



Reumatología clínica en imágenes

Sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fóvea (RS3PE)

Remitting symmetric seronegative synovitis with pitting edema (RS3PE)

Betsabé Serrano Ostoa^a y Everardo Álvarez Hernández^{b,*}

^a Servicio de Reumatología, Hospital General de México, Delegación Cuauhtémoc, México DF, México

^b Servicio de Reumatología, Hospital General de México, México

Caso clínico

Paciente mujer de 47 años, que ingresó por cuadro de un mes de evolución con edema y dolor de manos y pies, así como poliartralgias, mialgias generalizadas y fatiga llevándola a clase funcional IV con signos vitales normales. En la exploración física se apreciaron edema blando, doloroso en los miembros pélvicos, hasta el tercio medio, y edema de manos con fóvea en el dorso y limitación para la prensión, con sinovitis importante (fig. 1).



Figura 1. Edema de manos con fóvea, sinovitis e incapacidad para cerrar el puño.

Diagnóstico y evolución

Se inició tratamiento con diuréticos y antiinflamatorios no esteroideos, disminuyendo el edema de miembros pélvicos, pero persistió con artralgias, sinovitis y edema de manos con fóvea.

En los exámenes de laboratorio se demostró anemia con hemoglobina de 10,2 g/dl, normocítica, normocrómica; VSG de 55 mm/h, proteína C reactiva de 12,5 mg/dl; factor reumatoide y ANA negativos. En las radiografías de manos solo se observó aumento de tejidos blandos; la radiografía de tórax fue normal.

Se diagnosticó sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fóvea (RS3PE) iniciando tratamiento con prednisona 15 mg al día durante 6 semanas y posterior esquema de reducción, egresándose a los 3 días con mejoría del cuadro. A los 6 meses, se presentó a consulta de seguimiento con mejoría importante y sin edema ni sinovitis de manos (fig. 2).



Figura 2. Recuperación 6 meses después del tratamiento con prednisona.

Discusión

El RS3PE es una sinovitis simétrica de instalación rápida, con edema con fóvea en el dorso de las manos, sin destrucción articular y ausencia de factor reumatoide, con predominio en hombres mayores de 50 años¹⁻⁶. Suele responder adecuadamente al uso de glucocorticoides. Se utiliza el término sinovitis por la polisinovitis simétrica de articulaciones y vainas flexoras digitales asociada a edema. La etiología es desconocida pero Olivieri et al. sugieren que

la tenosinovitis de los extensores puede ser el origen del edema subcutáneo y peritendinoso⁵. El síndrome es raro y a menudo no diagnosticado; los signos y síntomas son comúnmente confundidos con otras poliartritis seronegativas^{6,7}. Habitualmente, tiene un curso benigno hacia la remisión pero en algunos casos se ha asociado a neoplasias y alteraciones hematológicas⁶⁻⁸. En este caso, llama la atención que se presentó en una mujer menor de 50 años, aunque el cuadro clínico y la respuesta al tratamiento apoyan el diagnóstico.

Responsabilidades Éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: everalvh@yahoo.com.mx (E. Álvarez Hernández).

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Bibliografía

1. McCarty DJ, O'Duffy JD, Pearson L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema: RS3PE syndrome. *JAMA*. 1985;254:2763–7.
2. Bucaloiu ID, Oleginski TP, Harrington TM. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema syndrome in a rural tertiary care practice: a retrospective analysis. *Mayo Clinic Proc*. 2007;82:1510–5.
3. Kundu AK. Syndrome of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting o edema (RS3PE). *J Assoc Physicians India*. 2007;55:227–30.
4. Russell EB, Hunter JB, Pearson L, McCarty DJ. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema—13 additional cases. *J Rheumatol*. 1990;17:633–9.
5. Olivieri I, Salvarani C, Cantini F. RS3PE syndrome: an overview. *Clin Exp Rheumatol*. 2000;18 Suppl. 20:S53–5.
6. Olivé A, Del Blanco J, Pons M, Vaquero M, Tena X. The clinical spectrum of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. *J Rheumatol*. 1997;24:333–6.
7. Schaeffer T, Fatout E, Marcé S, Vernhes JP, Hallé O, Antoine JF, et al. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema: disease or syndrome? *Ann Rheum Dis*. 1995;54:681–4.
8. Sekhon L. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. *JAAPA*. 2010;23:38–43.