



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

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

G. Mestre Reoyo<sup>a</sup>, C. Ferre Fernández<sup>b</sup>, M. Rosillo Rein<sup>c</sup> y V. Sánchez Hidalgo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. <sup>c</sup>Centro de Salud Rincón de la Victoria. Málaga. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> 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.