

Síndrome paraneoplásico: a propósito de dos casos

Yolanda Sánchez Díaz-Aldagalán^a, Lara Arbizu Sastre^b, Marjorie Issela Hernandez Lopez^c
y Félix Fernández Suárez^d

^a Médico Interno Residente de 4º año. Centro de salud Joaquín Elizalde. Logroño (España).

^b Médico Interno Residente de 1º año. Centro de salud Joaquín Elizalde. Logroño (España).

^c Médico Interno Residente de 3º año. Centro de salud Joaquín Elizalde. Logroño (España).

^d Médico Especialista Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Joaquín Elizalde. Logroño (España).

Correspondencia:

Yolanda Sánchez Díaz-Aldagalán. Centro de Salud Joaquín Elizalde. C/ San Millán. CP 26004. La Rioja. Logroño (España).

Correo electrónico:

yosady15@hotmail.com

Recibido el 4 de febrero de 2016.
Aceptado para su publicación el 15 de abril de 2016.

Este artículo de Revista Clínica de Medicina de Familia se encuentra disponible bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional (by-nc-nd).



RESUMEN

El dolor poliarticular es muy frecuente en la consulta diaria del médico de Atención Primaria. El diagnóstico de la patología articular es fundamentalmente clínico y la anamnesis es la herramienta diagnóstica más importante de la que disponemos. Algunos de estos casos pueden ser la manifestación reumática de algún tipo de cáncer y su curso clínico habitualmente es paralelo al del tumor

PALABRAS CLAVE: Síndrome paraneoplásico. Polimialgia reumática. Poliartralgia.

ABSTRACT

Paraneoplastic syndrome: report of two cases.

Polyarticular pain is very common in the daily practice of primary care physicians. The diagnosis of the articular pathology is fundamentally clinical and the anamnesis is the most important diagnostic tool we have. Some of these cases can be the rheumatic manifestation of some type of cancer and their clinical course is usually parallel to the tumor.

KEY WORDS: Paraneoplastic syndrome. Polymyalgia rheumatic. Polyarthralgia.

INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de dos varones, uno de 72 años y otro de 32, diagnosticados de un tumor de próstata y de un linfoma de Hodgkin respectivamente, que debutaron ambos como un cuadro sugestivo de origen articular. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico¹ y, en ocasiones, estos casos pueden ser la manifestación reumática de algún tipo de cáncer, mostrando un curso clínico paralelo al del tumor².

OBSERVACIONES CLINICAS

CASO CLÍNICO 1

Varón de 72 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, adenoma de próstata y polipectomía de colon en 2010, en tratamiento con insulina glargina. Acude a la consulta por un cuadro de pérdida de fuerza y dolor agudo simétrico en las ingles, al que se añade posteriormente dolor en ambos hombros, de unas tres semanas de evolución. En la exploración física se comprueba la presencia de debilidad proximal de cinturas escapular y pelviana. Con la sospecha de polimialgia reumática se solicita una analítica con reactantes de fase aguda y se inicia corticoterapia vía oral (prednisona 30 mg/día), esperando una respuesta inicial rápida e importante. En la analítica se aprecia PCR de 141 mg/dl (normal 0-10 mg/dl) y VSG 12 mm (normal 0-20 mm/1h) con bioquímica, hormonas tiroideas y hemograma normales, salvo cierta leucocitosis con neutrofilia.

Una semana después del inicio del tratamiento con corticoides, se observa una respuesta favorable pero incompleta. El paciente mantiene buen estado

general y apetito, si bien comenta pérdida de peso. Refiere también empeoramiento de los niveles de glucemia, sobre todo con hiperglucemias postprandiales. Como hemos comentado se trata de un paciente diabético insulino dependiente al que hemos pautado corticoterapia. Es importante realizar un control glucémico en este tipo de pacientes. Añadimos por tanto, al tratamiento insulina de acción rápida (insulina aspart). La hiperglucemia superior a 200 mg/dl es una situación frecuente cuando se utilizan dosis medias-altas de corticoides, en pacientes con diabetes previa conocida y en los que desarrollan diabetes esteroidea. La insulina suele ser el tratamiento de elección en la hiperglucemia inducida por glucocorticoides por razones de eficacia y seguridad³.

Ante las dudas diagnósticas y la respuesta incompleta, se realiza un nuevo estudio analítico para valorar evolución de los reactantes de fase aguda. En este persiste PCR elevada (60 mg/dl) y se objetiva también una anemia normocítica. Dados los antecedentes de hiperplasia benigna de próstata, se completa el estudio con un análisis sistemático y sedimento de orina, urocultivo y PSA, que resulta de 12,87 (previo de un año anterior 6,3), por lo que se sospecha de un posible síndrome paraneoplásico. En el tacto rectal se aprecia aumento de la próstata, dolorosa al tacto con un nódulo palpable en lóbulo derecho. Se remite al paciente al servicio de urología para valoración, donde se realiza una biopsia prostática que confirma el diagnóstico de adenocarcinoma, compatible con un grado VI de Gleason (3+3), y estudio de extensión con gammagrafía ósea y RMN prostática, sin lesiones secundarias. Se inicia un tratamiento con hormonoterapia y posterior radioterapia, con buena respuesta de la clínica inicial del paciente. Ante los hallazgos encontrados, se considera que se trata de un síndrome paraneoplásico, asociado al tumor de próstata en este caso.

CASO CLÍNICO 2

Varón de 32 años, natural de Pakistán, sin antecedentes personales de interés, que acude a la consulta por dolor e inflamación en cara interna del tobillo izquierdo al que se ha añadido dolor también en el pie derecho, predominantemente en la zona interna del tobillo. La dificultad para la marcha le llevó a acudir previamente al servicio de urgencias, en donde se objetivó fiebre de 38,1°C y en la analítica solicitada en dicho servicio se observan reactantes de fase aguda elevados (PCR 116 y leu-

cocitosis). Puede resultar de interés que el paciente realizase un viaje a su país de origen un mes antes. En la exploración física presenta edema en zona de maléolo interno, con eritema y aumento de temperatura a la palpación. Tras tratamiento con antiinflamatorios (ibuprofeno 600 mg) durante una semana, presenta cierta mejoría del dolor del tobillo aunque ha aparecido inflamación en articulación interfalángica del primer dedo del pie izquierdo y dolor en otras articulaciones de la mano (metacarpofalángicas de segundo y tercer dedos de la mano izquierda), sin signos inflamatorios en la exploración de estas últimas. Mantiene buen estado general. En la analítica de control que se solicita persisten elevados los reactantes de fase aguda (PCR 87, VSG 57) y se objetivan anemia y alteraciones en la autoinmunidad (ANA 2,61 y anticuerpos antinucleares 1/160) y ácido úrico 8,1. Este cuadro, poliartritis migratoria recurrente junto con erupción cutánea, sugiere una posible artritis reactiva, por lo que se remite al servicio de reumatología de cara a considerar la etiología del cuadro y el posible tratamiento. Tras la valoración realizada por el reumatólogo, se diagnostica de artritis gotosa. Los antecedentes de monoartritis recurrente pueden apuntar hacia el diagnóstico anteriormente mencionado. No obstante, ante un cuadro de poliartritis aguda, en principio es poco sugestivo que se trate de una artritis microcristalina. Se pauta tratamiento con colchicina y alopurinol, sin mejoría posterior de los síntomas iniciales. El paciente refiere además empeoramiento de su estado general con sudoración y pérdida de peso de unos 20 Kg desde el inicio del cuadro, sin pérdida de apetito ni otra sintomatología en la anamnesis por aparatos. Además, persisten los dolores articulares migratorios sin signos inflamatorios. Ante dicho empeoramiento, se solicita un nuevo control analítico en el que se objetiva empeoramiento de la anemia hipocrómica-microcítica (Hb 10,3 g/dl) y los reactantes de fase aguda permanecen también elevados (PCR 127 mg/l, ferritina 412 mg/ml). El estudio serológico para VIH, Lyme, *Mycoplasma*, *Coxiella*, *Chlamydia* y Parvovirus B19 es negativo. Se comenta el caso con el Servicio de Infecciosas que deciden ingresar al paciente para realizar distintas pruebas complementarias con el objetivo de clarificar la causa de dicho cuadro. Así se realizan una gastroscopia y una colonoscopia como estudio de la anemia, sin encontrarse hallazgos de interés y un TAC tóraco-abdominal y pélvico en el que se observan adenopatías en mediastino superior que tras completar el estudio de extensión con la realización de un PET Oncológico, son sugestivas de un proceso linfoproliferativo. Dichas adenopatías se biopsian y el

estudio anatomopatológico confirma que se trata de un linfoma de Hodgkin. Actualmente el paciente ha iniciado el tratamiento quimioterápico con buena respuesta a la clínica inicial.

DISCUSIÓN

El dolor poliarticular es un síntoma muy frecuente en la consulta diaria del médico de Atención Primaria. El diagnóstico de la patología articular es fundamentalmente clínico¹ y la anamnesis es la herramienta diagnóstica más importante de la que disponemos.

El síndrome que simula una polimialgia reumática puede ser la forma de presentación de una neoplasia⁴. Las artritis paraneoplásicas son, en general, entidades raras, pero su presencia es un auténtico reto diagnóstico. Ante la sospecha clínica, el médico deberá investigar y valorar los factores de riesgo de neoplasia del paciente (antecedentes familiares y personales de neoplasia, exposición a agentes carcinógenos o tratamientos inmunosupresores, la presencia de una enfermedad reumática de larga evolución...), la resistencia del cuadro articular al tratamiento con antiinflamatorios y corticoides y, de forma muy especial, la presencia de otra sintomatología clínica paraneoplásica acompañante⁵. Así, las características que indicaron la presencia de otra condición en nuestro paciente del caso 1, fueron la mala evolución a pesar del tratamiento con esteroides y la pérdida de peso inexplicable ya que la polimialgia reumática se caracteriza por una respuesta espectacular a los corticoides⁶. La VSG se utiliza no sólo para el diagnóstico, sino también para monitorizar la actividad de la enfer-

medad. Debe prestarse una atención especial en los pacientes en que la VSG empieza a aumentar o se mantiene persistentemente elevada durante el tratamiento; esto podría significar que estamos en presencia de otra afección⁴. Es difícil diferenciar los síndromes reumáticos idiopáticos de los que se originan por un cáncer. La detección precoz del cáncer permite el tratamiento adecuado y mejor pronóstico⁷ ya que el síndrome paraneoplásico reumático es paralelo al cáncer y el tratamiento del tumor implica también la mejoría del síndrome, lo que hemos podido comprobar en nuestro paciente del caso 2. Aunque no siempre es así y la recurrencia de la neoplasia puede llevar a la reaparición de los síntomas⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sangüesa Gómez C, Méndez Perles C, García-Magallón B. Protocolo diagnóstico de la poliartritis crónica. *Medicine*. 2013;11(30):1874-8.
2. González Naranjo LA. Síndromes reumáticos paraneoplásicos. *Iatreia*. 2011; 24(1):65-75.
3. Saigí I, Pérez A. Manejo de la hiperglucemia inducida por corticoides. *Rev Clin Esp*. 2010; 210 (8): 397-403.
4. Ceccatoa F, Uña C, Regidor M, Rillo O, Babini S y Paira S. Enfermedades que simulan polimialgia reumática. *Reumatol Clin*. 2011;7(3):156-160.
5. Urruticoechea A, Horcada L, Delgado C, García-López F, Prats E, Tarancón C, Armas C. Varón con neoplasia de pulmón metastatizada y síndrome paraneoplásico múltiple. *Rev Esp Reumatol* 2003;30(1):23-26.
6. López Higuera MJ, Alonso Santos B, Saníger Herrea JM. Polimialgia reumática y artritis reumatoide. *FMC*. 2005;12(5):303-7.
7. Gracia-Ramos AE, Vera Lastra OL. Síndromes reumáticos paraneoplásicos. *Revista Alergia México* 2012;59 (2):72-78.