis, no síndrome constitucional ni otra sintomatología acompañante; se pauta clortalidona 50 mg cada 24 horas y se solicita analítica con PCR, FR, TSH y sedimento además de una radiografía de manos. A los 4 días vuelve a consultar por presentar poliartralgias que disminuyen con AINES y refiere síncope tras toma de clortalidona; se realiza ECG, se toma TA y se revisa analítica visualizándose PCR 137,20 sin otros hallazgos significativos; por esto se pauta deflazacort 30 mg 2 comprimidos cada 24 horas durante 5 días junto con IBP en el mismo periodo y se cita para revisión en 10 días con nueva analítica de control. Se reevalúa a los 10-15 días y la paciente presenta importante mejoría clínica, en analítica normalización de PCR; indicamos continuar con deflazacort 15 mg cada 24 horas y que realizaremos interconsulta con internista que acude una vez al mes al centro de salud. Se comenta el caso al internista que indica que se trata de síndrome de RS3PE y que se debe continuar con tratamiento durante 4 semanas.

Exploración y pruebas complementarias: En la primera consulta a la exploración física presenta buen estado general, consciente, orientada, bien hidratada y perfundida. Edemas con fóvea en manos hasta muñecas de predominio derecho; ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia sin soplos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos; abdomen normal; TA 128/70; FC 70; MMII sin edematización ni signos de TVP; no ingurgitación yugular. En la segunda consulta presenta de nuevo exploración física rigurosamente normal, se le realiza ECG por síncope sin ninguna alteración, TA 110/64, FC 80, analítica con hemograma, bioquímica básica con enzimas hepáticas, TSH y factor reumatoide rigurosamente normal salvo PCR en 137,20 y 10 eritrocitos por campo en el sedimento, radiografía manos normal. En la revisión presenta exploración normal y analítica normal con PCR 0.90.

Juicio clínico: Síndrome RS3PE o sinovitis simétricas seronegativa remitente con edemas con fóvea.

Diagnóstico diferencial: Este síndrome puede asociarse o ser el inicio de una patología reumática como polimialgia reumática o artritis reumatoide entre otras, pero también en muchos casos puede ser secundario a infecciones o ser un síndrome paraneoplásico sobre todo asociado a neoplasias hematológicas.

Comentario final: Ante la buena respuesta a corticoides que presenta la paciente se decide realizar un seguimiento, por la posible relación con el desarrollo de neoplasias, con control analítico cada 6 meses y se le indica que ante la presencia de fiebre sin foco, pérdida de apetito y pérdida de peso vuelva a consultar para nueva valoración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de práctica clínica del síndrome RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea). Fistera.
2. Salvarani Carlo, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Review Article for Polymialgia Rheumatica and Giant-Cell.