

## **Título: Artritis reumatoide de inicio tardío**

Autores: **Jorge Aurelio López Díez (autor principal)**, Rocío Luján Martínez, Marta Caballero Muñoz, Antonio Plazas Miñarro, Marcela González Camacho, Sara Carrasco Claros, Sergio Méndez Platas, Nerea García Soria, Pablo Madrigal Laguía, Jaime López Díez.

Institución: Consultorio Local Canteras. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia.

### **Introducción**

Se presenta el caso de un paciente de 80 años con inicio de cuadro de poliartritis simétrica no erosiva y lumbalgia inflamatoria de dos meses de evolución. Analíticamente destaca importante elevación de los reactantes de fase aguda con factor reumatoide y anticuerpos antipéptido citrulinado negativos. Descartadas causas neoplásicas se ofrecen como diagnósticos más plausibles una artritis reumatoide rizomélica o un síndrome RS3PE (*Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema*), realizándose en la discusión el diagnóstico diferencial entre ambas entidades. Empleando tratamiento con dosis medias de corticoides y metotrexato se consigue un buen control sintomático.

### **Presentación del caso**

Varón de 80 años, con antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales y dislipemia. Cardiopatía isquémica en 2013 que requirió la colocación de doble bypass coronario. Consulta por lumbalgia de perfil inflamatorio, asociando artralgiyas en extremidades superiores e inferiores (manos, hombros, cadera izquierda, rodilla derecha y pies) y rigidez matutina de una hora aproximadamente, con tumefacción e impotencia funcional de dos meses de evolución. No ha presentado fiebre ni otra clínica sugerente de patología infecciosa.

No síndrome constitucional. No cefalea, claudicación mandibular ni alteración visual. No pérdida del control de esfínteres. No aparición de lesiones cutáneas. Se administra Deflazacort 15mg/24h durante un mes sin mejoría.

## **Desarrollo del caso**

Tras varias consultas en su centro de salud por mal control del dolor, es remitido al servicio de Urgencias por dicho motivo, ingresando a cargo de Reumatología. A su ingreso en planta el paciente se encuentra hemodinamicamente estable y afebril. Exploración neurológica sin alteraciones, pulsos temporales presentes y simétricos. La auscultación cardiopulmonar y la exploración abdominal fueron anodinas. A nivel osteoarticular presenta artritis en ambos carpos, segunda metacarpofalángica bilateral, rodilla derecha y tobillo izquierdo y arco de movilidad limitado en cadera izquierda.

Se realiza artrocentesis diagnóstica en rodilla derecha obteniéndose un líquido sinovial amarillento y filante, poco inflamatorio, en el que no se observan microcristales de depósito.

Analíticamente destaca ácido úrico, enzimas hepáticas e ionograma normales. Proteína C Reactiva (PCR) 8.6 mg/L y Velocidad de Sedimentación Glomerular (VSG) 110 mm/h. Proteinograma con patrón inflamatorio. Hemograma y coagulación sin alteraciones. Marcadores tumorales (Antígeno prostático específico, Ca 19.9, CEA y CYFRA 21-1) y Sangre Oculta en Heces (x3) negativos. Inmunología: Factor Reumatoide (FR) y Anticuerpos Antipéptido Citrulinado (anti-CCP) negativos. Se realizan serologías para virus hepatotropos, VIH, citomegalovirus y Epstein-Barr que son negativas.

En estudio radiográfico se observan cambios degenerativos en manos, pies, rodillas y caderas sin observarse erosiones óseas. Así mismo, se realiza Tomografía Computerizada toracoabdominal en el que no se observan adenopatías, masas ni infiltrados sugestivos de malignidad y Resonancia Magnética de cadera izquierda, objetivándose sinovitis en articulación coxoferomal izquierda, sin otros hallazgos.

Tras la realización de las pruebas complementarias ya mencionadas, descartando una causa paraneoplásica, se barajaron como hipótesis más plausible una artritis reumatoide (AR) rizomélica, menos probable, un síndrome RS3P (*Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema*). Se intensificó el tratamiento corticoesteroideo, pautándose Metilprednisolona 16 mg/24h, con una rápida mejoría de la clínica. Con el objetivo de ahorrar corticoides, al tratarse de un paciente diabético, se comenzó Metotrexato a dosis medias vía subcutánea consiguiéndose un descenso progresivo del tratamiento esteroideo en las siguientes semanas con buena evolución. Además, se pautó Trimetoprima/sulfametoxazol como prevención de infección por *Pneumocystis jiroveci* y suplementos de calcio y vitamina D diarios, realizándose estudio de metabolismo óseo de forma ambulatoria para descartar osteoporosis corticoidea en el paciente anciano.

## Discusión

El caso que nos ocupa hace referencia a un paciente de 80 años con una poliartritis simétrica seronegativa (FR y anti-CCP negativos) con elevación de reactantes de fase aguda (PCR y VSG). Tras descartar que se tratase de un síndrome paraneoplásico, las dos opciones más factibles son un tipo de AR de inicio senil y un síndrome RS3P3.

La AR rizomélica es un subtipo de Artritis Reumatoide en el anciano seronegativa que se caracteriza por:

- Sinovitis en grandes articulaciones, sobre todo de hombros, rodillas y caderas: nuestro paciente presentaba a su ingreso sinovitis en cadera izquierda y rodilla derecha, pero contaba datos de afectación previa en hombros. La afectación de estas articulaciones hace que su inicio sea similar a la polimialgia reumática.
- FR y anti-CCP negativos con una VSG muy elevada: más de 6 veces el valor normal en el presente caso.
- No suele presentar erosiones óseas, siendo por lo tanto una entidad poco deformante.

- Tratamiento inicial con corticoesteroides, siendo necesario en diversas ocasiones asociar Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad tanto sintéticos como biológicos. En la tabla 1, se exponen diversos fármacos utilizados en dicha entidad.

<b>Tabla 1</b>	
<b>Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad (FAME) utilizados en la Artritis Reumatoide Rizomélica</b>	
<b>FAME Sintéticos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Metotrexato: es el más utilizado</li> <li>– Sulfasalazina</li> <li>– Hidroxicloroquina/cloroquina</li> <li>– Leflunomida</li> <li>– Azatioprina</li> <li>– Ciclosporina</li> </ul>
<b>FAME Biológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF): Infliximab, Etanercept, Adalimumab, etc</li> <li>– Anti-IL 1: Anakinra</li> <li>– Inhibición de la coestimulación del linfocito T: Abatacept</li> <li>– Anti-IL 6: Tocilizumab</li> </ul>

## Conclusiones

El RS3P es una poliartritis simétrica seronegativa asociada a sinovitis de los tendones extensores y flexores de los dedos lo que ocasiona la aparición de edema con fóvea en manos y/o pies. El síntoma principal es el edema debido a tenosinovitis, que suele ser simétrico, siendo una condición necesaria para el diagnóstico: el paciente de este caso presenta dactilitis en dos dedos de un mismo pie debido a tenosinovitis a dicho nivel pero no presentaba edema con fóvea en carpos ni tobillos. El inicio de la clínica suele ser abrupto (días o semanas), afectando de forma predominante a varones mayores de 60 años. La afectación articular predomina en miembros superiores (metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y hombros por una bursitis subdeltoidea).

En las pruebas complementarias se observa un aumento de reactantes de fase aguda con FR negativo y ausencia de erosiones óseas. Presenta una rápida respuesta en días a dosis bajas de corticoides (Prednisona 5-20mg/día), lo que no ocurre en nuestro paciente, que persistía con artritis a pesar del tratamiento previo con Deflazacort 15mg diarios durante un mes.

## Recomendaciones

Esta entidad puede presentarse como un síndrome paraneoplásico concomitando o precediendo al diagnóstico de la neoplasia (tumor sólido o hematológico). También puede asociarse a enfermedades sistémicas autoinmunes (sarcoidosis, LES, miopatías inflamatorias, vasculitis, etc) e infecciosas (enfermedad de Whipple, Parvovirus B19, *Mycobacterium tuberculosis*, etc), debiéndose despistar todas las causas mencionadas cuando se sospeche un RS3PE.

## Referencias

1. Zulfiqar AA, Niazi R, Pennaforte JL, Andres E. Late-onset rheumatoid arthritis: clinical, biological, and therapeutic features About a retrospective study. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2019;17(1): 51-62.
2. Moore LM, Brouner JM, Grigorian N, Leach RJ, Baumrucker SJ. Case Report: Syndrome of Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema-A Rare but Treatable Condition in Palliative Medicine. *Palliat Med Rep*. 2022; 3(1): 322-325.
3. Tarasiuk-Stanislawek K, Dumusc A, Favrat B, Kokkinakis I. Idiopathic remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome mimicking symptoms of polymyalgia rheumatica: a case report. *J Med Case Rep*. 2022;16(1): 334.