



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/1235 - ¿QUÉ PASA CON MIS MANOS?

R. Peiro Gómez<sup>1</sup>, N. Morales Espinoza<sup>2</sup>, J. García Pascual<sup>2</sup> y E. Doblaré Higuera<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año en Madrid en el Centro de Salud Arganda del Rey. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arganda del Rey. Arganda del Rey. Madrid. <sup>3</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arganda del Rey. Arganda del Rey. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 75 años con antecedentes de esófago de Barrett y gastritis crónica, casado, con buena relación con su mujer e hijo. Acude por clínica de 3 meses de evolución consistente en edema, parestesias de ambas manos y artralgias y mialgias de muñecas y antebrazos. Ha sido tratado con antiinflamatorios no esteroideos e inhibidores de la Cox 2. El paciente fue derivado a urgencias en dos ocasiones por este motivo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, no adenopatías, no ingurgitación yugular. Sin alteraciones en la auscultación. Miembros superiores: edemas de manos y brazos, de mayor intensidad en MSD, sin fovea, no indurado, no dolor en trayecto venoso, relleno capilar sin alteraciones, pulsos radiales simétricos. Analítica de sangre en el centro de salud: hemograma, bioquímica y velocidad de sedimentación sin alteraciones. Coagulación: tiempo de protrombina, actividad protrombina, INR sin alteraciones; tiempo de cefalina 43,7. Proteína C reactiva 42,85. Factor reumatoide negativo. ANA negativos. Pruebas radiológicas en atención hospitalaria: TC columna lumbar y caderas sin hallazgos significativos.

**Orientación diagnóstica:** Artritis a filiar.

**Diagnóstico diferencial:** Artritis reumatoide, polimialgia reumática.

**Comentario final:** Tras el diagnóstico por parte de reumatología de artritis tipo RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea o poliartritis aguda edematosa del anciano o polisinovitis edematosa benigna del anciano), se pautó prednisona 5 mg/12 h vía oral y omeprazol 20 mg/24 h, con clara mejoría. No podemos especificar cuánto tiempo precisó el tratamiento por cambio de cupo. Aunque no hay unanimidad de criterios en cuanto a posología y duración del tratamiento, en los casos descritos en la literatura la duración promedio fue de 5,3 meses y se describen escasas recidivas que remiten tras unos meses de la misma pauta. Una de nuestras principales ventajas como médicas de familia es que podemos valorar con frecuencia a los pacientes observando la evolución y buscar información actualizada de enfermedades poco descritas como en el presente caso clínico.

## Bibliografía

1. Amodeo MC, Poyato M y Rodríguez M. El síndrome RS3PE: actualización de su tratamiento a propósito de un caso. *Semergen*. 2015;41(8):429-34.
2. Fernández-Silva MJ, Vilariño-Méndez C. Síndrome RS3PE: Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema. A propósito de 3 casos. *Semergen*. 2012;38:472-5.

**Palabras clave:** Artritis. Síndrome RS3PE. Tratamiento.