

Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema o síndrome RS3PE

C. Alastuey-Giménez^a y J.L. Ibero-Villa^b

^aServicio de Geriatría. Hospital Insular de Lanzarote. Arrecife. Las Palmas. España.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valterra. Arrecife de Lanzarote. Las Palmas. España.

RESUMEN

El síndrome RS3PE (*remitting seronegative symmetrical sinovitis with pitting edema*) tiene una etiología desconocida y se presenta con más frecuencia en el anciano. Se caracteriza por una polisinovitis seronegativa asociada a tenosinovitis con importante edema de las manos y los pies. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y remite con tratamiento esteroideo. Exponemos el caso de un varón de 79 años que cumplía todos los criterios para ser diagnosticado de esta entidad, cuyo interés se debe a que la forma de presentación clínica era poco frecuente.

Palabras clave

Síndrome RS3PE. Anciano. Polisinovitis.

Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema or RS3PE syndrome

ABSTRACT

The RS3PE syndrome (*remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema*) is of unknown aetiology and is more frequent in old people. It is characterised by seronegative polysynovitis associated with tenosynovitis with marked oedema of the hands and feet. Diagnosis is mainly clinical and the syndrome resolves with steroids. We describe the case of a 79-year-old man who fulfilled all the criteria for the diagnosis of this entity. The interest of this case lies in its infrequent form of clinical presentation.

Key words

RS3PE syndrome. Elderly. Polysynovitis.

INTRODUCCIÓN

La poliartritis es una causa frecuente de dolor poliarticular en la población geriátrica, atribuido en primer lugar a osteoartritis degenerativa¹ y en menor medida a otras enfermedades de origen inflamatorio. Cuando afecta al esqueleto periférico puede ser por artritis reumatoide, algún tipo de conectivopatía, polimialgia reumática² o artritis asociadas a procesos malignos^{3,4}.

El síndrome RS3PE, cuyo nombre está compuesto por las iniciales de las palabras que describen las características propias de la enfermedad (*remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema*), es otro tipo de poliartritis periférica que fue descrito por primera vez en 1985⁵. Tiene un origen desconocido, escasa frecuencia⁶ y es considerado como una entidad propia típicamente del anciano⁷, aunque se haya descrito también como cuadro paraneoplásico^{3,4}.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 79 años, independiente para las actividades de la vida diaria (índice de Barthel 100), sin deterioro cognitivo, con antecedentes de hipertensión arterial leve y artrosis generalizada en tratamiento con paracetamol. Tras 2 semanas de la vacunación antigripal presentó un cuadro de dolor en ambas manos, más intenso en la derecha, con hinchazón (inicialmente en las palmas, siguió en el dorso hasta extenderse por los dedos) y rigidez matutina de varias horas de evolución. En la exploración se objetivaba impotencia funcional, edema en el dorso y los dedos de ambas manos que dejaba fóvea a la presión, sin enrojecimiento ni calor, con dolor a la palpación en las articulaciones (radio-cúbito-carpianas, carpometacarpianas, metacarpofalangicas e interfalangicas) y en los trayectos de los tendones flexores. El resto de la exploración física era normal sin adenopatías ni lesiones cutáneas. Con el diagnóstico de poliartritis se inició el estudio analítico y radiológico, pautando tratamiento con diclofenaco. A los pocos días presentó dolores en ambos hombros y caderas, con impotencia funcional importante y dificultad para la movilidad, incluso en la cama (índice de Barthel 85). Estaba afe-

Correspondencia: Dra. C. Alastuey-Giménez.
José M. Gil 12, Urb. La Concha.
35.500 Arrecife de Lanzarote. Las Palmas. España.
Correo electrónico: jiberov@medynet.com

Recibido el 2-11-04; aceptado el 7-2-05.

bril y sin otra sintomatología sistémica. Ante el nuevo cuadro se sospechó también polimialgia reumática, por lo que el tratamiento fue prednisona 30 mg/día en pauta descendente y omeprazol como gastroprotector.

En la analítica general destacaban la velocidad de sedimentación globular de 40 mm/h y la proteína C reactiva de 8,2 mg/l, con el hemograma, la bioquímica, TSH, PSA, factor reumatoide y anticuerpos antinucleares normales. La radiografía de ambas manos demostraba un aumento generalizado de partes blandas con signos degenerativos artrósicos y la de tórax era compatible con bronquitis crónica.

Con estos datos clínicos y analíticos se consideraron 3 posibles diagnósticos: artritis reumatoide del anciano, polimialgia reumática y síndrome de RS3PE.

Se descartó la artritis reumatoide porque faltaban criterios diagnósticos y la ausencia de erosiones radiológicas, factor reumatoide negativo y tener buena evolución. En cuanto a la polimialgia reumática, la sinovitis de las manos es rara y la afección de las cinturas, muy frecuente y de larga duración.

Se llegó a la conclusión de síndrome de RS3PE por cumplir todos los criterios de éste: ser un paciente > 65 años, presentar rigidez matutina, polimiositis simétrica con afección de muñecas, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y vainas tendinosas de los extensores de las manos, tener edema con fóvea en las zonas afectadas, un factor reumatoide negativo y ausencia de otras enfermedades.

El tratamiento se realizó con prednisona, inicialmente 30 mg/día, descendiendo una cuarta parte cada semana y continuando luego sólo con 5 mg en el desayuno.

A las pocas semanas la disminución del cuadro era evidente y el paciente recuperó su capacidad funcional. En los controles del seguimiento posterior no apareció ningún tipo de sintomatología añadida y la exploración física era normal, así como las analíticas y las pruebas complementarias de imagen (radiografía de tórax y ecografía abdominal-pélvica).

Tras 2 años de tratamiento médico se consideró que el paciente estaba totalmente curado, sin recurrencia del dolor y el edema y sin que presentara datos sugerentes de otras enfermedades asociadas ni de otros diagnósticos diferenciales.

DISCUSIÓN

El síndrome RS3PE afecta a personas > 70 años, predominantemente varones (80%). Presenta una mayor incidencia en la población rural y predomina en la estación otoñal⁵. La etiología es desconocida, aunque se ha sugerido la infección por virus⁸ y un origen paraneoplásico⁴; además, se

TABLA 1. Criterios diagnósticos de síndrome RS3PE

Edad superior a 50 años
Polartritis aguda
Edema con fóvea en ambas manos
Ausencia de factor reumatoide

Tomada de Olivé et al⁶.

TABLA 2. Criterios diagnósticos de síndrome RS3PE

Edad ≥ 65 años
Factor reumatoide negativo
Polisinovitis simétrica que afecta a muñecas, MCF, IFP y vainas de los extensores de las manos
Edema en piel de naranja con fóvea
Rigidez matutina
Rápida respuesta al tratamiento esteroideo
Exclusión de otras enfermedades

MCF: articulaciones metacarpofalángicas; IFP: articulaciones interfalángicas proximales.

Tomada de Olivo et al¹¹.

ha relacionado con el HDL-B7⁹. Tiene un inicio rápido, en días o semanas aparece un cuadro de afección inflamatoria simétrica de los tendones extensores (91%) y de los flexores de los dedos de las manos (39%), con tumefacción y dolor en las articulaciones metacarpofalángicas (81%), interfalángicas (70%) y carpianas (55%)⁶ y un edema importante con fóvea en el dorso de las manos. Puede afectar con menor frecuencia también a los pies, además de las cinturas escapular y pélvica. En las pruebas complementarias para el diagnóstico sólo se aprecia una elevación de los reactantes de fase aguda (VSG y proteína C reactiva) en la analítica, con factor reumatoide y anticuerpos antinucleares negativos. La radiología no aporta información relevante, sólo un aumento de partes blandas y signos propios de la edad, y la resonancia magnética muestra que la tenosinovitis es la causante del edema por la presencia de fluido en las vainas tenosinoviales, con pocos signos de artritis¹⁰. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y se atiene a unos criterios que se describen en las tablas 1⁶ y 2¹¹, que en nuestro paciente se cumplían íntegramente. Como tratamiento se aconseja administrar dosis bajas de corticoides durante 6-18 meses; cabe destacar la falta de respuesta a los antiinflamatorios no esteroideos.

En general, el pronóstico es bueno y se debe tener en cuenta la posibilidad de un origen paraneoplásico, sobre todo si se inicia en edades más tempranas, se asocia con un cuadro constitucional o tóxico y presenta resistencia a los corticoides. Entre las principales neoplasias a las que se puede asociar están las de origen hematológico (leucemia, linfoma o mieloma), digestivo (de páncreas o estómago), ginecológico (de endometrio u ovario) y nefrourológico (de riñón o próstata).

Puede estar asociado con procesos reumáticos de inicio tardío (artritis reumatoide seronegativa, espondilopatía, conectivopatía, vasculitis o amiloidosis)^{10,12} o bien formar parte de un cuadro heterogéneo de buen pronóstico compuesto por manifestaciones de polimialgia reumática, artritis reumatoide y síndrome RS3PE^{13,14}. Sin embargo, el carácter remitente del cuadro orienta hacia la presencia de una entidad propia en geriatría^{6,7,11,15}, que la haría diferente de otras entidades que cursan con poliartritis periférica y edema distal en el anciano, como la enfermedad mixta del tejido conjuntivo, la enfermedad por depósitos de pirofosfato cálcico, la distrofia simpática refleja, la amiloidosis, la artropatía psoriásica, la polimialgia reumática, las espondiloartropatías periféricas, la esclerodermia, el lupus eritematoso sistémico, la vasculitis, la sarcoidosis y la artritis reumatoide¹⁵.

El interés del caso radica en su fácil diagnóstico, al no requerir excesivas pruebas complementarias, y en su excelente pronóstico con el tratamiento adecuado. Por lo tanto, en los servicios de geriatría y en los centros de atención primaria se debería conocer la existencia de este inusual síndrome.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sergent JS, Polyarticular arthritis. En: Kerley WN, Harris ED, Ruddy S, Siegel CB, editors. *Texbook of rheumatology*. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1993. p. 381-8.
2. Jover JA, Collado MP. Síndromes articulares: monoartritis y poliartritis. En: Ribera JM, Gil P, editores. *Patología osteoarticular en geriatría. Clínicas geriátricas IX*. Madrid: Edimsa; 1993. p. 3-35.
3. Nuño FJ, Noval J, Mazorra M, Campoamor MT. Síndrome de RS3PE asociado a adenocarcinoma de próstata. *Rev Clin Esp*. 2001;201:427-8.
4. Sibilia J, Friess S, Schaeverbeke T, Maloisel F, Bertin P, Goichot B, et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE): a form of paraneoplastic polyarthritis? *J Rheumatol*. 1997;26:115-20.
5. McCarty DJ, O'Duffy JD, Pearson L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. *JAMA*. 1985;254:2763-7.
6. Olivé A, Blanco J, Pons M, Vaquero M, Tena X. The clinical spectrum of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. *J Rheumatol*. 1997;24:333-6.
7. Gomez R. Síndrome RS3PE: un nuevo síndrome geriátrico. *Revista electrónica de Geriatría y Gerontología*. 2001;2(3). Disponible en: www.geriatrictenet.com/numero5/privado55/geriatraar2001_2_2f.html
8. Russel EB, McCarty DJ, Schwab J. RS3PE syndrome: no evidencia for retroviruses. *J Rheumatol*. 1994;21:1105-6.
9. Russel EB, Hunter JB, Pearson L, McCarty DJ. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. 13 additional cases. *J Rheumatol*. 1990;17:633-9.
10. Olivieri I, Salvaraqui C, Cantini F. Remitting distal extremity swelling with pitting edema: a distinct syndrome or a clinical feature of different inflammatory rheumatic diseases? *J Rheumatol*. 1997;24:249-52.
11. Olivo D, Lacava R, Rossi MG, Gareri P, Fiorentini C, Mattace R. Benign edematous polysynovitis in the elderly. *Clin Exp Rheumatol*. 1994;12:669-73.
12. Schaeverbeke T, Fatout T, Marce S, Verhnes JP. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema: disease or syndrome? *Ann Rheum Dis*. 1995;681-4.
13. Guiriguet C, Albadejo C. Dona d'edat avançada amb les mans tumefactes i adolorides. *Butlletí*. 2004;22:11-3. Disponible en: http://www.scmfic.org/acrobat/butlleti/scmfic22_1.pdf.
14. Healy LA. RS3PE Síndrome. *J Rheumatol*. 1990;17:414.
15. Dudler J, Gerster LC, So A. Polyarthritis and pitting edema. *Ann Rheum Dis*. 1999;58:142-7.