



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2244 - Prioridad diagnóstica!

C. Ramallo Holgado^a, J.J. Alcaraz Rivas^b, R. Padure El Haddad^c, Á.A. Ruíz-Risueño Motoya^d, L.S. Bañagasta^a, E. Franco Daza^d y E. Madrid Sánchez^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

^bMédico de Familia y Médico Adjunto. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años consulta a MAP por comenzar con artritis migratoria y simétrica de muñecas, caderas, hombros, rodillas y tobillos con aumento de dolor a la flexo-extensión de pie y predominio de hemicuerpo izquierdo, con dolor axial y dificultad para levantarse. Tras tratamiento con Zamene, Arcoxia y Pazital sin mejoría se pide analítica con FR, ACPA y PCR, también Rx de columna, cintura escapular y pies y deriva a Reumatología, donde completan estudio y tratan con prednisona, metotrexato, Arcoxia y tramadol; actualmente la paciente refiere mejoría parcial de la clínica.

Exploración y pruebas complementarias: ACP: rítmico, sin soplos. MVC. NAT: sinovitis en ambos carpos, rodilla derecha sin artritis franca. Sinovitis tobillo izquierdo. NAD: carpos, hombro izquierdo, rodillas y tobillo izquierdo. Pie izquierdo: hallux valgus con pie plano y retropié izquierdo con valgo grave. Hemograma: normal, VSG 66. Bioquímica: normal, PCR 10,40. Proteinograma: normal. Serología: lúes, Brucella, Borrelia, CMV, VHB, VHC, VIH, parvovirus: negativo. Inmunología: ACPA (+), ANA moteado 1/80, DNA Ig M 263, C3 335.00, C4 93.00, ANCAS y ENA negativos. Rx columna: rectificación cervical, calcificación ligamento vertebral. Artrosis con osteofitos anteriores y posteriores. Pinzamiento en C6-C7. Rx pies: espolón calcáneo izquierdo. Entesofito aquileo bilateral. Rx manos: osteofitos marginales en IFds. Rx hombros y tórax: anodina.

Juicio clínico: Artritis reumatoide de reciente comienzo.

Diagnóstico diferencial: Lupus eritematoso sistémico. Síndrome de Sjögren. Espondilitis anquilosante. Polimialgia reumática. Poliartrosis paraneoplásica. Fibromialgia.

Comentario final: La artritis reumatoide de reciente comienzo es una enfermedad inflamatoria sistémica autoinmune, con inflamación persistente de las articulaciones, destrucción y generando deformidad e incapacidad funcional. Tiene causa desconocida y se asocia a autoanticuerpos, FR y ACPA no son específicos pero sí pronosticas. Es prioridad diagnóstica para el MAP y reumatólogo. Se considera si presenta 4 o más de los siguientes criterios, durante más de 4 semanas: 1. Rigidez matutina, 2. Inflamación simultánea de al menos 3 grupos articulares, 3. Artritis en las manos. 4. Artritis simétrica. 5. Nódulos reumatoides. 6. Factor reumatoide positivo. 7. Alteraciones

radiológicas. La VSG y PCR indican proceso inflamatorio y el líquido sinovial inflamatorio es diagnóstico. El objetivo es mantener un DAS28 < 3,2. Se empleará un FME (metotrexato); con buen pronóstico se emplearán antipalúdicos o SSZ, con mal pronóstico emplear MTX y anti-TNF, también se pueden asociar a LEF o SSZ.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gomez Reino J, Loza E, Andreu JL, Balsa A, Batlle E, Canete JD, et al. Consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on risk management of biologic therapy in rheumatic patients. *Reumatol Clin*. 2011;7(5):284-98.
2. WikiSER. Artritis Reumatoide. Tratamiento. http://www.ser.es/wiki/index.php/Artritis_reumatoide
3. Gaujoux-Viala C, Smolen JS, Landewe R, Dougados M, Kvien TK, Mola EM, et al. Current evidence for the management of rheumatoid arthritis with synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(6):1004-9.
4. Ruiz García V, Jobanputra P, Burls A, Cabello JB, Galvez Munoz JG, Saiz Cuenca ES, et al. Certolizumab pegol (CDP870) for rheumatoid arthritis in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(2):CD007649.

160/2252

Doctor, isoy muy joven para tanto dolor!

C. Ramallo Holgado^a, J.J. Alcaraz Rivas^b, R. Padure El Haddad^c, Á.A. Ruíz-Risueño Motoya^d, L.S. Bañagasta^a, E. Franco Daza^d y E. Madrid Sánchez^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. ^bMédico de Familia y Médico Adjunto. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

Descripción del caso: Varón de 38 años, AF padre y tío paterno con espondilitis anquilosante. Desde 2002 presenta episodios de dolor de características inflamatorias en distintas localizaciones; lumbalgia intensa durante el reposo, episodios de tendinitis aquilea, bursitis prepatelar y cervicobraquialgia. Valorado por médico de la mutua, traumatólogo privado y neurofisiólogo clínico. En 2012 su médico de familia inicia tratamiento con AINEs sin ser efectivo, por lo que pide HLA-B27, VSG y PCR por sospecha de enfermedad reumatológica, con resultados elevados, se deriva a reumatología que diagnostica de espondilitis anquilosante y hernia discal. Se prueba tratamiento con AINEs, MTX, Simponi 50 mg, infliximax mensual/3 meses, Enbrel/semanal, que se retira por persistir escala BASDAI 9/10. Actualmente con Cimzia 200 mg sc cada 15 días, refiriendo el mejoría clínica.

Exploración y pruebas complementarias: ACP: rítmico, sin soplos. MVC. Abdomen: anodino. Exploración articular: dolor a las inflexiones laterales y a la flexo-extensión lumbares activas. Lassegue y Bragard negativos. Cizallamiento de las sacroilíacas no doloroso. Dolor a la presión de ambas sacroilíacas. No afectación de articulaciones periféricas. BASDAI 8,6/10. Analítica: PCR 0.50, F. reumatoide 8,70, VSG 4, HLA-B27 positivo, resto normal. RMN: hernia discal L5/S1. EMG: radiculopatía L5/S1 derecha de grado moderado. Erosiones en sacroilíacas, edema óseo en ambas

articulaciones. Rx tórax: sin alteraciones.

Juicio clínico: Espondilitis anquilosante.

Diagnóstico diferencial: Espondiloartropatías inflamatorias. Artritis reactivas. Síndrome de Reiter. Artritis psoriásica.

Comentario final: La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a la columna vertebral provocando unión de las mismas con movilidad limitada y pérdida de flexibilidad, siendo las sacroilíacas las primeras en afectarse. Se transmite genéticamente con más frecuencia en varones jóvenes y en paciente con antígeno HLA B27 positivo. La clínica se inicia con lumbalgia en reposo y mejora con la actividad, puede progresar a columna dorsal, cuello, y caja torácica. Las crisis se distancian con la edad, permaneciendo asintomático entre las mismas. El diagnóstico se confirma con radiografías de pelvis, columna y sacroilíacas y analítica con antígeno HLA-B27 y PCR. El tratamiento es sintomático con AINEs y rehabilitación. En enfermedad avanzada se da sulfasalazina o metotrexato, asociada a antiinflamatorios. También “tratamientos biológicos”, que controlan la respuesta inmunológica (infiximab y etanercept).

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía práctica para el manejo de las espondiloartritis (ESPOGUIA): metodología y datos generales del documento; Unidad de Investigación, Sociedad Española de Reumatología. Reumatol Clin. 2010;6 Supl 1:1-5.
2. Akkoc N, Khan MA. Ankylosing spondylitis and the spondyloarthropathies. En: Weisman M.H., Van der Heijde D., Reveille J.D., editors. Epidemiology of ankylosing spondylitis and related spondyloarthropathies. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2006. 117-31.
3. Zochling J, Van der Heijde D, Burgos-Vargas R, Collantes E, Davis JC, Dijkmans B, et al. ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis. Ann Rheum Dis. 2006;65:442-52.
4. Panel de expertos de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Primer documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de antagonistas del TNF alfa en las espondiloartritis. Reumatol Clin. 2005;1:32-7.