



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

264/175 - DOLOR EN LA MANO Y ALGO MÁS

S. López Mesa^a, C. Ramírez Martín^b, A. Herrera Rodríguez^c y A. Domínguez García^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Hospital Costa del Sol. Málaga. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Las Albarizas. Marbella. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 50 años atendida en nuestra consulta por cuadro de dolor en mano derecha (articulación metacarpofalángica de 2^o y 3^{er} dedos), epicondilitis y dolor en hombro ipsilateral. Refería también caída de cabello, así como sequedad de mucosa ocular y genital. Antecedentes personales: Hipotiroidismo en tratamiento con LT4, blefarconjuntivitis alérgica, linfopenia y neutropenia recidivante.

Exploración y pruebas complementarias: Sinovitis de articulación metacarpofalángica de 2^o y 3^{er} dedos de la mano derecha y aumento de volumen de articulación interfalángica proximal de estos mismos dedos. Mano contralateral sin alteraciones. Evolución: se solicita Rx manos y analítica sanguínea y se deriva a servicio de Medicina Interna/Enfermedades sistémicas. Analítica de sangre: leucocitos 3.870 (N 58,3%, L 26,4%), Hb 12,9, plaquetas 234.000. VSG 84. PCR 0,1, factor reumatoide 351, vitamina B12 235, TSH 3,5. Proteinograma: incremento de la región gamma de aspecto policlonal. Perfil electroforético asociado a reacción inflamatoria en fase aguda. IgG 2.030, IgA 628, IgM 321, C3 y C4 normales. ANA negativos. Ac anti-Sm, Ac anti Sm/RNP, AC anti-SSB negativos, Ac anti-SSA positivo y Ac anti-péptido C citrulinado normal. Serología negativa para VIH, VHCy VHB. Rx manos: no signos de artritis ni artrosis.

Juicio clínico: Síndrome de Sjögren.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades más frecuentes que cursan con poliartritis aguda: 1. Artritis microcristalinas: 1.1 Gota. 1.2 Condrocálcinosis. 2. Artritis reumatoide. 3. Espondiloartropatías seronegativas: 3.1 Espondilitis anquilosante. 3.2 Artritis psoriásica. 3.3 Artritis reactiva. 3.4 Artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal. 4. Enfermedades colágeno-vasculares. 4.1 Lupus eritematoso sistémico. 4.2 Esclerodermia. 4.3 Vasculitis. 4.4 Síndrome de Sjögren. 4.5 Polimiositis. 4.6 Enfermedad mixta del tejido conectivo. 4.7 Polimialgia reumática.

Comentario final: El síndrome de Sjögren es una exocrinopatía crónica autoinmune, de progresión lenta y etiología desconocida, caracterizada por la sequedad de mucosas, principalmente bucal (xerostomía) y ocular (xeroftalmia). Cuando aparece de forma aislada, se considera primario y cuando se asocia a otra enfermedad autoinmune, se conoce como síndrome Sjögren secundario. Hay predominio en mujeres 9:1, y en la 4^a-5^a década, como ocurre en nuestra paciente, aunque puede aparecer a cualquier edad. Los síntomas más frecuentes son la sequedad ocular y bucal, pudiendo

presentar dolor ocular, “quemazón”, disminución de la secreción lagrimal sensación de “arenilla” y en el caso de presentar xerostomía necesitan beber agua con frecuencia. El diagnóstico se basa en la objetivación de la queratoconjuntivitis seca mediante la prueba de ros de Bengala y/o prueba de Schimer (más específica). Los anticuerpos anti-Ro (anti- SSA) y anti- La (SS-B) son más frecuentes en el síndrome de Sjögren primario que en el secundario.

Bibliografía

1. Rozman C. Compendio de Medicina Interna, 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
2. Rosas Gómez de Salazar JC. Síndrome de Sjögren Primario. En: Alperi López M. Manual SER de enfermedades reumáticas, 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014. p. 355-62.
3. Someso Orosa E, Prieto Formoso F, Zamoras Casal A, Ferreiro Uriz O. Monoartritis y Poliartritis. Fistera, 2012.