



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/569 - DOCTORA, ¿QUÉ ME PASA EN LAS MANOS?

G. Mestre Reoyo^a, C. Ferre Fernández^b, M. Rosillo Rein^c y V. Sánchez Hidalgo^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. ^cCentro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 42 años, fumadora de 10 cigarrillos diarios, sin otro antecedente personal de interés, que acude a consulta porque desde hace 6 meses refiere episodios de edematización de manos y dedos, con pérdida de sensibilidad y cambios de coloración de los dedos a blanco-azul-rojo. Durante una semana episodio de dolor en ambas manos autolimitado. Disnea a moderados esfuerzos. Pérdida de peso de 3 Kg en 2 meses. Solicitamos analítica y RX de tórax.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Normocoloreada y bien perfundida. Cabeza y cuello normal. ACP: rítmico y regular a 75 lpm. No soplos audibles. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible, sin masas ni megalias. EE: esclerodactilia. Edema difuso en dedos. No telangiectasias ni poiquilodermia. Articulaciones periféricas: No sinovitis, no limitaciones, no deformidades. Raquis: no doloroso, movilidad completa. Analítica: hemograma y bioquímica normales. Complemento normal. Factor Reumatoide negativo. PCR negativo. Autoinmunidad: ANA 1/80 (positivo), AntiRNA Pol III positivo, resto negativo. Orina normal. Ante la sospecha de síndrome de Raynaud/esclerosis sistémica se deriva a Reumatología para confirmar la sospecha.

Orientación diagnóstica: Esclerosis sistémica (síndrome de Raynaud, AntiRNA Pol III positivo, esclerodactilia, y edema difuso dedos).

Diagnóstico diferencial: Arteriosclerosis obliterante (síndrome de Buerger), distrofia simpática refleja, crioglobulinemia, policitemia, neoplasia, traumatismo.

Comentario final: El médico de Atención Primaria tiene un papel fundamental a la hora de diagnosticar el síndrome de Raynaud, ya sea tipo primario o secundario. Es un objetivo muy importante, al no ser una patología banal, dada la implicación pronóstica y de tratamiento a largo plazo, que puede llevar a lesiones irreversibles como amputación de dedos. Desde nuestra posición profesional podemos prevenir una evolución tórpida mediante el consejo antitabáquico y la abstención alcohólica, así como un tratamiento inicial que mitigue la sintomatología.

Bibliografía

1. Hirschl M, Hirschl K, Lenz M, et al. Transition from primary Raynaud's phenomenon to secondary Raynaud's phenomenon identified by diagnosis of an associated disease: results of ten years prospective surveillance. *Arthritis Rheum.* 2006;54:1974-81.
2. Tolosa Vilella C, Simeón Aznar CP, Gabarró Julià L. El fenómeno de Raynaud. *Med Clin (Barc).* 2009;132:712-8.

Palabras clave: Síndrome de Raynaud. Anticuerpos antinucleares. Esclerodactilia.