



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3654 - DOCTOR, TENGO MANOS DE BOXEADOR

R. Martín Armas^a, I. Sánchez García^a, M. Pernía Suárez^a y R. García Arencibia^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Gregorio. Las Palmas.

^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Gregorio. Las Palmas.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años, exfumador desde hace 5 años (IPA 60), con AP de HTA y EPOC estable que consulta por cuadro de dolor y tumefacción en muñecas de una semana de evolución que empeora con el reposo y le despierta por la noche. Asocia rigidez matutina > 1 hora. No dolor en cinturas. No clínica respiratoria. No refiere fiebre ni cefalea ni pérdida visión ni claudicación mandibular. Niega síndrome constitucional.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, eupneico, normotenso y afebril. ACP y abdomen normales. Arterias temporales no induradas ni dolorosas. Artritis de muñecas y MCF con edemas que dejan fovea en dorso de manos bilateralmente. IFP e IFD libres. No artritis en otros territorios. MMII sin edemas ni signos de TVP. Analítica: Hb 11,4 g/dl, VCM 85, leucocitos 12.500/mm³, plaquetas 240.000/mm³. Bioquímica: sin alteraciones. Proteinograma y TSH normal. VSG: 65 mm/h y PCR: 84 mg/dl. Autoinmunidad: ANA, FR y APCC negativos. Rx de manos: aumento de partes blandas y signos degenerativos. No erosiones.

Orientación diagnóstica: Síndrome RS3PE.

Diagnóstico diferencial: Polimialgia reumática y artritis reumatoide del anciano.

Comentario final: Evolución: iniciamos prednisona 15 mg/día 1 mes y luego 10 mg/día 3 meses y control en una semana. Acude 5 días después con su hija refiriendo sin mejoría franca. Afectación de IFP y MCF en ambas manos y mayor edema. Su hija comenta astenia, anorexia y pérdida de peso de 10 kg en 2 meses. Palpamos adenopatía supraclavicular derecha sin otras adenopatías. Se solicita Rx de tórax e interconsulta a UDR con sospecha de síndrome RS3PE de origen paraneoplásico. Rx de tórax: masa hilar derecha. Broncoscopia y biopsia: ca. microcítico de pulmón. TAC cerebral y TAC toracoabdominopélvico: MTS hepáticas y suprarrenal. Cuadro clínico poco frecuente que suele comenzar en > 70 años (2^a causa de reumatismo de inicio en mayores). Se debe plantear el Dx/dif con AR del anciano y PMR. Característicamente existe ausencia de respuesta a AINES aunque responden espectacularmente a corticoides. En casos corticorresistentes o signos de alarma se debe sospechar síndrome paraneoplásico. Por último, en paciente que generen dudas se debe solicitar que acuda a consulta con un familiar.

Bibliografía

1. Paciente con artritis. Guía clínica de enfermedades autoinmunes sistémicas de la SEMI-SEMFyC. 2014: p. 24-30.

Palabras clave: Artritis. Edema paraneoplásico.