



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1967 - ARTRITIS REUMATOIDE. UN DEBUT ATÍPICO

M.Á. Gómez Torres<sup>a</sup>, C. Álvarez López<sup>b</sup>, G. Ortiz Gaspar<sup>a</sup>, R.S. Fernández Márquez<sup>c</sup>, R.J. Reyes Vallejo<sup>a</sup> e I. Poyato Zafra<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Córdoba-Guadalquivir. Córdoba.

<sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarrubia. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 51 años acude a su MAP por presentar síntomas respiratorios de 15 días de evolución, junto a dolor articular generalizado. En atención primaria se diagnostica infección respiratoria neumónica iniciándose tratamiento con levofloxacino. A los tres días acudió a Servicio de Urgencias por sensación de ahogo y edemas articulares. Tras valorar radiografía de tórax se decide ingreso en Neumología para estudio de derrame pleural izquierdo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: aceptable estado general, consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo, normohidratado y normoperfundido. No ingurgitación yugular. ACR: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular disminuido en base hemitórax izquierdo. Pruebas complementarias: hemograma: leucocitos 13.600 (N71,6%), resto normal. Bioquímica normal. Rx: derrame pleural izquierdo ocupando mitad hemitórax izquierdo. Autoinmunidad: FR: 521, resto normal. VSG 90. Líquido pleural: bioquímica: glucosa 15 mg/dl, LDH 1.136 U/L, ADA 166 U/L. Baciloscopia líquido pleural: negativa. TAC tórax y abdomen con contraste: derrame pleural izquierdo, parcialmente loculado, con atelectasia pasiva de LII subyacente, apreciándose discreto engrosamiento de la pleura parietal. Adenopatías múltiples inespecíficas. Lóbulo inferior izquierdo con bronquiectasias agrupadas. Atelectasia subsegmentaria en LID. AP: negativo para malignidad. Inflamación intensa aguda. Doppler venoso MII: En cara interna de pierna imagen quística de 8 cm que podría corresponder a quiste de Baker.

**Juicio clínico:** Derrame pleural por artritis reumatoide.

**Diagnóstico diferencial:** Según la clínica inicial: Cuadro catarral, infección respiratoria, dolor articular inespecífico. Según el derrame: Trasudados: insuficiencia cardiaca congestiva, síndrome nefrótico y cirrosis hepática. Exudados: derrame paraneumónico, derrame neoplásico, derrame tuberculoso, Lupus. Quilotórax y pseudoquilotórax.

**Comentario final:** Ante la presencia de síntomas respiratorios se debe realizar una correcta exploración física, para detectar un posible cuadro de neumonía y las complicaciones que puede presentar. Por otro lado, una de las características primordiales de Atención Primaria es que nos permite valorar al paciente de una forma global, recogiendo todos sus síntomas y signos, para llegar

a una sospecha de diagnóstico. El dolor articular es muy frecuente encontrarlo en consulta y no suele formar parte de un cuadro que asocie síntomas respiratorios. Por eso sería interesante que, pese a su baja frecuencia, pensemos en la posibilidad es este diagnóstico cuando nos encontremos síntomas como los que presentaba este paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Wells AU, Margaritopoulos G, Antoniou KM, Nicholson AG. Interstitial lung disease in systemic sclerosis. In: Cottin V, Cordier JF, Richeldi L (eds) Orphan Lung Diseases: A Clinical Guide to Rare Lung Disease. Springer, London, 2015; 379-90.
2. O'Mahony RA, Richards C, Deighton D. Withdrawal of disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:1823-6.
3. Castelino FV, Goldberg H, Dellaripa PF. The impact of rheumatological evaluation in the management of patients with interstitial lung disease. *Rheumatology.* 2011;50:489-93.
4. Noboru T. Biological agents and respiratory infections: Causative mechanisms and practice management. 2015.