



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/369 - CONDRICALCINOSIS: MÁS FRECUENTE DE LO QUE PARECE

R. Sánchez Rodríguez<sup>a</sup>, R. Abad Rodríguez<sup>b</sup>, C. Corugedo Ovies<sup>a</sup>, E. Prieto Piquero<sup>c</sup>, R. Cenjor Martín<sup>d</sup> y E. Cano Cabo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. Asturias. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Pola de Siero. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año. Centro de Salud Teatinos. Oviedo. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 88 años, sin alergias y antecedentes de estenosis aórtica grave, síndrome depresivo, artrosis, hipercolesterolemia e hipertensión arterial. A tratamiento con nifedipino 30 mg/24h, tramadol 300 mg/24h, olmesartán 20 mg/24h, omeprazol 20 mg/24h, lorazepam 1 mg/24h, mirtazapina 30 mg/24h, betahistina 8 mg/8h y torasemida 10 mg/24h. Acude a Atención primaria aportando informe de reciente ingreso por infección respiratoria. Aprovecha para consultar una tumefacción en la mano, 24 horas de evolución. Niegan caídas y traumatismos. Se solicita analítica y radiografías ambulatorias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración general anodina. Tumefacción en mano derecha, a expensas de carpo y primera articulación metacarpofalángica. Presenta calor, rubor, dolor a la movilización activa y pasiva e impotencia funcional. Analítica: 21.140 leucocitos; 88,5% neutrófilos y PCR: 13,8 mg/dl.

**Juicio clínico:** Monoartritis por condrocalcinosis.

**Diagnóstico diferencial:** Monoartritis. Artritis séptica. Artrosis.

**Comentario final:** Se trata de una condrocalcinosis, identificándose rizartrosis y calcificaciones en carpo. Existe una forma familiar, aunque la más frecuente es la esporádica, especialmente tras la sexta década de la vida. Se estima un 10% a los 60 años, que asciende hasta el 50% en mayores de 85. No se suele detectar etiología, pero un 15%, son secundarias a trastornos endocrinometabólicos. Se ha encontrado asociación con la edad (factor más importante), así como con la artrosis y diuréticos. No se ha identificado relación con el sexo ni IMC. La presentación más frecuente es la asintomática; la pseudogota es autolimitada. Un 5% de los pacientes sintomáticos presenta pseudoartritis pero el 50% que presenta cristales sufre pseudoartrosis. La pseudoneuropatía simula una neuropatía aunque sin trastornos neurológicos. La afección de la columna vertebral, con depósitos en ligamento amarillo, es más frecuente en la forma familiar, similar a espondilitis anquilosante o hiperostosis esquelética difusa idiopática. La región anatómica que más se afecta radiológicamente son las rodillas, aunque la clínica brote en otra parte del cuerpo. La analítica impresionaba infecciosa, no obstante, se instauró tratamiento con AINEs e inmovilización durante 7 días y control analítico a las 48 horas, que descartó clínica infecciosa y se demostró mejoría.

## **Bibliografía**

1. Kleiber Balderrama C, et al. Calcium pyrophosphate deposition disease and associated medical co-morbidities: A national cross-sectional study of us veterans. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;doi:10.1002/acr.23160.
2. Zegzulková K, Forejtová S. Differential diagnosis of monoarthritis. *Cas Lek Cesk*. 2016;155(6):299-304.