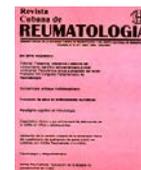


Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVII, Número 3; 2015 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu



ESTUDIO DE CASOS

Osteoartropatía hipertrófica. Más allá de un caso

Hypertrophic osteoarthropathy. Beyond a case

Yosniel Benitez Falero^I, Arellys de Armas Hernandez^{II}, Yarelis de Armas Hernandez^{III}, Roilandys Peñate Delgado^{III}, Yudeisis Hernández Beltrán^{VI}, Ediesky Solis Cartas^V

^I MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral, Residente de 3er año de Oncología Clínica. Centro Oncológico Provincial de Pinar del Rio III Congreso, Universidad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna, Pinar del Rio, Cuba.

^{II} MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral, Residente de 3er año de Reumatología. Centro de Reumatología. Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. Facultad de Ciencias Médicas 10 de Octubre. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Universidad de Ciencias Médicas Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna, Pinar del Rio, Cuba.

^{IV} Ingeniera en Sistemas Informáticos. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

^V Licenciado en Ciencias de la Computación. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Chimborazo, Ecuador.

RESUMEN

La osteoartropatía hipertrófica es un síndrome caracterizado por una proliferación excesiva de la piel y los huesos en las partes más distales de las extremidades, deformidad bulbosa en las puntas de los dedos conocida como hipocratismo digital o dedos en palillo de tambor, proliferación del periostio de los huesos tubulares y derrames sinoviales. De forma general es una afección poco frecuente y puede ser secundaria a múltiples padecimientos dentro de los que juegan un papel fundamental las afecciones pulmonares, y dentro de estas las de origen tumoral. En este trabajo se presenta el caso de un paciente masculino de 64 años con diagnóstico de osteoartropatía hipertrófica teniendo como base un Carcinoma de células escamosas de pulmón.

Palabras clave: osteoartropatía hipertrófica, carcinoma de células escamosas de pulmón.

ABSTRACT

The hypertrophic osteoarthropathy is a syndrome characterized by an excessive proliferation of the skin and the bones in the parts more distal of the extremities, bulbous deformity in the tips of the fingers known as finger clubbing or fingers in drum toothpick, proliferation of the periostic of the tubular bones and spill sinovial. In a general way it is a not very frequent affection and it can be secondary to multiple sufferings inside those that play a fundamental paper the lung affections, and inside these those of origin

tumoral. In this work the case of a 64 year-old masculine patient is presented with diagnostic of hypertrophic osteoarthropathy having like base a Squamous cell lung carcinoma.

Keywords: hypertrophic osteoarthropathy, squamous cell lung carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Múltiples son las afecciones reumáticas que presentan manifestaciones sistémicas, como múltiples son también las afecciones generales que presentan manifestaciones reumáticas, es por ello que es de vital importancia llevar a cabo un minucioso interrogatorio y exquisito examen físico para poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial y llegar entonces al diagnóstico definitivo que presenta el paciente.

Sin embargo este proceso se muestra sumamente difícil en algunas oportunidades y una de ellas es cuando estamos frente a un paciente con posible diagnóstico de osteoartropatía hipertrófica (OH).^{1,2}

La OH es un síndrome caracterizado por una proliferación excesiva de la piel y los huesos en las partes más distales de las extremidades, deformidad bulbosa en las puntas de los dedos, hipocratismo digital o como dedos en palillo de tambor, proliferación del periostio de los huesos tubulares y derrames sinoviales.^{1,3}

El hipocratismo digital o dedos en palillos de tambor es uno de los signo clínico más antiguo de la medicina, descrito por Hipócrates, padre de la Medicina, en el año 400 a.C.. Los estudios paleopatológicos han mostrado que esta entidad es muy antigua, encontrando cambios típicos de OH en restos esqueléticos prehispánicos que datan de la era hipocrática. Con el advenimiento de la radiología, Bamberger (1889) y Marie (1890) pudieron reconocer el síndrome completo.^{1,3,4}

Además de los humanos, la OH afecta también otros mamíferos superiores. La literatura veterinaria contiene descripciones de OH en diversos tipos de animales, en los cuales el síndrome aparece como respuesta a las mismas enfermedades internas que las descritas en los humanos.⁵

Esta afección se clasifica en primaria o secundaria según su origen. Varias son las causas que pueden originarlas, se citan causas locales como aneurismas, arteritis infecciosas, hemiplejias y persistencia del conducto arterioso entre otras. Las causas generalizadas son más extensas e incluyen afecciones pulmonares, cardiovasculares, hepáticas, mediastinales, endocrinometabólicas y del sistema digestivo, pero sin duda alguna dentro de todos estos sistemas de órganos el lugar predominante lo ocupan las afecciones tumorales.^{1,6,7}

Es por esto que ante un paciente con manifestaciones compatibles con una OH, debemos encaminar nuestro interrogatorio, examen físico y medios diagnósticos hacia la búsqueda activa de afecciones de origen neoplásico las cuales ocupan un papel primordial en la etiopatogenia de esta afección.^{8,9}

Teniendo en cuenta que la OH es una afección poco frecuente, que las enfermedades neoplásicas son la primera causa de muerte en Cuba y la estrecha concordancia entre estas dos entidades, publicamos este caso por la importancia que reviste identificar su relación una vez que se presenten sus manifestaciones clínicas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Historia de la enfermedad de la enfermedad actual

Paciente de 64 años de edad de la raza blanca y sexo masculino con antecedentes patológicos personales de haber presentado en el año 1999 un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado de laringe por lo que recibió tratamiento con radioterapia y después se realizó laringectomía; se mantiene en seguimiento con enfermedad controlada. En enero del 2014 llega a consulta del Centro Oncológico Provincial de Pinar del Río III Congreso refiriendo dolores articulares con escasos signos inflamatorios más acentuados en muñeca y tobillo. Al examen físico se constata, en esa fecha, además de los discretos signos inflamatorios un engrosamiento de los dedos de las manos con ensanchamiento de las falanges distales e incurvación de las uñas en vidrio de reloj, solicitando interconsulta con servicio de reumatología llegándose al diagnóstico de una OH y se comienza tratamiento con AINES, analgésicos y esteroides con discreta mejoría clínica hasta septiembre del año 2014 que acude a consulta por presentar hemoptisis revalorado el caso y llegando al diagnóstico histológico de carcinoma de células escamosas de pulmón estadiándose como T3 N2 M0 etapa clínica IIIA. Recibe tratamiento con quimioterapia con esquema de carboplatino-etopósido recibiendo un total de 4 ciclos y radioterapia curativa sobre lecho tumoral y área ganglionar recibiendo un total de 70 Gy.

Datos positivos al examen físico.

Manos: engrosamiento de los dedos con ensanchamiento de las manos, uñas en vidrio de reloj, aumento del índice carpiano. [Figura 1]

Muñecas: dolorosas a la movilización, discreto aumento de la temperatura local

Tobillo derecho: doloroso a la movilización con aumento de la temperatura y dolor a la digitopresión en canal retromaleolar interno.

Figura 1. Engrosamiento distal de los dedos, uñas en vidrio de reloj.



Datos positivos en resultados de los complementarios:

- Hemoglobina: 10.9 gm/L
- Velocidad de sedimentación globular (VSG): 46 mm/h
- Leucograma: 6,3 x 10⁹/L
- Transaminasa glutámico pirúvica (TGP): 18 U/I
- Transaminasa glutámico oxalacética (TGO): 15 U/I
- Creatinina: 86 mmol/L
- Urea: 3,2 mmol/L
- Acido Úrico: 416 mmol/L
- Fosfatasa alcalina: 458 mmol/L
- Resto de complementario dentro de parámetros normales.
- Factor Reumatoide: Negativo
- Proteína C reactiva (PCR): 24 mg/L

Estudios imagenológicos:

- Ultrasonido Abdominal: negativo
- Rayos X de Tórax postero-anterior: Gran masa tumoral que se acompaña de atelectasia lobal
- Rayos X de Tórax lateral: Masa tumoral con tendencia a la infiltración posterior.
- Tomografía axial computarizada de pulmón: Masa tumoral de 72 milímetros de diámetro mayor, que se encuentra a menos de 2 cm de la carina sin llegar a comprometerla. Múltiples adenopatía subcarinales la mayor de 23 milímetros de diámetro mayor.

- Rayos X de ambas manos y muñecas antero-posterior: engrosamiento de la cortical del cúbito y el radio, aumento volumen a nivel de articulaciones interfalángicas distales. [Figura 2]

Figura 2. Engrosamiento cortical del cúbito y radio, aumento volumen a nivel de articulaciones interfalángicas distales.



DISCUSIÓN

La OH secundaria a una enfermedad subyacente, a pesar de ser una enfermedad rara, es mucho más frecuente que la forma primaria. Las acropaquias son más frecuentes que el síndrome completo de OH en los pacientes con enfermedades asociadas, destacando la deformidad bulbar de los dedos, [Figura 1] el aumento de volumen de las partes blandas y la presencia de uñas en vidrio de reloj.¹⁰

La afección perióstica de las porciones distales de las extremidades puede producir dolor urente o profundo que puede llegar a ser muy incapacitante, se agrava con las posiciones en declive y se alivia al elevar los miembros afectados.¹⁰⁻¹²

El mecanismo por el cual se producen las lesiones óseas es aún desconocido. Se trata de buscar una hipótesis unificadora en este sentido. Hoy se conoce que la mayoría de las enfermedades asociadas a la OH tienen en común una alteración de la función pulmonar la cual juega un papel central en el desarrollo de la misma.^{1,3,13,14}

Estudios reciente apuntan al crecimiento del endotelio vascular como factor responsable de la OH.¹³⁻¹⁵

Los pacientes también pueden experimentar dolor articular, con más frecuencia en los tobillos, las muñecas y las rodillas. Puede haber derrame articular, que suele ser escaso y de naturaleza no inflamatoria.^{11,14}

La radiografía de tórax convencional sigue siendo hoy en día el examen radiológico más frecuentemente realizado, no sólo se utiliza como método diagnóstico ante todo paciente con enfermedad cardiopulmonar sospechada o establecida, además de ser la técnica de rutina en los pacientes con síntomas generales inespecíficos, presentando una buena relación coste-rendimiento y en muchos casos, más útil que otros métodos frecuentemente utilizados, en este caso fue de significativa importancia para orientar al diagnóstico definitivo del paciente.^{1-3,12-14}

CONCLUSIONES

Paciente con diagnóstico anterior de carcinoma escamoso medianamente diferenciado de laringe, ha cursado con síntomas generales, presencia de dolor y discretos signos inflamatorios que interesan muñecas y tobillos, con signos y síntomas que incluyen engrosamiento de las manos, aumento de tejido blando, deformidad bulbar de los dedos y uñas en vidrio de reloj al cual se llega al diagnóstico de OH secundaria a carcinoma de células escamosas de pulmón, por lo que se concluye que las manifestaciones reumáticas que presentaba este paciente no son más que expresión del síndrome paraneoplásico que nos ocupa, lo que reafirma el concepto de que siempre tenemos que sospechar la presencia de afecciones malignas en el curso de esta afección.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón Segovia D. *Tratado hispanoamericano de Reumatología, volumen II*, Bogotá: Ed. Nomos S.A; 2006.
2. Solis-Cartas U, Torres-Carballeira R, de-Armas-Hernandez A, Garcia-Gonzalez V. Dolor óseo como forma de presentación de un mieloma múltiple. *Rev Cubana de Reumatol [Internet]*. 2014 [citado 2014 Mar 4];16(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/357>
3. Harrison. *Principios de medicina interna (14.a ed.)*, volumen I. Madrid: Ed. Mc Graw-Hill Interamericana; 1998.
4. Arthritis Foundation. *Compendio de las enfermedades reumáticas. (10.a ed.)*. Barcelona: Ed. Marketing Trends; 1993.
5. García A, Martínez-Lavín M. La osteoartropatía hipertrófica de los animales. *Rev Mex Reumatol*. 1989;4:146-8.
6. Yao Q, Altman RD, Brahn E. Periostitis and hypertrophic pulmonary osteoarthropathy: report of 2 cases and review of the literature. *Semin Arthritis Rheum*. 2009; 38:458.
7. Cordoves-Quintana S, Suárez-González M, Solis-Cartas U, Caballero-González M, Muñoz-Balbín M. Hallazgos de artropatía inflamatoria en pacientes con psoriasis. *Rev Cubana de Reumatol [Internet]*. 2015 [citado 2015 May 23];17(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/401>
8. Solis-Cartas U, De-Armas-Hernández A, Amador-García D. Queratitis Herpética y Dermatopolimiositis, una asociación peligrosa. *Rev Cubana de Reumatol [Internet]*. 2014 [citado 2015 May 16];16(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/300>
9. Milera-Rodríguez J, Solis-Cartas U, Gil-Armenteros R, Guanche-Hernández M. Artropatía de Charcot y Osteomielitis en un paciente diabético. *Rev Cubana de Reumatol [Internet]*. 2014 [citado 2015 Jul 3]; 16(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/326>
10. Ceña García JI, Soler Carbó M, Gancedo Martínez J, Baldoma Heras N, Llobet Zubiaga JM. Osteoartropatía hipertrófica como forma de neoplasia pulmonar. *Servicio de Reumatología. Hospital de Sant Pau. Barcelona*. 2011;27(2):2-5.
11. Vazquez-Abad D, Martínez-Lavín M. Macro-thrombocytes in the peripheral circulation of patients with cardiogenic hypertrophic osteoarthropathy. *Clin Exp Rheumatol* 1991;9:59-62.
12. Martínez-Lavín M. Digital clubbing and hypertrophic osteoarthropathy: a unifying hypothesis. *J Rheumatol*. 1987;14:6-8.
13. Ito T, Goto K, Yoh K, et al. Hypertrophic pulmonary osteoarthropathy as a paraneoplastic manifestation of lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2010;5:976.
14. Dickinson CJ, Martin JF. Megakaryocytes and platelet clumps as the cause of finger clubbing. *Lancet* 1987;2:1434-5.
15. Slobodin G, Rosner I, Feld J, et al. Pamidronate treatment in rheumatology practice: a comprehensive review. *Clin Rheumatol*. 2009;28:1359.

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 20 de julio de 2015

Aprobado: 28 de agosto de 2015

Publicado: 30 de septiembre de 2015

Autor de la correspondencia: Dr. *Yosniel Benítez Falero*. Email: darmas@princesa.pri.sld.cu

Centro Oncológico Provincial de Pinar del Río III Congreso. Pinar del Río, Cuba.