

PACIENTE CON DOLOR SIMÉTRICO EN TOBILLOS Y MUÑECAS Y GINECOMASTIA

E. GONZÁLEZ-REIMERS^a, M.J. SÁNCHEZ-PÉREZ^a, A. GONZÁLEZ-DÍAZ^b,
E. MARTÍN PONCE^a, F. SANTOLARIA-FERNÁNDEZ^a Y A. BONILLA
ARJONA^c

SERVICIOS DE ^aMEDICINA INTERNA, ^bMEDICINA NUCLEAR Y
^cRADIODIAGNÓSTICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO. TENERIFE.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón, de 67 años de edad, sin hábitos tóxicos, que acude a nuestro centro refiriendo una historia de 6-8 meses de evolución de dolor en ambas regiones maleolares y muñecas, de predominio nocturno, que se extiende en sentido proximal a lo largo de la cresta tibial. Manifiesta que también hace unos 6-8 meses comenzó con hinchazón de ambas mamas y dolor en ambas mamilas. La exploración física al ingreso era normal, salvo por una discreta ginecomastia dolorosa y ausencia de vello corporal a excepción del área suprapúbica, adoptando aquí una distribución ginecoide. Había dolor a la palpación en ambos maléolos, muñecas y crestas tibiales, áreas que estaban ligeramente edematosas y eritematosas; además, presentaba arañas vasculares aisladas en el área del escote. La analítica general practicada al ingreso (hemograma, transaminasas, glucemia, nitrógeno ureico [BUN], protrombina) era normal. Una ecografía abdominal mostró un hígado y un bazo normales y ausencia de adenopatías u otras lesiones. El estradiol era de 53,70 pg/ml, es decir, normal.

En la radiografía de tórax practicada al ingreso se observó una condensación redondeada en la base pulmonar izquierda (fig. 1).

Se realizó una radiografía de muñecas y tobillos que fue normal, y una gammagrafía ósea con Tc99m HMDP, que mostró un aumento acusado del depósito del radiomarcador en ambas muñecas y tibias, compatible con osteoartropatía hipertrófica (fig. 2). Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de tórax que descubrió un segundo nódulo en el vértice pulmonar izquierdo (fig. 3). Se realizó punción con aguja fina y estudio citológico, que demostró la presencia de un adeno-

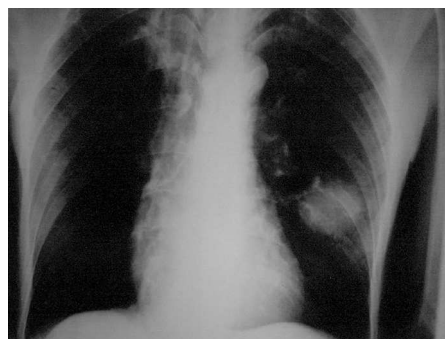


Fig. 1. Radiografía de tórax que revela masa redondeada en campo medio pulmonar izquierdo.

carcinoma. El dolor periarticular cedió con paracetamol en dosis de 1.500 mg/día.

COMENTARIOS

Este paciente presentaba una neoplasia pulmonar con una metástasis en el pulmón contralateral, acompañado de mani-

festaciones clínicas compatibles con osteoartropatía hipertrófica. Si bien algunos rasgos clínicos (arañas vasculares, ginecomastia, ausencia de vello corporal) podrían sugerir una hepatopatía subyacente, la ausencia del antecedente de alcoholismo, los hallazgos ecográficos y la absoluta normalidad de las pruebas funcionales hepáticas permiten descartar esa sospecha. Una de las manifestaciones paraneoplásicas de los tumores pulmonares incluye al engrosamiento perióstico difuso, periostitis u osteoartropatía pérmica hipertrófica^{1,2}, que afecta habitualmente a tobillos y muñecas, configurando en algunos casos, como es el nuestro, un cuadro clínico que remeda la artrosis, incluso la artritis reumatoide^{3,4}. Se ha descrito también esta entidad, rara vez, en otras neoplasias no pulmonares como neoplasias esofágicas o rhabdomyosarcoma, así como en procesos



Fig. 2. Gammagrafía con Tc99m HMDP que muestra hipercaptación difusa del radiotrazador, especialmente intensa en ambas tibias.



Fig. 3. La tomografía axial computarizada mostró un segundo nódulo espiculado en vértice izquierdo.

benignos pulmonares, como empiema, bronquiectasias y fibrosis quística; en cardiopatías congénitas cianogénicas; en hepatopatías⁵, y en enfermos afectados de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana⁶. En algunos casos el engrosamiento perióstico no es visible en la radiografía, pero sí es puesto de manifiesto por la gammagrafía con tecnecio, como en este caso. Es interesante reseñar que también se han descrito casos de ginecomastia dolorosa en pacientes con neoplasia pulmonar⁷, como en el caso aquí presentado,

que suelen cursar con estradiol elevado (que justificaría la ginecomastia, la ausencia de vello corporal y la distribución ginecoide del vello pubiano, y las arañas vasculares). Aunque en la mayoría de los casos no se ha encontrado un mecanismo patogénico que explique la aparición de osteoartropatía hipertrófica en neoplasias, algunos han encontrado una excesiva producción ectópica de diversas hormonas, sobre todo de hormona del crecimiento⁸ o de factor endotelial de crecimiento⁹. Lo cierto es que la lesión suele desaparecer una vez controlado el tumor causal, aunque en ocasiones, como en nuestro caso, el tratamiento con paracetamol puede lograr la remisión de los síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albrecht S, Keller A. Postchemotherapeutic reversibility of hypertrophic osteoarthropathy in a patient with bronchogenic adenocarcinoma. *Clin Nucl Med* 2003;28:463-6.
2. Kurzrock R, Cohen PR. Cutaneous paraneoplastic syndromes in solid tumors. *Am J Med* 1995;99:662-71.
3. Brooks PM. Rheumatic manifestations of neoplasia. *Curr Opin Rheumatol* 1992;4:90-3.
4. Naschitz JE, Rosner I, Rozenbaum M, Zuckerman E, Yeshurun D. Rheumatic syndromes: clues to occult neoplasia. *Semin Arthritis Rheum* 1999;29:43-55.
5. Epstein O, Ajdukiewicz AB, Dick R, Sherlock S. Hypertrophic hepatic osteoarthropathy. Clinical, roentgenologic, biochemical, hormonal and cardiorespiratory studies, and review of the literature. *Am J Med* 1979;67:88-97.
6. Márquez J, Restrepo CS, Candia L, Berman A, Espinoza LR. Human immunodeficiency virus-associated rheumatic disorders in the HAART era. *J Rheumatol* 2004;31:741-6.
7. Suárez Ortega S, Carvajal Ledezma J, Franco Cebrián J, Lorente Cruz A. Osteoartropatía hipertrófica, ginecomastia y arañas vasculares en relación con producción aumentada de estrógenos como manifestación inicial de carcinoma epidermoide pulmonar. *Rev Clin Esp* 1990;187:372-4.
8. Uchisako H, Suga K, Tanaka N, Nishigauchi K, Matsumoto T, Matsunaga N, et al. Bone scintigraphy in growth hormone-secreting pulmonary cancer and hypertrophic osteoarthropathy. *J Nucl Med* 1995;36:822-5.
9. Abe Y, Kurita S, Ohkubo Y, Usui H, Hashizume T, Nakamura M, et al. A case of pulmonary adenocarcinoma associated with hypertrophic osteoarthropathy due to vascular endothelial growth factor. *Anticancer Res* 2002;22:3485-88.