

REPORTE DE CASO CLÍNICO

RS3PE asociado a polimialgia reumática en paciente de edad avanzada: Reporte de caso y revisión del enfoque diagnóstico terapéutico

Santiago Andrés Guzmán-García,¹ David Fabricio Loaiza Ramírez²

¹Reumatólogo. Sociedad Ecuatoriana de Reumatología

²Imagenólogo. Hospital Clínica San Agustín. Loja, Ecuador.

RS3PE associated with polymyalgia rheumatica in an elderly patient: Case report and review of the diagnostic-therapeutic approach

PALABRAS CLAVE

RS3PE, polimialgia reumática, adulto mayor, diagnóstico diferencial, metotrexato, glucocorticoides

KEYWORDS

RS3PE, polymyalgia rheumatica, elderly, differential diagnosis, methotrexate, glucocorticoids

CORRESPONDENCIA

García Santiago Andrés
reumatologialoja@gmail.com

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no tienen conflictos de interés en esta publicación.

RESUMEN

La sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea (RS3PE) es una entidad poco frecuente, asociada en ocasiones a polimialgia reumática (PMR). Presentamos el caso de una paciente de 86 años con antecedentes cardiovasculares complejos, con manifestaciones clínicas compatibles con RS3PE y PMR, en quien se descartó patología neoplásica y se obtuvo buena respuesta con el tratamiento.

ABSTRACT

Acute myelitis is an inflammatory condition of the spinal cord that Seronegative symmetric synovitis with pitting edema (RS3PE) is an uncommon condition, sometimes associated with polymyalgia rheumatica (PMR). We present the case of an 86-year-old female patient with complex cardiovascular history, exhibiting clinical features compatible with RS3PE and PMR, in whom neoplastic disease was ruled out and a good response to treatment.

INTRODUCCIÓN

La RS3PE, descrita por McCarty en 1985, es una entidad inflamatoria caracterizada por sinovitis simétrica, seronegativa, edema con fovea en dorso de manos y respuesta rápida a glucocorticoides. Puede presentarse de forma aislada o asociada a enfermedades como polimialgia reumática o neoplasias.¹

La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por dolor y rigidez matutina, predominantemente en los músculos del cuello, la cintura escapular y la cintura pélvica.¹

La PMR afecta principalmente a personas mayores, con edad media de inicio de 73 años y una prevalencia de 700 por 100,000 mayores de 50 años. Se asocia con la ACG en cerca del 30% de los casos, y entre el 40% y 60% de pacientes con ACG presentan síntomas de PMR al diagnóstico. Ambas comparten características como edad, mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino y distribución geográfica, sugiriendo que podrían ser subtipos de una misma enfermedad.²

El objetivo de la presente revisión es exponer un caso clínico de una paciente de 86 años con manifestaciones clínicas compatibles con RS3PE y PMR, con buena respuesta al tratamiento con glucocorticoides y metotrexato.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 86 años, con antecedente de Hipertensión Arterial Sistémica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Fibrilación auricular, trombosis venosa profunda. Tratamiento habitual: telmisartán, empagliflozina, bisoprolol y apixabán. Inició hace 3 años con poliartralgias de características mecánicas, aditivas, afectando manos, rodillas y pies, con diagnóstico inicial de osteoartritis generalizada, tratada con AINEs, colágeno no especificado y tramadol con respuesta adecuada.

Hace tres meses presentó empeoramiento de síntomas articulares, presentando artralgias de características inflamatorias en hombros y caderas, rigidez matutina >1 hora, edema en dorso de manos, que no le permite cerrar las manos, abrir objetos, hiporexia, pérdida de peso de 5 kg y dificultad funcional significativa, el dolor y la rigidez no le permitían peinarse o levantarse de una silla, dificultad para subir escalera.

Fue valorada previamente por otro servicio de reumatología, le realizaron el diagnóstico de Artritis Reumatoide Seronegativa más Osteoartritis, e iniciaron tratamiento con AINE + Tofacitinib x 15 días, con mejoría del cuadro articular, sin embargo abandonó el tratamiento por descompensación cardiovascular y trom-

bosis Venosa Profunda de miembro inferior izquierdo; al suspender este tratamiento reinician los síntomas articulares, y acude a valoración de reumatología en nuestro hospital, donde la valoramos, con signos vitales dentro de la normalidad, edema con fóvea en manos, (imagen 1), tenosinovitis extensora en ambas manos, nódulos de Heberden y Bouchard, dificultad para levantarse de la silla y levantar brazos, aumento de volumen esternoclavicular derecho y bocio palpable.



Imagen 1. Presencia de edema con fóvea dorso de las manos, sugestivo de RS3PE.

Ante este contexto clínico se inició abordaje tomando en cuenta los siguientes diagnósticos diferenciales: artritis reumatoide, RS3PE, Polimialgia reumática, Artritis paraneoplásica, Osteoartritis generalizada, para lo cual se solicitó los siguientes estudios; donde destacó:

Paraclínicos iniciales:

- Hemoglobina: 11.3 Plaquetas 314.000 (Anemia Normocítica Normocrómica)
- Proteína C reactiva 110 mg/L, VSG 31 mm/h (Elevación Marcada de Reactantes de Fase Aguda)

- Factor Reumatoide: 17.2 UI/mL, Anti-CCP: 7 UI/mL (Anticuerpos negativos para Artritis Reumatoide)
- Antinucleares 1:80 patrón homogéneo AC-1, con especificidades negativas.
- Rx de manos: osteoartritis nodular, sin datos de Artritis Reumatoide (imagen 2),
- Ecografía de hombros: bursitis subacromial y tenosinovitis bicipital bilateral (imagen 3),
- Ecografía de cuello: bocio multinodular

Con estos estudios se confirmó el diagnóstico de RS3PE asociado a PMR y osteoartritis generalizada y se descartó artritis reumatoide seronegativa. En el contexto de este paciente, era importante descartar, asociación a neoplasia (RS3PE y PMR), por lo que se solicitó un TAC tórax/abdomen/pelvis: donde se observó osteoartritis y sinovitis en articulación esternoclavi-

cular derecha, con defecto en cortical. Cardiomegalia de cavidades izquierdas con extensa enfermedad coronaria. Nódulo pulmonar sólido no calcificado mide 2.7 x 3 x 4.3 mm en segmento basal superior derecho con cálculo de probabilidad de malignidad del 1.5 %. Además de importante incremento del tamaño uterino sin delimitarse lesiones. Eco cuello: bocio multinodular difuso crónico, imagen nodular hipo ecogénica, vascularizada, de 14 x 10 mm en lóbulo izquierdo + articulación esternoclavicular derecha con aspecto prominente, con incipientes formaciones osteofíticas. Motivo por el que se solicitó valoración por las diferentes especialidades, para abordaje de estas lesiones, neumología solo sugirió seguimiento del nódulo pulmonar, endocrinología solicitó biopsia de nódulo tiroideo y ginecología solicitó complemento con estudios de imagen y marcadores tumorales, sin embargo, por decisión propia de la paciente, no deseó realizarse más estudios y



Imagen 2. Rx Antero posterior de manos: Hallazgos sugestivos de Osteoartritis. Sin imágenes erosivas marginales sugestivas de Artritis Reumatoide.

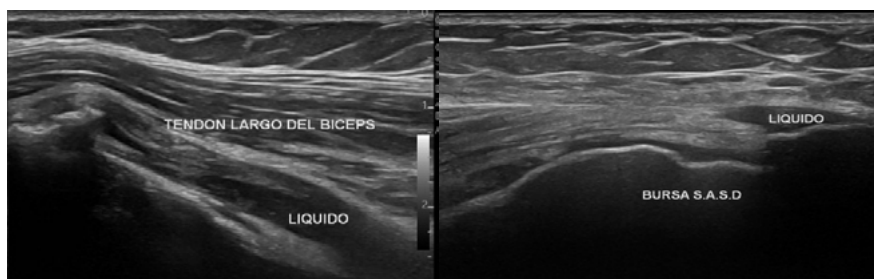


Imagen 3. Eco de hombros con presencia de bursitis subacromial subdeltoida y tenosinovitis bicipital

continuar únicamente con el tratamiento de reumatología. Se decidió iniciar con prednisona 10 mg vía oral cada 24 horas, metotrexato 10 mg / semanal en conjunto con ácido fólico, con respuesta clínica favorable a los 7 días, al mes con remisión clínica y en estudios con disminución de reactantes de fase aguda, (PCR 40 mg/L, VSG 36 mm/h). A los 3 meses remisión clínica y por laboratorio, a los 6 meses: PCR 5 mg/L, VSG 24 mm/h., sin datos de actividad articular que permitió el retiro total de glucocorticoides.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de RS3PE requiere un alto índice de sospecha, particularmente en pacientes de edad avanzada con inicio agudo de sinovitis simétrica, edema con fovea y seronegatividad. La coexistencia con PMR, como en este caso, ha sido descrita en 10–15% de pacientes, compartiendo mecanismos patogénicos inflamatorios, principalmente IL-6 mediada.¹

La polimialgia reumática es una de las enfermedades inflamatorias más comunes en adultos mayores de América del Norte y Europa del norte y central, con mayor prevalencia en mujeres entre los 70 y 80 años. Su diagnóstico sigue siendo desafiante por la ausencia de pruebas específicas y su solapamiento con la arteritis de células gigantes, aunque es tres veces más frecuente que esta última.¹

Epidemiológicamente, la polimialgia reumática muestra un gradiente norte-sur, con mayor incidencia en Escandinavia (hasta 113 por 100 000 mayores de 50 años) y cifras más bajas en Europa del sur, Sudamérica y Asia. Estas diferencias pueden deberse a factores genéticos, ambientales y socioeconómicos que influyen en el diagnóstico. Aunque es frecuente y funcionalmente limitante, no parece reducir la esperanza de vida.¹

La polimialgia reumática se caracteriza por dolor y rigidez súbitos en cuello, tronco, hombros y cintura pélvica, con rigidez matutina que puede persistir todo el día. El síntoma más frecuente es el dolor bilateral de hombros (70–95%), seguido por afectación de cuello y caderas (50–70%). El dolor pélvico suele localizarse en ingles y caderas, irradiándose a muslos y rodillas. Aunque puede iniciar unilateral, rápidamente se vuelve bilateral.²

En la exploración física, es común hallar limitación dolorosa del movimiento activo y pasivo en hombros y caderas, sin signos inflamatorios evidentes. Manifestaciones sistémicas como fiebre leve, fatiga, anorexia, pérdida de peso y depresión se presentan en hasta el 40% de los casos. El perfil clínico de la paciente coincide con lo reportado, lo que resalta la importancia de un enfoque diagnóstico cuidadoso en adultos mayores, especialmente en contextos donde la enfermedad es poco reconocida.^{2,3}

Aproximadamente el 50% de los pacientes con polimialgia reumática presentan síntomas musculoesqueléticos distales, como dolor e hinchazón en rodillas y muñecas (40%), y artritis metacarpofalángica en el 25%. A diferencia de la artritis reumatoide, la artritis periférica es asimétrica y no erosiva. El 8–12% desarrollan edema distal con fovea (síndrome RS3PE), reflejo de tenosinovitis extensora. El síndrome del túnel carpiano se presenta en hasta un 14% por tenosinovitis de flexores.³

Los hallazgos de laboratorio en la polimialgia reumática son inespecíficos, pero reflejan inflamación: elevación de VSG y PCR, anemia normocítica, trombocitosis, hipoalbuminemia, hiperfibrinogenemia y aumento de alfa-2 globulinas. Aunque la VSG \geq 40 mm/h es frecuente, puede ser normal en hasta el 20% de los casos. La PCR se eleva en el 99% de los pacientes no tratados, por lo que la normalidad de ambos reactantes debe hacer considerar otras patologías.⁴

Los autoanticuerpos, como ANA, anti-CCP y factor reumatoide, suelen ser negativos. No obstante, el FR puede ser falsamente positivo en cerca del 10% de adultos mayores, generalmente en títulos bajos. Estos estudios son útiles para descartar enfermedades inflamatorias que simulan PMR.⁵

Las técnicas de imagen han sido clave para comprender la fisiopatología de la polimialgia reumática y diferenciarla de otras enfermedades. La ecografía detecta bursitis, tenosinovitis y sinovitis, apoyando el diagnóstico clínico. El PET con 18FDG muestra captación característica en hombros, pelvis y columna, y la resonancia magnética revela inflamación peritendinosa predominante. Estos hallazgos confirman su naturaleza inflamatoria y ayudan a distinguirla de la artritis reumatoide de inicio tardío. Sin embargo, aún se requiere validación prospectiva para incorporar estas técnicas de forma rutinaria.^{1,4,5}

El diagnóstico de polimialgia reumática es clínico y requiere descartar cuidadosamente otras enfermedades con síntomas similares, como artritis reumatoide de inicio tardío, condrocalcinosis, espondiloartritis, lupus, neoplasias, infecciones o trastornos endocrinos y neurológicos. Reactantes de fase aguda anormales o una evolución atípica deben hacer considerar diagnósticos alternativos. Los estudios complementarios dirigidos y el seguimiento cercano son clave para confirmar el diagnóstico y detectar enfermedades subyacentes.⁴

Los criterios EULAR/ACR 2012 han mejorado la estandarización diagnóstica de la polimialgia reumática al combinar datos clínicos y ecográficos. La ausencia de autoanticuerpos, el compromiso de cinturas y la bursitis bilateral en ecografía apoyan el diagnóstico.⁶ La respuesta a glucocorticoides, aunque frecuente, no es específica y no se incluye como criterio. La sensibilidad es del 68% y la especificidad del 78%, cifras que mejoran al 81% con ecografía, alcanzando hasta 91,3% en algunos estudios. Sin embargo, hasta un 8% de los casos pueden ser reclasificados, destacando la importancia del seguimiento clínico.^{1,5}

Tabla 1. Criterios Provisionales de Clasificación de Polimialgia Reumática (EULAR/ACR 2012).

CRITERIOS CLÍNICOS	
CRITERIO	PUNTUACIÓN
Rigidez matinal >45 minutos	2
Dolor o limitación en cadera	1
FR o anti-CCP negativo	2
Ausencia de afección articular periférica	1
CRITERIOS ULTRASONOGRÁFICOS	
CRITERIO	PUNTUACIÓN
Al menos un hombro con bursitis subdeltoidea o tenosinovitis bicipital o sinovitis glenohumeral y al menos una cadera con sinovitis o bursitis trocantérica	1
Ambos hombros con bursitis subdeltoidea, tenosinovitis bicipital o sinovitis glenohumeral	1

Criterios requeridos: edad ≥ 50 años, dolor de hombros bilateral, aumento de VSG o PCR.
Con solo criterios clínicos, una puntuación ≥ 4 tiene una sensibilidad del 68% y especificidad del 78% para diferenciar PMR de otros trastornos.
Con la combinación de criterios clínicos y ecográficos, una puntuación ≥ 5 tiene una sensibilidad del 66% y especificidad del 81%.

La paciente mencionada, tuvo una puntuación de 5 en los criterios clínicos y de 2 puntos, en los criterios de ultrasonido, obteniendo un total de 7 puntos.

El tratamiento inicial de la PMR consiste en glucocorticoides, generalmente prednisona 12,5–25 mg/

día, con respuesta rápida en la mayoría, aunque el 20–27% no remite en 4–12 semanas. Tras la mejoría, se reduce la dosis gradualmente durante 9–12 meses, aunque algunos requieren dosis bajas (≤ 5 mg/día) prolongadas o indefinidas. Puede usarse metilprednisona intramuscular como alternativa. En casos de recaídas o comorbilidades, el metotrexato actúa como ahorrador de glucocorticoides.⁷⁻⁸ Debido a efectos adversos frecuentes (osteoporosis, hipertensión, cataratas, diabetes), se recomienda vigilancia y prevención. Es clave descartar neoplasias, especialmente con síndrome RS3PE, como en el caso presentado con nódulo pulmonar y bocio nodular, que requirió un manejo multidisciplinario.^{1,2}

El Metotrexato se utiliza como ahorrador de glucocorticoides en pacientes con riesgo de recaídas o comorbilidades, mostrando en algunos estudios reducción de recaídas y dosis acumulada de corticoides, aunque con resultados variables y dosis inferiores a las habituales. Leflunomida y azatioprina han mostrado resultados preliminares prometedores, pero no se recomiendan como tratamiento inicial.^{4,5,8,9}

Entre las terapias dirigidas, los anti-TNF no mostraron beneficios. En cambio, el tocilizumab (anti-IL-6R) ha demostrado eficacia en ensayos clínicos controlados, permitiendo una reducción más rápida de glucocorticoides y mayor tasa de remisión libre de esteroides.⁶ La FDA aprobó en 2023 el uso de sarilumab para PMR resistente o en recaída. También se ha reportado beneficio preliminar con rituximab y tofacitinib, aunque se requieren más estudios para validar su uso.^{7,8,10,11}

CONCLUSIÓN

Presentamos un caso representativo de RS3PE asociado a PMR, con adecuada evolución clínica tras tratamiento con glucocorticoides y metotrexato. La exclusión de enfermedades malignas es esencial en el abordaje integral cuando la PMR tiene asociación con artritis periférica, como fue este caso. Este caso destaca la importancia del diagnóstico diferencial preciso y del trabajo en equipo en pacientes de edad avanzada con síntomas reumatológicos atípicos.

REFERENCIAS

1. Espígol-Frigolé G, Dejacó C, Mackie SL, Salvarani C, Matteson EL, Cid MC. Polymyalgia rheumatica. *Lancet*. 2023 Oct 21;402(10411):1459-1472. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01310-7. Epub 2023 Oct 10. PMID: 37832573.
2. Florescu MM, Bobircă F, Florescu A, Pădureanu V, Bobircă A, Ciurea PL, Criveanu C, Florescu LM, Mușetescu AE. Polymyalgia rheumatica: An update (Review). *Exp Ther Med*. 2023 Oct 5;26(6):543. doi: 10.3892/etm.2023.12242. PMID: 37928511; PMCID: PMC10623218.
3. Harkins P, McCann L, Harrington R, Cowley S, Kane D, Conway R. Polymyalgia rheumatica - an up-to-date review on diagnosis and management. *Vessel Plus*. 2024;8:14. <http://dx.doi.org/10.20517/2574-1209.2023.137>
4. Lundberg IE, Sharma A, Turesson C, Mohammad AJ. An update on polymyalgia rheumatica. *J Intern Med*. 2022; 292: 717-732.
5. Mahmood SB, Nelson E, Padniewski J, Nasr R. Polymyalgia rheumatica: An updated review. *Cleve Clin J Med*. 2020 Aug 31;87(9):549-556. doi: 10.3949/ccjm.87a.20008. PMID: 32868305.
6. Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremers H, Schmidt WA, Schirmer M, Salvarani C, Bachta A, Dejacó C, Duftner C, Jensen HS, Duhaut P, Poór G, Kaposi NP, Mandl P, Balint PV, Schmidt Z, Iagnocco A, Nannini C, Cantini F, Macchioni P, Pipitone N, Amo MD, Espígol-Frigolé G, Cid MC, Martínez-Taboada VM, Nordborg E, Direskeneli H, Aydin SZ, Ahmed K, Hazleman B, Silverman B, Pease C, Wakefield RJ, Luqmani R, Abril A, Michet CJ, Marcus R, Gonter NJ, Maz M, Carter RE, Crowson CS, Matteson EL. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2012 Apr;71(4):484-92. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200329. PMID: 22388996; PMCID: PMC3298664.
7. Dejacó C, Singh YP, Perel P, et al 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative *Annals of the Rheumatic Diseases* 2015;74:1799-1807.
8. Wendling D, Al Tabaa O, Chevet B, Fakhri O, Ghossan R, Hecquet S, Dernis E, Maheu E, Saraux A, Besson FL, Alegria GC, Cortet B, Fautrel B, Felten R, Morel J, Ottaviani S, Querellou-Lefranc S, Ramon A, Ruyssen-Witrand A, Seror R, Tournadre A, Foulquier N, Verlhac B, Verhoeven F, Devauchelle-Pensec V. Recommendations of the French Society of Rheumatology for the management in current practice of patients with polymyalgia rheumatica. *Joint Bone Spine*. 2024 Jul;91(4):105730. doi: 10.1016/j.jbspin.2024.105730. Epub 2024 Apr 5. PMID: 38583691.
9. Kawka L, Chevet B, Arnaud L, Becker G, Carvajal Alegria G, Felten R. The pipeline of immunomodulatory therapies in polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis: A systematic review of clinical trials. *Autoimmun Rev*. 2024 Jul-Aug;23(7-8):103590. doi: 10.1016/j.autrev.2024.103590. Epub 2024 Aug 7. PMID: 39122202.
10. van der Geest KSM, Treglia G, Glaudemans AWJM, Brouwer E, Jamar F, Slart RHJA, Gheysens O. Diagnostic value of [18F]FDG-PET/CT in polymyalgia rheumatica: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*. 2021 Jun;48(6):1876-1889. doi: 10.1007/s00259-020-05162-6. Epub 2020 Dec 28. PMID: 33372248; PMCID: PMC8113217.
11. Hysa E, Bond M, Ehlers L, Camellino D, Falzon L, Dejacó C, Buttgereit F, Aletaha D, Kerschbaumer A. Evidence on treat to target strategies in polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis: a systematic literature review. *Rheumatology (Oxford)*. 2024 Feb 1;63(2):285-297. doi: 10.1093/rheumatology/kead471. PMID: 37672017; PMCID: PMC10836985.