

Edema simétrico en manos en mujer de 58 años

Martínez Pereira I¹, Charle Crespo A²

1 MIR IV. C. SALUD PORRIÑO. EOXI VIGO.

2 MÉDICO DE FAMILIA. C.SALUD PORRIÑO. EOXI VIGO.

Cad Aten Primaria
Año 2015
Volume 21
Páx. 64 - 65

INTRODUCCIÓN:

Mujer de 58 años, diagnosticada de DM tipo II, EPOC, HTA, psoriasis y trastorno bipolar, con antecedente de ingreso unas 3 semanas por intoxicación con litio, que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por cuadro de 15 días de evolución de poliartralgias y edemas en ambas manos. Refiere sensación distérmica sin fiebre termometrada en domicilio. Niega contactos sexuales de riesgo, consumo de tóxicos, viajes o picaduras de insectos.

A la exploración física se objetivaba importante edema de manos y brazos, y en menor medida en piernas, de forma simétrica con fovea sin claros signos de artritis. Presentaba dolor con la movilización y palpación de ambos carpos, de primeras articulaciones metacarpofalángicas y de ambos tobillos y rodillas. Se encontraba estable hemodinámicamente y presentaba febrícula.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Síndrome de túnel carpiano
- Artritis vírica
- Angioedema
- Síndrome RS3PE
- Insuficiencia renal

¿Qué prueba complementaria solicitaría en primer lugar?

- Análítica de sangre
- Radiografía simple de manos
- Electromiografía
- Ecografía renal
- Pruebas de alergia

¿Cuál es el tratamiento de elección?

- Cirugía
- Corticoides orales
- Antihistamínicos
- Diuréticos
- Antibióticos

DIAGNÓSTICO

Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea o síndrome RS3PE

Ante este cuadro se decide derivar al hospital de referencia para valoración y realización de pruebas complementarias.

Se realizan analíticas básicas que no presentaron alteraciones significativas, así como radiografías de tórax, de ambos tobillos, de manos, de rodillas y codos, resultando todas ellas normales.

Es valorada por el Servicio de Medicina Interna quienes descartan, por la clínica, presentación del cuadro y pruebas complementarias, posibles causas infecciosas, como artritis séptica, gonococemia, viriasis, así como artritis por uratos.

De forma consensuada con el servicio de urgencias, determinan alta domiciliaria, retornando al día siguiente para valoración por el servicio de Reumatología.

Se extraen analíticas ordinarias con factores reumatológicos y serologías.

Ante la exploración física y datos clínicos es diagnosticada de RS3PE sin necesidad de más pruebas complementarias.

En la analítica cabe destacar una VSG 88 mm/h, PCR 119 mg/l, factor reumatoide y anticuerpos antipeptido citrulinado negativos. Resto sin alteraciones significativas.

Las serologías resultaron negativas.

Fue tratada con prednisona de 15 mg una vez al día, presentando mejoría clínica a las 24 horas de iniciado el tratamiento.

Es valorada de nuevo en nuestra consulta a los 10 días, habiendo remitido el cuadro prácticamente por completo.

A los 30 días tras el diagnóstico es revisada en las consultas de Reumatología. La paciente se encuentra totalmente asintomática. Se le pautan corticoides a dosis descendentes hasta la próxima revisión.

El RS3PE o sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea es una entidad reumatológica, descrita por primera vez en 1985, que se caracteriza por una poliartritis simétrica asociada a sinovitis de los tendones extensores y flexores de los dedos con edema severo con fovea del dorso de las manos.

Típicamente afecta a varones mayores de 50 años, de raza blanca. Presenta una mayor incidencia en el medio rural y predomina en la estación otoñal. Su etiología es desconocida, aunque se ha sugerido la influencia de factores séricos (Interleucina-6 y factor de necrosis tumoral alfa), genéticos (antígenos HLA), agentes infecciosos y origen paraneoplásico.

Clínicamente se caracteriza por la aparición brusca de una poliartritis periférica simétrica con sinovitis de los tendones extensores y flexores de los dedos asociado a un edema severo con fovea del dorso de las manos, lo que se conoce como "mano en guante de boxeo". En ocasiones el edema también puede afectar a tobillos y pies, además de cintura escapular y pélvica. Pero lo que se repite en el 100% de los casos y por lo tanto lo que caracteriza a esta enfermedad es el edema simétrico con fovea a la presión en dorso de manos.

Los grupos articulares más frecuentemente afectados son las articulaciones metacarpofalángicas (81%), interfalángicas proximales (70%), carpo (55%), hombros (48%), rodillas (33%) y tobillos y pies (26%)

Se puede asociar a rigidez matutina, pérdida de peso, fatiga y febrícula o fiebre.

Es una patología de inicio rápido, en días o semanas, generalmente en un período inferior a un mes.

El RS3PE puede verse aislado, a lo que llamaríamos RS3PE idiopático o primario, o asociado a otras enfermedades sistémicas, infecciones o neoplasias, RS3PE secundario y paraneoplásico.

Como datos analíticos se pueden encontrar elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis. EL factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares serán negativos. La radiografía simple no aporta información relevante y la resonancia magnética muestra que la tenosinovitis es la causante del edema por la presencia de fluidos en las vainas tenosinoviales, con pocos signos de artritis.

El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y exclusión de otras enfermedades reumatológicas, fundamentalmente artritis reumatoide del anciano y polimialgia reumática. Podemos ayudarnos de los siguientes criterios diagnósticos:

- Edad $> o = 65$ años
- Factor reumatoide negativo
- Polisinovitis simétrica que afecta a muñecas, MCF, IFP y vainas de los extensores de las manos
- Edema en piel de naranja con fovea
- Rigidez matutina
- Rápida respuesta al tratamiento esteroideo
- Exclusión de otras enfermedades

El tratamiento de elección serían los corticoides a dosis bajas (prednisona 5-20 mg/días por vía oral) asociado a calcio y vitamina D3. Se va disminuyendo la pauta progresivamente y se mantiene durante 6-18 meses. Se observa una rápida y espectacular respuesta a los pocos días de iniciado el tratamiento y una remisión completa en menos de un año.

Por lo general, presenta un buen pronóstico y suele cursar sin secuelas. Sin embargo, debemos pensar en la posibilidad de un origen paraneoplásico, sobre todo si se inicia en edades más tempranas, se asocia con un cuadro constitucional o tóxico y presenta resistencia a tratamiento corticoideo. Entre las principales neoplasias a las que se puede asociar están las de origen hematológico, digestivo, ginecológico y nefrourológico. También puede estar asociado a procesos reumáticos como artritis reumatoide seronegativa, espondilopatía, conectivopatía, vasculitis o amiloidosis.

Por todo esto, requiere un seguimiento a corto y largo plazo para descartar el desarrollo de una enfermedad de base.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alastuey-Giménez C, Ibero-Villa JL. Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema o síndrome RS3PE. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005;40(5):320-2.
2. Bruscas-Izu C, Medrano-San Ildefonso M, Simon L. Síndrome RS3PE: a propósito de 11 casos. *An Med Interna* 2000; 17 (9): 485-7.
3. Cantini F, Salvarani C, Olivieri I, Barozzi L, Macchioni L, Niccoli L, et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema (RS3PE) syndrome: a prospective follow up and magnetic resonance imaging study. *Ann Rheum Dis.* 1999;58(4):230-6. Pubmed.
4. Aomar Millán IF, Iglesias Jiménez E, Pérez Fernández L, Ruiz Sancho A, Callejas Rubio JL. RS3PE con afectación cardiológica. *Reumatol Clin.* 2006;2(3):158-9. PubMed