

Síndrome RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema) o síndrome de McCarty

RS3PE syndrome (remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema) or McCarty syndrome.

Luis Francisco Pineda-Galindo,¹ Claudia Hernández-Martínez²

Resumen

ANTECEDENTES: El síndrome RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema y fovea), o síndrome de McCarty, es un cuadro reumatológico infrecuente que afecta principalmente a mayores de 70 años, se manifiesta de forma aguda como poliartritis y sinovitis simétrica acompañada de edema que deja fovea especialmente en las manos.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 78 años con un cuadro clínico de inicio agudo caracterizado por parestesias y edema localizado en las manos, asociado con sinovitis y manifestado con dolor y limitación para la funcionalidad, cumplió todos los criterios diagnósticos para el síndrome RS3PE, evolucionó con excelente respuesta a corticosteroides e inmunosupresores, no se evidenció causa secundaria.

CONCLUSIONES: Aunque el síndrome RS3PE tiene pronóstico benigno, se ha relacionado con neoplasias, por lo que éstas deben descartarse al establecer el diagnóstico.

PALABRAS CLAVE: Sinovitis; edema; fovea.

Abstract

BACKGROUND: The RS3PE syndrome (remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema), or McCarty syndrome, is an infrequent rheumatologic clinical picture, which mainly affects people over 70 years old; it manifests acutely as polyarthrititis and symmetric synovitis besides edema that leaves fovea especially in hands.

CLINICAL CASE: A 78-year-old male patient with acute clinical onset, paresthesia and localized edema in hands, associated with synovitis and manifested with pain and limit for functionality, fulfilling all the diagnoses for RS3PE syndrome, evolved with excellent response to corticosteroids and its origin was not evidenced.

CONCLUSIONS: Although RS3PE syndrome has benign prognosis, it has been related to neoplasms, so, these must be discarded when establishing the diagnosis.

KEYWORDS: Synovitis; Edema; Pitting edema.

¹ Departamento de Medicina Interna, UMAE-Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret, Centro Médico Nacional La Raza, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

² División de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM, Ciudad de México.

Recibido: 9 de junio 2019

Aceptado: 3 de julio 2019

Correspondencia

Claudia Hernández Martínez
claudia.hem91@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Pineda-Galindo LF, Hernández-Martínez C. Síndrome RS3PE (sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema) o síndrome de McCarty. Med Int Méx. 2020; 36 (5): 730-734. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i5.3249>

ANTECEDENTES

El síndrome RS3PE fue descrito por primera vez en 1985 por McCarty, como una forma de artritis reumatoide seronegativa en pacientes ancianos.¹⁻³

Es un cuadro de inicio agudo (días-semanas), caracterizado por sinovitis simétrica, edema con fovea, reactantes de fase aguda elevados, con datos clínicos de artritis no erosiva en estudios radiográficos y un curso clínico benigno y corto. El propósito de este artículo es dar a conocer el síndrome RS3PE, identificar características, causas, curso clínico y tratamiento.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 78 años, de ocupación herrero, con antecedente de diabetes tipo 2 e hipertensión en control con olmesartán e insulina glargina. Corrección quirúrgica de manguito rotador izquierdo y resección de cáncer basocelular frontal. Antecedente de eritrodermia dos años previos, catalogada como pitiriasis rubra (biopsia con psoriasis eritrodérmica) con remisión completa, fue tratado con esteroide oral a dosis reducción y metotrexato hasta la suspensión total.

A los 30 días posteriores a la intervención quirúrgica de hombro el paciente inició con parestias y edema de manos. Clínicamente mostró aumento de volumen en tejidos blandos de tipo edema con fovea y borramiento de pliegues en ambas manos. Tuvo dolor y limitación para la presión y flexión de las falanges distales, sin evidencia de artritis (**Figura 1**).

Los estudios paraclínicos de sangre y orina se reportaron normales. La serología viral y los marcadores tumorales fueron negativos, solo se documentó hipotiroidismo subclínico. Ante la clínica del paciente se sospechó probable artri-

tis, se realizó factor reumatoide y anticuerpos anti-péptido citrulinado que fueron negativos; los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron positivos (1:160) con patrón moteado fino, tuvo además elevación de VSG (45 mm) y proteína C reactiva (11.4 mg/dL). La radiografía de manos mostró osteopenia en las articulaciones falángeas, con disminución del espacio articular en las articulaciones interfalángeas distales bilaterales y cambios osteodegenerativos sugerentes de probable osteoartritis.

Ante la falta de evidencia de otra alteración secundaria se sospechó un síndrome RS3PE, cumplió con criterios de Olivo para el diagnóstico y se inició tratamiento con prednisona a dosis de 30 mg/día y metotrexato 30 mg/semana a dosis reducción con alivio del edema, del dolor y mejoría de la funcionalidad hasta la remisión casi total.

DISCUSIÓN

Se comunica el caso de un paciente masculino de 70 años, con episodio agudo de edema de manos, elevación de reactantes de fase aguda, datos radiológicos de artropatía y ANAs positivos a títulos bajos, quien tuvo respuesta favorable de los síntomas con esteroides, cumpliendo criterios de síndrome RS3PE, durante el seguimiento no se observó asociación con neoplasias.

El RS3PE afecta a mayores de 70 años, predominantemente varones (80%), con mayor incidencia en la población rural y estación otoñal.^{2,3,5}

La causa aún se desconoce. Puede manifestarse de manera aislada como una forma primaria (no asociada con otras afecciones reumáticas), o asociada con otras enfermedades (infecciones, neoplasias como carcinoma gástrico, endometrio, páncreas, leucemia o linfomas). Existen teorías que lo relacionan con predisposición

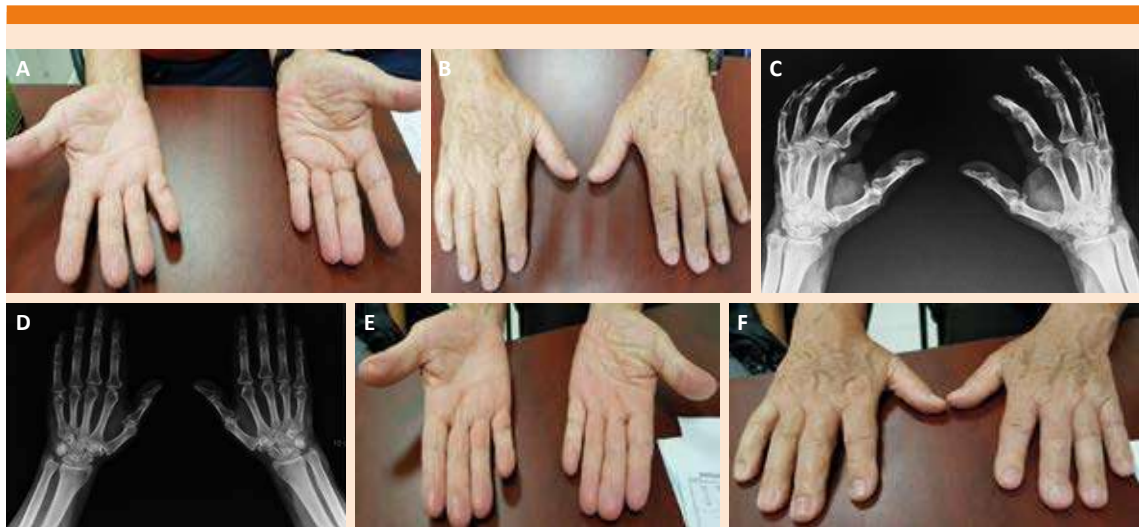


Figura 1. Características clínicas y radiológicas del RS3PE. **A y B.** Manos del paciente al inicio del cuadro clínico; se evidencia tensinovitis y edema con fovea en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas. **C y D.** Radiografía de manos AP y oblicua. Muestra osteopenia en las articulaciones falángicas, con disminución del espacio articular en las articulaciones interfalángicas distales bilaterales y cambios osteodegenerativos. **E y F.** Manos del paciente después del tratamiento con alivio del edema y la tensinovitis.

genética porque 50% de los pacientes tiene HLA-B7 positivo.^{2,4,6-8}

El cuadro clínico se distingue por poliartrosis simétrica periférica, principalmente en articulaciones metacarpofalángicas (81%), interfalángicas proximales (70%), carpo (55%), hombros (48%), rodillas (33%), tobillos y pies (26%) manifestado por dolor, limitación funcional y tumefacción, acompañado por tensinovitis en los tendones extensores y los flexores de los dedos de las manos. La característica principal es el edema que deja fovea en el dorso de las manos y a veces en los pies.^{2,4-6}

Los síntomas constitucionales solo se manifiestan en 9% de los casos e incluyen pérdida de peso, fatiga, febrícula y fiebre.^{4,7}

Las pruebas complementarias muestran un patrón analítico inflamatorio (leucocitosis y

elevación de los reactantes de fase aguda), factor reumatoide negativo, ocasionalmente anemia leve de trastornos crónicos, hipoalbuminemia, eritrocituria y ANA 1:18 (moteado fino).^{1,2,6}

La radiología simple muestra aumento de partes blandas sin lesiones erosivas, lo que lo diferencia de la artritis reumatoide. La resonancia magnética revela tensinovitis. En el líquido articular se observa hiper celularidad; sin embargo, el recuento leucocitario es menor en relación con el esperado con artritis reumatoide.^{1,6}

Para el diagnóstico Olivo y su grupo propusieron una serie de criterios clínicos en 1994 (**Cuadro 1**).⁹

El diagnóstico diferencial se establece principalmente con dos enfermedades reumatológicas: artritis reumatoide del anciano (AR) y polimialgia reumática (PMR) (**Cuadro 2**).^{1,2,6}

Cuadro 1. Criterios diagnósticos de Olivo para el síndrome RS3PE

Edad igual o mayor a 65 años
Factor reumatoide negativo
Polisinovitis simétricas que afectan las muñecas, metacarpo-falángicas, interfalángicas proximales y vainas tendinosas de los extensores de las manos
Edema en piel de naranja con fovea en las zonas afectadas
Rigidez matutina
Respuesta rápida al tratamiento esteroideo
Exclusión de otras enfermedades

Tomado de la referencia 10.

El tratamiento de elección son los corticoesteroides a dosis bajas, generalmente se inicia con prednisona 5-20 mg/día, con disminución progresiva hasta la remisión y se mantiene durante 6 a 15 meses, la respuesta es rápida y la remisión es completa en menos de un año.^{2,4-6}

El pronóstico suele ser bueno y por lo general cursa sin secuelas; sin embargo, siempre debe descartarse el origen paraneoplásico, en raras ocasiones puede evolucionar a otras enfermedades reumáticas.^{2,10}

Cuadro 2. Diagnóstico diferencial del síndrome RS3PE²

	RS3PE	Polimialgia reumática	Artritis reumatoide	Artritis reumatoide geriátrica
Inicio	Brusco	Brusco	Gradual	Brusco
Sexo	Hombre (3:1)	Mujer (2:1)	Mujer (2:1)	Mujer (2:1)
Edad	70 años	70 años	30-50 años	70 años
Articulaciones afectadas	Muñecas, tendones flexores	Hombros, muñecas	Manos, muñecas, pies	Hombros, muñecas, rodillas
Sinovitis	Moderada	Leve	Grave	Grave
Edema	Siempre	Casi nunca	Poco frecuente	Poco frecuente
Nódulos reumatoideos	Nunca	Nunca	Positivos	Raros
Velocidad de sedimentación globular	Aumentada	Aumentada	Normal-aumentada	Muy aumentada
Factor reumatoide	Negativo	Negativo	Positivo	Negativo
Remisión	6-15 meses	24 meses	Poco común	Poco común
Respuesta a esteroides	Completa	Completa	Incompleta	Incompleta

CONCLUSIONES

El síndrome RS3PE afecta a mayores de 70 años, es infrecuente y se han reportado pocos casos en el mundo, las manifestaciones clínicas pueden simular una enfermedad reumatológica autoinmunitaria. Tiene pronóstico benigno; sin embargo, se ha relacionado con neoplasias, por lo que éstas deben descartarse al establecer el diagnóstico. Es completamente reversible con el tratamiento adecuado (esteroides) y generalmente cursa sin secuelas.

REFERENCIAS

1. McCarty DJ, O'Duffy JD, Pearson L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. RS3PE syndrome. *JAMA* 1985; 254 (19): 2763-7.
2. Fernandez-Silva MJ, Vilarino-Mendez CR. [RS3PE Syndrome: Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema: A presentation of 3 cases]. *Semergen* 2012; 38 (7): 472-5. DOI: 10.1016/j.semerg.2011.10.004
3. Bruscas-Izu C, Medrano-San Ildefonso M, Simon L. [RS3PE syndrome: report of 11 cases]. *An Med Interna* 2000; 17 (9): 485-7.
4. Martínez-Pereira I, Charle-Crespo A. Edema simétrico en manos en mujer de 58 años. *Cad Aten Primaria* 2015; 21: 64-5.

5. Alastuey-Giménez C, Ibero-Villa J. Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema o síndrome RS3PE. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40 (5): 320-2. DOI: 10.1016/S0211-139X(05)74876-9
6. Benedí-Sánchez M, Melón-Juncosa M, Amo-Garcés A. Síndrome RS3PE: a propósito de un caso. *Medifam* 2002; 12: 406-9.
7. Cantini F, Salvarani C, Olivieri I. Paraneoplastic remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. *Clin Exp Rheumatol* 1999; 17 (6): 741-4.
8. Sibilia J, Friess S, Schaeveerbeke T, Maloisel F, Bertin P, Goichot B, et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE): a form of paraneoplastic polyarthritis? *J Rheumatol* 1999; 26 (1): 115-20.
9. Olivo D, D'Amore M, Lacava R, Rossi MG, Gareri P, Fiorentini C, et al. Benign edematous polysynovitis in the elderly (RS-3PE syndrome). *Clin Exp Rheumatol* 1994; 12 (6): 669-73.
10. Serrano Ostoa B, Alvarez Hernandez E. Remitting symmetric seronegative synovitis with pitting edema (RS3PE). *Reumatol Clin* 2012; 8 (3): 156-7. DOI: 10.1016/j.reu-mae.2011.05.003

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.