



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1906 - PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ARTRITIS REUMATOIDE A TRAVÉS DE UN CASO

C. López Muñoz^a, J.F. García Masegosa^a y F. García Martínez^b

^aMédico de Familia. UGC Los Vélez. Almería. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Abla. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años con AP de: lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, HTA, DM tipo II. En tratamiento actual con: enalapril 20 mg/24h, hidroclorotiazida 12,5 mg/24h, AAS 100 mg/24h, vildagliptina/metformina 50/1.000 cada 24h, metrotexato 2,5 mg/4 comprimidos semanales, ácido fólico 400 µg/semanal, prednisona 6 mg/24h, alprazolam 0,5 mg/12h, fluoxetina 20 mg/24h, que consulta por dolor articular generalizado, malestar general, dice que no puede aguantar más. Tiene cita en reumatología en seis meses, ha intentado contactar con el servicio pero le han dicho que vaya a su médico de cabecera. Ha acudido en dos ocasiones a urgencias hospitalarias y está en tratamiento con paracetamol y naproxeno. No ha presentado fiebre ni alteraciones del hábito intestinal o digestivo, no sabe concretar, pero refiere que se encuentra peor por las mañanas, aunque permanece mal durante todo el día, especialmente por el dolor que presenta en ambas rodillas.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta regular estado general, fascies de dolor, con escala visual analógica de 8 en general. IMC 32. Presenta dolor a la palpación en ambas muñecas, con impotencia para la flexión completa. Rodillas muy dolorosas a la flexión pasiva, máxima a 45 grados, deformidad en valgo de ambas. Neurológicamente normal, auscultación respiratoria y cardíaca normales, abdomen globuloso blando sin dolor. Se intenta comentar el caso con reumatología sin éxito. Solicito analítica urgente para recoger al día siguiente, mostrando una proteína C reactiva de 133, y un factor reumatoide de 234. Se comienza tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg por kilo de peso al día durante cinco días y luego pauta descendente, asociando tramadol 50 mg cada 6 horas. A los cinco días ha mejorado la clínica y se realiza una nueva analítica, comprobando proteína C de 25, y mejoría global. Se ajusta insulina rápida por descompensación de su diabetes.

Juicio clínico: Artritis reumatoide en brote.

Diagnóstico diferencial: Espondiloartropatías inflamatorias (artritis psoriásica, espondilitis anquilosante...). Artritis de origen vírico (las asociadas a parvovirus B19 y VHC). Esclerosis sistémica. Polimiositis.

Comentario final: Nos encontramos ejerciendo en el ámbito rural, en el que nuestro hospital de referencia está a 120 km, es por ello que la atención primaria debe ser competente para tratar casos de agudizaciones de enfermedades autoinmunes, especialmente en el caso de zonas de aislamiento

rural con pobre acceso a atención especializada.

BIBLIOGRAFÍA

1. GUIPCAR. Guía de práctica clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide; 2011. Sociedad Española de Reumatología. http://www.ser.es/practicaClinica/GUIPCAR_2007/Menu0_Principal.php.
2. Díaz-Jouanen E, Abud-Mendoza C, Garza-Elizondo MA, Medrano-Ramírez Gabriel, Orozco-Alcalá J Jr, Pacheco-Tena CF et al. Recomendaciones para el tratamiento médico de la artritis reumatoide. Rev Invest Clín. 2005;57(5):735-55.
3. Villaverde V, Vargas E, Morado IC, Pato E, Lajas C, Jover JA, et al. El estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide en España (emAR) (II). Características de los pacientes. Revista Española de Reumatología, 2002;29(4):130-41.