

CASO SESION SOCIETAT CATALANA DE REUMATOLOGIA (Noviembre 2018)

Mujer de 43 años de edad natural de Colombia, residente en Barcelona desde 2010, sin alergias a medicamentos conocidas. Sin hábitos tóxicos. Trabaja en el Servicio doméstico. Refiere antecedente familiar de TBC en madre en la infancia. No antecedentes personales ni familiares de psoriasis ni alteración del ritmo deposicional. Antecedentes quirúrgicos: IQ: mamoplastia de aumento 2007 y liposucción en 2010.

Su sintomatología clínica se inicia en agosto de 2010 en forma de dolor con sensación de tumefacción en muñeca izquierda. Asimismo, la paciente refería artralgias en manos, rodillas y codos, asociada a marcada rigidez matutina > 1h de años de evolución. La paciente seguía control y tratamiento por el médico de familia y el Servicio de Traumatología, que tras práctica de PPD y Booster en 2012, 2013 y 2014 que resultaron negativos y tratamiento con AINES, glucocorticoides de forma ocasional e infiltración local en carpo izdo. (en una ocasión) y presentar mejoría parcial de la sintomatología la remitieron a nuestro Servicio para valoración en 2015. En el momento de la visita destacaba tumefacción en carpo izdo. con discreta limitación a la movilización y dudosa tumefacción en carpo dcho. No se evidenciaron lesiones cutáneas ni otra alteración valorable a la exploración física.

-En el momento de la visita la paciente aportaba las siguientes exploraciones complementarias:

Analítica general realizada en otro centro (2011): leucocitos $4.80 \cdot 10^9/l$, Hb: 14.3 g/dL, Hcto: 43.1%, plaquetas $153 \cdot 10^9/L$, neutrofilos 60.2%, linfocitos 30.5%, monocitos 6.8%, eosinofilos 2.3 %, glucosa 86 mg/dL, Creatinina 0.88 mg/dL, FG > 60 ml/min, urato 3.3 mg/dL, colesterol 148 mg/dL, AST 21 U/L, ALT 20 U/L, GGT 13 U/L, Bilirrubina total 0.68 mg/dL, ferritina 60 ng/mL, calcio 9.4 mg/dL, tiotropina 0.88 $\mu U/mL$, VSG 9, PCR negativa, ANA negativo, FR negativo, anti-CCP negativo.

También aportaba una analítica más reciente (2015) sin cambios respecto a la previa (VSG 14, PCR 0.06 mg/dl, FR negativo).

RMN carpo izq (2013): Leve líquido en carpo, destacando la hipertrofia sinovial con captación de contraste en que algunos de los recesos muestra un aspecto nodular, por sinovitis. También hay leve líquido y marcado engrosamiento peritendinoso en grupos flexores y extensores con captación de contraste por peritendinitis, que es mas profusa a nivel dorsal en segunda a quinta corredera, y en volar a nivel del túnel del carpo y distal a este. En algunas de estas localizaciones la hipertrofia sinovial es más hipointensa e hipocaptante por fibrosis, y de forma puntual hay algún foco de señal grasa que podría reflejar un componente de lipomatosis arborescens. Las estructuras óseas no muestran evidentes erosiones. Las imágenes subcondrales presentes sugieren estructuras vasculares o quistes intraóseos, no significativo. No hay evidente de edema óseo. Los hallazgos sugieren artropatía inflamatoria con profusa sinovitis y peritendinitis.

Ecografía de carpo izq (2014): leve hipertrofia sinovial en carpo con áreas con sinovitis grado 1-2 y erosión en cúbito, tendinitis en extensor corto del pulgar y marcada peritendinitis en 2º corredera y extensores de los dedos.

EMG carpo izquierdo (2014): enlentecimiento de velocidad de conducción sensitiva nervio mediano a través del canal del carpo debido a foco de desmielinización focal sin afectación axonal sensitiva ni motora. Compatible con síndrome del túnel carpiano leve de predominio izquierdo.

RNM carpo izdo (2015, previo a visita): Estructuras óseas que muestran algunas geodas/erosiones en varios de los huesos carpianos, sin afectación estilodea cubital. Presencia de derrame articular de señal heterogénea a nivel del lig. triangular, extendido hacia el piramidal-pisiforme (27 x 10 mm), receso escaforadial, cara palmar flexora; todos ellos muestran abundante presencia de focos de hiposeñal T2 sugestivo de "dehiscencia" (sinovitis). Derrame en la vaina de los tendones extensores comunes (sbt el 2º) y en el t. extensor cubital carpiano, sugestivo de tenosinovitis. Hallazgos compatibles con la sospecha de sinovitis radiocarpiana junto a tenosinovitis de los t. extensores (común) y cubital carpiano. Pequeñas lesiones óseas carpianas.

-En la primera vista (2015) se solicita:

Analítica general (2015): PCR: 0.6 mg/dL, VSG: 10 mm/h, Glucosa 92 mg/dL Creatinina 0.72 mg/dL FG >90 ml/min, ácido úrico 3.1 mg/dL Colesterol total 130 mg/dL Triglicéridos 69 mg/dL, Aspartato aminotransferasa (ASAT) 23 U/L, Alanina aminotransferasa (ALAT) 27 U/L, Gamma glutamil transpeptidasa (GGT) 18 U/L, Bilirrubina total 0.6 mg/dL, Bilirrubina directa 0.2 mg/dL, Bilirrubina indirecta 0.4 mg/dL, Fosfatasa alcalina 72 U/L Albúmina 41 g/L, Sodi 145 mEq/L, Potasi 3.6 mEq/L, Calcio 9.2 mg/dL, Fósforo 3.7 mg/dL, Magnesio 2.2 mg/dL, Hierro 148 µg/dL leucocitos 6.37 10⁹/L hemoglobina 134 g/L Hematócrito 0.380 L/L VCM 91.0 fl HCM 32.2 pg CCMH 354 g/L plaquetas 197 10⁹/L Neutrófilos abs 3.1 10⁹/L Linfocitos abs 2.7 10⁹/L Monocitos abs 0.4 10⁹/L Eosinófilos abs. 0.0 10⁹/L Basófilos abs. (analit.) 0.0 10⁹/L LUC abs. (analit.) 0.1 10⁹/L. Proteinograma: Albúmina prot. 51.4% Alfa 1 glob. prot. 5.4% Alfa 2 glob. prot. 9.8% Beta glob. prot. 11.7% Gamma glob. prot. 21.7% Cociente Albúmina/Globulinas sérum 1.06. Sedimento orina: sin alteraciones.

Inmunología (2015): ANA 1/40, complemento normal, HLA-B27 negativo, anti-CCP negativo/FR negativo.

Microbiología (2015): Quantiferon: negativo, IgG VHC negativo, IgM e IgG parvovirus B19 negativo, Anticuerpos y antígeno p24 VIH1 y VIH2 negativo, VHB negativo (Anticuerpo anti-core, HBsAg)

Rx de manos y pies: No se evidencian erosiones ni pérdida del espacio articular.

Rx de tórax: dentro de la normalidad.

-Tras la valoración inicial se orienta como una artritis serogenativa erosiva y se inicia tratamiento con metotrexato 10mg/semanal, ledefolin ½ comp/ semanal, metilprednisolona 4mg/día, y naproxeno 500mg cada 12 horas en función de la sintomatología.

-A pesar del tratamiento la paciente presenta una tenosinovitis de extensores de carpo izquierdo persistente, por lo que se realizaron varias infiltraciones locales con glucocorticoides

(agosto de 2015, julio y septiembre del 2016). **La biología del líquido sinovial** previa a la infiltración mostro un líquido de carácter inflamatorio leve: leucocitos 3200/ campo, hematíes 4000, sin evidencia de cristales.

-Se aumentó el MTX a 15 SC/semanal y se manutuvo metilprednisolona a 4mg sin mejoría de la sintomatología, por lo que se inició tratamiento con Etanercept en septiembre de 2016.

-En noviembre de 2016 persistía la tenosinovitis de extensores de carpo izquierdo, por lo que se realizó **nueva RMN de carpo** donde destacaba la presencia de abundante liquido que se extendía a lo largo de unos 8.5 x 3.5 cm por la vaina del extensor común a nivel dorsal, desde el tercio distal del antebrazo hasta la altura de la diafisis de los MTCs (sobre todo 3º y 4º a ese nivel). La colección era notablemente heterogénea, con áreas más sólidas y marcadamente hipercaptantes de contraste (sinovitis) y otras más liquidas. También había signos de tenosinovitis pero de menor entidad en los tendones (vainas) extensores radiales carpianos corto y largo, y pequeños focos erosivos de diámetro no > 2 mm en cara palmar de escafoides, superficie dorsal del piramidal, ganchoso, con hipercaptación de contraste endovenoso en grado leve. No se evidenciaban erosiones a nivel de cabezas de los MTCs.

-Ante la falta de respuesta, en marzo de 2017 se retira el tratamiento con Etanercept, manteniendo MTX 15mg SC/semanal y metilprednisolona a 4mg y se solicita nuevamente valoración por el Servicio de Traumatología y exéresis de tenosinovitis.

-Se realiza una **sinovectomía de los extensores de la muñeca** izquierdo (04/2017): siendo el estudio de micobacterias negativo (Baciloscopia. Tinción Auramina, Detección génica y cultivo). El estudio anatomopatológico informó: presencia de estructuras nodulares, algunas con células epitelioides en su parte central positivas para CD68 (PGM1 positivas) compatibles, pero no específicas con nódulos reumatoideos.

-Tras la intervención, la paciente presenta una cicatriz queloidea y posteriormente, presenta nuevamente tumefacción y supuración en la herida de intervención por lo que seguía control y tratamiento en Traumatología. Debido a la persistencia de los síntomas, en julio de 2017 se realiza nueva **biopsia** sinovial guiada por ecografía, siendo el resultado del cultivo de dicha biopsia negativo (que incluía: cultivo de bacterias y hongos, tinción hongos, estudio de micobacterias: todos negativos).

-La **analítica general** en ese momento (07/2017): PCR 0.13 mg/dL, Glucosa 76 mg/dL, Creatinina 0.71 mg/dL, FG>90 ml/min/ leucócitos 5.12 10⁹/L hemoglobina 137 g/L Hematócrito 42% VCM 106.7 fl, HCM 34.6 pg Neutròfilos abs. 3.5 10⁹/L Linfòcitos abs 1.1 10⁹/L TP 100.0%

-A los 3 días de la biopsia la paciente consulta nuevamente por dehiscencia de herida quirúrgica con ruptura de extensor común del 2do dedo de mano izquierda (figura 1). No refiere fiebre u otra sintomatología asociada en este momento ni previamente. Se realiza una prueba diagnóstica.

