

RS3PE con afectación cardiológica

Sr. Director: Desde que en 1985 McCarthy et al¹ describieran un nuevo síndrome consistente en sinovitis simétrica seronegativa recurrente y edema con fovea al que denominaron RS3PE, existe mucha controversia, ya que algunos autores consideran que es un síndrome con entidad propia y características diferenciadoras², otros defienden que se trata de la forma de presentación inicial de algunas enfermedades como la artritis reumatoide o la polimialgia reumática, entre otras.

Se han publicado casos de RS3PE asociados a tumores sólidos, procesos hematológicos malignos³ y algunas enfermedades autoinmunitarias sistémicas como el síndrome de Sjögren, la sarcoidosis o la arteritis de células gigantes.

La presencia de manifestaciones cardiológicas no se ha descrito previamente (búsqueda bibliográfica en Medline: 1985-2005; palabras clave: *RS3PE; syndrome; pericardial effusion*). Se presenta el caso de una paciente con síndrome de RS3PE con derrame pericárdico.

Mujer de 76 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que acudió al servicio de urgencias por edemas progresivos en ambas piernas; 10 días antes había sido valorada por edema en la pierna derecha, y se descartó una trombosis venosa profunda mediante eco-Doppler. En la anamnesis refería dolor y tumefacción de ambos carpos y rodillas de un mes de evolución, con impotencia funcional, rigidez matutina de menos de una hora de duración y dolor centrotorácico de características atípicas. No refería xeroftalmia, xerostomía, aftas, lesiones cutáneas ni otros datos sugerentes de lupus eritematoso sistémico (LES); tampoco refería clínica cardiológica.

La exploración física puso de manifiesto artritis en carpos y rodillas y edemas con fovea en los miembros inferiores y en el dorso de las manos, dolor en ambas muñecas y limitación de su flexoextensión. En el hemograma destacaba una hemoglobina de 10,2 g/l de características normocromas y normocíticas, así como una velocidad de sedimentación globular (VSG) de 108 en la primera hora; en la bioquímica plasmática sólo destacaba una elevación de la troponina I de 1,05 ng/ml (valor normal [VN]: 0-0,50) y una proteína C reactiva (PCR) de 9,20 mg/dl (VN: 0-0,80). La radiografía de tórax y el electrocardiograma fueron normales. La radiografía de manos y rodillas fue normal. El ecocardiograma evidenció un ventrículo izquierdo con hipertrofia septo-basal y un derrame pericárdico moderado. La determinación del factor reumatoideo (nefelometría), los marcadores tumorales, el proteinograma, las inmuno-

globulinas, los factores del complemento, los ANA (sustrato HEp2), ENA, HLA B27 y las hormonas tiroideas fueron normales o negativos. Se realizó una biopsia de la arteria temporal que únicamente mostró cambios arterioscleróticos. Se realizaron una tomografía computarizada abdominopélvica con contraste por vía intravenosa, una nueva eco-Doppler de miembros inferiores y una endoscopia digestiva alta que fueron normales, así como un enema opaco en el que se observaron algunos divertículos. El estudio cardiológico, tanto el Holter-ECG, la ergometría como el estudio de perfusión miocárdica, fue rigurosamente normal.

Al ingreso se instauró tratamiento con 30 mg/día de prednisona con mejoría espectacular del cuadro, desaparición de los edemas, la artritis y el derrame pericárdico, así como normalización de los valores de PCR, VSG y troponina I.

El síndrome RS3PE, también conocido como polisinovitis benigna edematosa del anciano⁴, es una entidad de etiopatogenia desconocida; en principio se relacionó con el HLA B27 y la interleucina-6, pero no confirmado posteriormente⁵.

Es frecuente en varones y generalmente se presenta en pacientes de más de 60 años y se caracteriza por una polisinovitis simétrica seronegativa y recurrente acompañada de edema con fovea, como en el caso que presentamos, el cual cumple los criterios diagnósticos de Olivo y Mattace⁶. Puede manifestarse como síndrome aislado o ser la primera manifestación de un síndrome paraneoplásico asociado a tumores sólidos como tumores renales⁷, carcinoma prostático⁸, cáncer gástrico, de colon, y de páncreas, entre otros, enfermedades hematológicas tales como linfoma no Hodgkin⁹, mieloma múltiple o leucemia linfocítica crónica. En el paciente presentado no se encontraron datos que orientasen a ninguna de estas afecciones. Asimismo se han observado casos relacionados con enfermedades reumáticas y/o sistémicas como polimialgia reumática, síndrome de Sjögren¹⁰ y sarcoidosis¹¹.

El tratamiento del síndrome RS3PE se basa en la administración de glucocorticoides a dosis bajas (15-20 mg/día de prednisona)¹², teniendo especial importancia la respuesta a éste durante los primeros días de tratamiento. Diversos autores sugieren que aquellos casos presentados por Pair et al¹³ que respondieron inicialmente al tratamiento con corticoides tuvieron remisión completa y mantenida del cuadro durante el período de seguimiento realizado (4 años), mientras que los casos que no respondieron se asociaron a enfermedad neoplásica. Es interesante observar que los casos asociados a enfermedad maligna de base y que no responden a corticoides sí lo hacen a la curación o extirpación del tumor; es fundamental el seguimiento del paciente ya que una recidiva del RS3PE generalmente se acompaña de una reactivación del tumor de base.

Nuestro caso nos parece especialmente interesante al no haberse descrito en la literatura médica casos de RS3PE con afectación cardiológica.

Ismael Francisco Aomar Millán^a, Estibaliz Iglesias Jiménez^b,
Laura Pérez Fernández^c, Andrés Ruiz Sancho^a
y José Luis Callejas Rubio^a

^aMedicina Interna A.

Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Granada. España.

^bReumatología. Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Granada. España.

^cUnidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Hospital Clínico San Cecilio de Granada. Granada. España.

Bibliografía

1. Mc Arthy DJ, O'Duffy JD, Pearson L, Hunter JB. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema. RS3PE syndrome. *JAMA*. 1985;254:2763-7.
2. Queiro R. RS3PE syndrome: a clinical and immunogenetical study. *Rheumatol Int*. 2004;24:103-5.
3. Olivé A, Del Blanco J, Pons M, Vaquero M, Tena X. The clinical spectrum of remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema. The Catalan group for the study of RS3PE. *J Rheumatol*. 1997;24:333-6.
4. Olivo D, Dámore M, Lacava R, Rossi MG, Gareri P, et al. Benign edematous polysynovitis in the elderly (RS3PE syndrome). *Clin Exp Rheumatol*. 1994;12:669-73.
5. Pease C, Bhakta B. RS3PE syndrome: the relation with HLA B27. *Ann Rheum Dis*. 2000;59:239-40.
6. Olivo D, Mattace R. Concurrence of benign oedematous polysynovitis in the elderly (RS3PE) and endometrial adenocarcinoma. *Scand J Rheumatol*. 1997;26:67-8.
7. Juncadella E, Ramentol M, Rozadilla A, Ferre J. Síndrome RS3PE asociado a tumor renal. *Med Clin (Barc)*. 2003;121:638-9.
8. Tunc S, Arslan C, Ayvacioglu N, Sahin M, et al. Paraneoplastic remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema (RS3PE syndrome), a report of two cases and a review of the literature. *Rheumatol Int*. 2004;24:234-7.
9. Gisserot O, Crémades S, Landais C, Leyral G, Bernard P, et al. RS3PE revealing recurrent Non-Hodking lymphoma. *Joint Bone Spine*. 2004;71:424-6.
10. Choi Y, Sheen D, Lee Y, Lee E, Song Y. Sjögren syndrome presenting as remitting seronegative simetric synovitis with pitting edema (RS3PE). *J Korean Med Sci*. 2003;18:606-6084.
11. Matsuda M, Sakurai K, Fushimi T, Yamamoto k, Rokuhara S, et al. Sarcoidosis with high serum levels of vascular endothelial growth factor (VEGF) showing RS3PE syndrome. *Clin Rheumatol*. 2004;23:246-8.
12. Kamath S, Hassel AB. Management of inflammatory arthritis in the older person. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2003;13:283-96.
13. Pair S, Graf, Roverano S, Rossini J. Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting oedema: study of 12 cases. *Clin Rheumatol*. 2002;21:146-9.