

Síndrome RS3PE en un anciano como síndrome paraneoplásico de cáncer de colon

Pamela Alejandra Salcido-de Pablo,¹ Julio Sergio Urrutia-Guerrero,¹ Greta Cristina Reyes-Cordero,² Susana Lorena Valdés-Castañeda,³ Alejandro P Montiel-Estrada,⁴ Dora Liliana Candia-Zúñiga,⁵ René Boulón-Cuéllar,⁶ David Díaz-Villanueva⁷

RESUMEN

Se reporta el caso de un paciente masculino de 91 años de edad, hospitalizado en la unidad de cuidados crónicos del Hospital Español de México; antecedentes de diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cardiopatía isquémica y quistes pancreáticos. En el mes de marzo de 2012 tuvo aumento de volumen y eritema en la mano izquierda. A la exploración se encontraron los siguientes signos clínicos: sinovitis de la articulación del carpo e interfalángicas distales, edema con fovea en la cara dorsal de la mano y en las falanges. VSG en 60 mm/h (1-7 mm/h), factor reumatoide de 28.9 U/L (0-20 U/L), anti péptido citrulinado negativo <16 U (<20 U). Las radiografías de las manos mostraban aumento de volumen en los tejidos blandos, sin erosiones. Los médicos del servicio de Reumatología establecieron el diagnóstico de RS3PE. Debido a sangrado del tubo digestivo bajo se le realizó una colonoscopia, con toma de biopsia, y se documentó adenocarcinoma invasor en el margen anal. Se efectuaron hemicolectomía con colostomía y resección de la lesión. Se trató con deflazacort y rehabilitación física con los que se consiguió mejor movilidad y menor edema.

Palabras clave: RS3PE, factor reumatoide, cáncer de colon.

ABSTRACT

Ninety one years old male with diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, ischemic heart disease, and pancreatic cysts. In March 2012 he presents inflammation and erythema of his left hand. At examination, sinovitis of carpal and distal interphalangeal joints, and pitting edema on left hand dorsum and phalanges. ESR 60 mm/hr (1-7 mm/hr), rheumatoid factor 28.9 U/L (0-20 U/L), anti-cyclic citrullinated peptide <16 U (<20 U), hands radiography with edema of soft tissue, without erosions. Rheumatology diagnoses RS3PE. He presents lower gastrointestinal bleeding, so a colonoscopy is done with biopsy, diagnosing invasional anal adenocarcinoma, treated with hemicolectomy and colostomy, with complete resection of the cancer. He is managed with deflazacort, and rehabilitation, with good response.

Key words: RS3PE, rheumatoid factor, colon cancer.

¹ Residente de primer año de Geriátría, Hospital Español de México.

² Residente de primer año de Reumatología, Hospital General de México.

³ Interno de pregrado, Hospital Español de México.

⁴ Médico titular del curso de Geriátría, Médico internista y geriatra, Hospital Español de México.

⁵ Médico adscrito al servicio de Reumatología, Hospital Español de México.

⁶ Médico internista e intensivista, Hospital Ángeles del Pedregal.

⁷ Médico patólogo, Hospital Español de México.

Correspondencia: Dr. René Boulón Cuéllar. Correo electrónico: rene6@prodigy.net.mx

Recibido: 7 de febrero 2013. Aceptado: abril 2013.

Este artículo debe citarse como: Salcido-de Pablo PA, Urrutia-Guerrero JS, Reyes-Cordero GC, Valdés-Castañeda SL, Montiel-Estrada AP, Candia-Zúñiga DL, Boulón-Cuéllar R, Díaz-Villanueva D. Síndrome RS3PE en un anciano como síndrome paraneoplásico de cáncer de colon. Med Int Mex 2013;29:331-334.

www.nietoeditores.com.mx

La sinovitis simétrica seronegativa recurrente, con edema y fóvea (RS3PE), la describieron McCarty y sus colaboradores en 1985. Se caracteriza por ser una sinovitis aguda, simétrica, con edema importante, con factor reumatoide negativo, reactantes de fase aguda elevados, sin erosiones radiográficas, con un curso corto y benigno y buena repuesta a bajas dosis de prednisolona.¹

Es más frecuente en hombres, especialmente mayores de 60 años. Las articulaciones más afectadas son las interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas y tobillos.²

Los criterios de Olive (1997) son: edema bilateral en el dorso de las manos, poliartritis de inicio agudo, edad mayor de 50 años y ausencia de factor reumatoide.²

La etiología es incierta. La tenosinovitis de los tendones flexores y extensores tiene relación con el edema del tejido peritendinoso y subcutáneo, especialmente en la muñeca y el pie. El factor de crecimiento vascular endotelial juega un papel importante en la patogenia y es responsable de la hipervascularidad y permeabilidad vascular (sinovitis y edema). Esta afección se ha asociado con HLA B7, A2, neoplasias y enfermedades infecciosas.^{1,6}

El péptido anti cíclico citrulinado (anti-CCP) se detectó inicialmente en 1998. Para el diagnóstico de artritis reumatoide es más confiable que el factor reumatoide, con sensibilidad y especificidad de 91-98% y de 41-67%, respectivamente. En algunas otras enfermedades puede ser positivo, como en la artritis psoriásica, artritis idiopática juvenil y en algunos casos de RS3PE.² El ultrasonido o la resonancia magnética pueden detectar estos cambios asociados; sin embargo, el diagnóstico adecuado es clínico y radiográfico.¹

Es indispensable el diagnóstico diferencial con poli-mialgia reumática, artritis de inicio tardío y otros trastornos reumáticos, como: espondiloartropatías, artritis psoriásica y sarcoidosis.¹ Entre los síndromes reumáticos están los paraneoplásicos. Las neoplasias pueden causar manifestaciones reumáticas por mecanismos directos o indirectos. Entre los primeros está la invasión tumoral a los huesos y articulaciones, la reacción sinovial a tumores yuxtaarticulares del hueso o de los tejidos blandos, la hemorragia intraarticular o periarticular y la gota secundaria; de los indirectos, los efectos de la neoplasia mediados por factores humorales. Ocurren a distancia del tumor primario y se inducen mediante hormonas, péptidos, mediadores autocrinos o paracrinos, inmunoglobulinas y linfocitos ci-

totóxicos. Pueden preceder en no más de dos años al tumor, aparecer concomitantemente o después del diagnóstico.^{3,6}

El síndrome RS3PE puede manifestarse como un trastorno primario; sin embargo, en algunos pacientes se ha asociado con procesos inflamatorios y neoplasias malignas, como linfoma de células T, adenocarcinomas de colon y endometrio, carcinomas indiferenciados de pelvis y pulmón, carcinomas gástrico, de próstata, de ovario, hepatocelular, de páncreas y leucemia linfocítica crónica. En las formas paraneoplásicas los síntomas son graves y no disminuyen con el tratamiento.^{3,4,5}

Puede representar una manifestación musculoesquelética de malignidades, en 53% asociado con tumores sólidos y en 64% con neoplasias hematológicas.^{4,5}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 91 años de edad, originario de Barcelona, España, residente de la Ciudad de México, viudo, periodista jubilado, internado en la Unidad de Crónicos del Hospital Español de México. Tiene carga genética para evento vascular cerebral. Antecedente de tabaquismo, a razón de 5 cajetillas diarias, suspendido hace 40 años, con un IT de 175 p/a; transfusionales positivos en 1970 y en 2012 por síndrome anémico; quirúrgicos: amigdalectomía en la infancia, cáncer de piel tratado de manera quirúrgica en varias ocasiones, hernioplastia inguinal bilateral, apendicectomía y colecistectomía. Antecedentes médicos de: cáncer basocelular de la piel, diabetes mellitus diagnosticada en 1980, hipoacusia derecha, aneurisma aórtico abdominal infrarrenal con trombo mural en vigilancia médica, hernia hiatal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hiperplasia prostática benigna, cardiopatía isquémica, quistes pancreáticos diagnosticados en 2011, sin tratamiento médico.

El padecimiento se inició en marzo de 2012 con aumento súbito de volumen y de la temperatura y eritema en la mano izquierda. A la exploración física se encontró sinovitis de la articulación carpo e interfalángicas distales (Figura 1), dolor a la movilización y edema con fóvea de predominio en la cara dorsal de la mano y en las falanges.

En la búsqueda de reactantes de fase aguda se encontró: VSG en 60 mm/h (1-7 mm/h), factor reumatoide ligeramente positivo 28.9 U/L (0-20 U/L), normal para la edad del paciente, anti péptido citrulinado negativo <16 U (<20 U), y placas radiográficas de manos (Figura 2) que dejaron



Figura 1. Sinovitis de la articulación del carpo e interfalángicas distales.

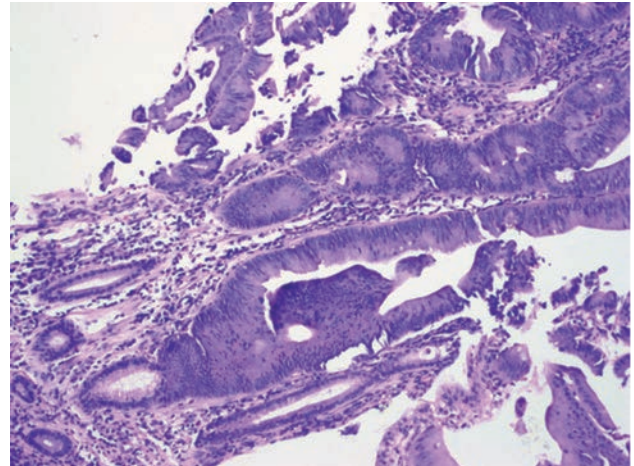


Figura 3. Adenocarcinoma invasor bien diferenciado en el margen anal.



Figura 2. Aumento de volumen de los tejidos blandos de la mano izquierda.

ver el aumento de volumen de los tejidos blandos de la mano izquierda, sin erosiones.

En la valoración por los médicos del servicio de Reumatología se estableció el diagnóstico de RS3PE (Remitting Seronegative Symmetrical Sinovitis with Pitting Edema). El tratamiento indicado fue: prednisona a dosis de 7.5 mg por día, con mejoría parcial.

Dos meses después tuvo un cuadro de sangrado del tubo digestivo bajo que ameritó hospitalización para diagnóstico y transfusiones. La colonoscopia reportó: adenocarcinoma invasor bien diferenciado en el margen anal. (Figura 3) Se le realizó hemicolectomía con colostomía, sin complicaciones y la lesión se resecó por completo.

En la actualidad el paciente continúa en tratamiento con deflazacort a la dosis de 9 mg cada 24 horas, así como rehabilitación física, presentando mejor movilidad y menor edema de articulaciones (Figura 4).



Figura 4. El tratamiento farmacológico y la rehabilitación física han favorecido mejor movilidad y menor edema de articulaciones.

DISCUSIÓN

El síndrome RS3PE es frecuente en ancianos pero su diagnóstico es excepcional. Los pacientes suelen reaccionar adecuadamente a esteroides a dosis bajas. En este caso el paciente tenía antecedente de cáncer de colon y la presentación clínica es atípica porque es unilateral pero con buena respuesta al tratamiento, por lo que la probabilidad de que esta manifestación sea de origen paraneoplásico es elevada. Es un caso raro, con poca bibliografía, por lo que es de gran interés documentarlo.

REFERENCIAS

1. Yamada S, Fuyuno S, Eriguchi M, Tsuruya K, Kitazono T. Remitting seronegative symmetrical Synovitis with pitting edema syndrome in a chronic hemodialysis patient. *Case Report Med* 2012;2012:371795. doi: 10.1155/2012/371795
2. Gurbus DG, Bes C, Guven M, et al. Anti-cyclic citrullinated peptide antibody in patient with Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema (RS3PE) accompanied by Gout. *Aibu Izzet Baysal tip Dergisi Cilt* 2009;4:63-65.
3. González Naranjo LA. Síndromes reumáticos paraneoplásicos. *latreia* 2011;24:65-75.
4. Mehmet S. Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema (RS3PE) Syndrome and Malignancy. *Eur J Gen Med* 2004;1:3-5.
5. Kundu AK. Syndrome of Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Oedema (RS3PE). *JAPI* 2007;55.
6. Salam A, Henry R, Sheeran T. Acute onset polyarthritis in older people: Is it RS3PE syndrome? *Cases Journal* 2008; 1:132.1186/1757-1626-1-132