



160/2339 - ABORDAJE DE OLIGOARTRITIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Serna Martínez^a, S. Sánchez Aroca^b, M. Solana Palazón^c, S. Herreros Juárez^d, M.M. Antonio González^e, A. García Illán^f, E.M. Martínez Bienvenido^g, J. Ballesta Lozano^a, E. Ruíz García^a y S. Hernández Baño^g

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza Oeste y Hospital Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cieza-Oeste. Murcia. ^eMédico de Familia. Servicio Murciano de Salud. Murcia. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. ^gMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ceutí. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 35 años que consulta en AP por cuadro de rigidez, impotencia funcional y dolor inflamatorio en ambas manos, de predominio matutino, de media hora de duración, desde hace 6 meses. Refiere parestesias en primer y segundo dedo de mano derecha, fenómeno de Raynaud en tercer dedo de mano derecha y xerostomía, sin xeroftalmia. Profesión jardinero. No AMC. HTA, hipercolesterolemia, no DM. No fumador, no alcohol. AF: Padre: lupus discoide crónico. Tratamiento simvastatina 40 mg.

Exploración y pruebas complementarias: TA 147/88, FC 82, SatO₂ 99%, T36 °C. BEG. ACP normal. Abdomen normal. MMII: dolor a la palpación de articulación trapeciometacarpiana y músculos extensores de mano derecha, y en extensor largo de pulgar de ambas manos. Sin signos inflamatorios en piel. Tinnel, Phalen negativos. Finkelstein bilateral positivo. Hemograma: Hb 14,1, Hto 41,9%, eritrocitos 4,83, leucocitos 9.900 (N: 58%). Plaquetas 357.000. Bioquímica: Glu 90, ALT 38, AST 23, GGT 47, creatinina 1,02, FA 65, LDH 331, PCR 1,5, VSG 22, FR 185. EMG normal. Sospecha de artritis reumatoide (AR). Se deriva a Medicina Interna. Radiografías manos normales. Autoinmunidad: ANA+ moteado 1/640 antiDNA, anti-Ro/SSA 36, ENA+, anti-topoisomerasa/Scl70 70. Anti-Sm -, anti-La/SSB -, anti-Jo -, anticetrómero -. Se diagnostica de probable esclerosis sistémica. Para ver grado de afectación: esofagogastroscoopia y ecocardiograma resultados normales. Espirometría normal. TACAR: áreas de vidrio deslustrado subpleurales periféricos en bases pulmonares y dilataciones bronquiales evidentes, sin signos de panalización, lo que confirma afectación sistémica.

Juicio clínico: Esclerosis sistémica temprana.

Diagnóstico diferencial: Ante oligoartritis: conectivopatías (AR, esclerodermia, LES), vasculitis (panarteritis nodosa, Behçet), espondiloartropatías (artritis psoriásica, EII, Whipple), microcristalinas (gota, condrocalcinosis), por depósito (amiloidosis, mucopolisacaridosis), sarcoidosis, infecciones (gonococo, meningococo, TBC), neuropatía del mediano, tenosinovitis, gangliones, tumores, poliartritis paraneoplásica. Ante Raynaud: primario, vascular (AR,

esclerodermia, LES, Sjögren, EMTC, polimiositis, Buerger, arterioesclerosis, trombocitosis, crioglobulinemia), fármacos, ambiental, anatómico, hematológico (mieloma múltiple, leucemias, linfomas), feocromocitoma, síndrome carcinoide, síndrome túnel carpiano. Ante factor reumatoide: AR, Sjögren, LES, EMTC, esclerosis sistémica, PM/DM, crioglobulinemia, infecciones (endocarditis bacteriana, hepatitis, TBC), sarcoidosis, sanos. Ante xerostomía: diabetes mal controlada, cirrosis biliar primaria, sarcoidosis, anemia hemolítica, linfomas, VIH, TBC, Sjögren, esclerodermia, LES.

Comentario final: El abordaje de la oligoartritis se inicia con una anamnesis completa, diferenciando dolor mecánico o inflamatorio, simetría, localización, ritmo y rigidez. Al ser bilateral en manos se solicita analítica con PCR, VSG y FR por sospecha de AR, aunque inicialmente se diagnostica de tendinopatía de Quervain. FR+ y EMG normal. Se deriva a Medicina Interna. Aparece fenómeno Raynaud, con Ac-anti-Scl70+ y afectación pulmonar, que diagnostican esclerosis sistémica. El FR tiene sensibilidad 75% y especificidad 90% para la AR, aunque aparece en otras enfermedades autoinmunes. La frecuencia del FR en esclerodermia es 20%. Sin embargo, Scl70 tiene especificidad 99,5% para esclerosis sistémica y VPP del 96,9%, con sensibilidad del 30%. Esto es definitivo para el diagnóstico. Como tratamiento se comienza con corticoides, y si persiste sintomatología se inicia metotrexato.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Alonso JJ. Poliartralgias y poliartritis. En: Espinàs Boquet J. Guía de Actuación en Atención Primaria. 3ª ed. Barcelona: Semfyc; 2006. p. 883-90.