

PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Osteomalacia inducida por tumor

Tumor-induced osteomalacia

Mario Andrés Quintana Duque¹, Adriana Varela Nariño², Federico Rondón³,
José Félix Restrepo⁴, Antonio Iglesias Gamarra⁴

Resumen

La osteomalacia inducida por tumor es un síndrome paraneoplásico secundario en la mayoría de los casos a tumores de origen mesenquimal. Se caracteriza por pérdida aumentada de fosfato a nivel urinario por el efecto inhibitorio que ejerce el factor de crecimiento fibroblástico 23 sobre el transporte de fósforo en el túbulo renal proximal. Debe sospecharse en un paciente con debilidad y dolor osteomuscular generalizado que se presente con hipofosfatemia, normocalcemia, fosfatasa alcalina elevada y niveles de 25 hidroxivitamina D y PTH normales. El tratamiento definitivo de la enfermedad es la resección quirúrgica del tumor. Cuando se desconozca la neoplasia primaria o no sea posible el tratamiento quirúrgico debe iniciarse reposición de fósforo y calcitriol. En este artículo se presenta el primer caso de una paciente con osteomalacia inducida por tumor asociada a un carcinoma lobulillar infiltrante de seno.

Palabras clave: osteomalacia, hipofosfatemia, 25-hidroxivitamina D, parathormona (PTH).

Summary

The tumor-induced osteomalacia is a paraneoplastic syndrome secondary in most cases to tumors of mesenchymal origin. It is characterized by increased lost of urinary phosphate by the inhibitory effect exerted by the fibroblast growth factor 23 on phosphorus transport in the proximal renal tubule. Should be suspected in a patient with weakness and generalized muscle in addition to hypophosphatemia, normocalcemia, elevated alkaline phosphatase and normal serum 25-hydroxyvitamin D and PTH. The definitive treatment of the disease is surgical resection of the tumor. When the primary tumor is unknown or is not possible the surgical treatment should be initiated replacement of phosphorus and calcitriol. This paper presents the first case of a patient with tumor-induced osteomalacia associated with lobular breast cancer.

Key words: osteomalacia, hypophosphatemia, 25-hydroxyvitamin D, parathormone(PTH).

Introducción

La osteomalacia inducida por tumor (OIT), también conocida como osteomalacia onco-génica, es una entidad rara clasificada dentro del grupo de síndromes paraneoplásicos. Se carac-

teriza por una disminución en la reabsorción de fosfato a nivel tubular, que da lugar a hipofosfatemia marcada, hiperfosfaturia y alteraciones en la mineralización; dichas alteraciones en el metabolismo óseo se constituyen entonces en manifestaciones subyacentes de la presencia de un

1. Residente tercer año Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.
2. Médico Interno. Universidad Nacional de Colombia.
3. Reumatólogo. Profesor Asociado de Medicina Interna y Reumatología. Universidad Nacional de Colombia.

4. Reumatólogo. Profesor Titular de Medicina Interna y Reumatología. Universidad Nacional de Colombia.

Correspondencia: Antonio Iglesias Gamarra: iglesias.antonio1@gmail.com

Recibido: 22 de octubre de 2010.

Aceptado: 6 de diciembre de 2010.

tumor usualmente de origen mesenquimal. En este informe se presenta el caso de una paciente con osteomalacia inducida por un carcinoma lobulillar infiltrante de seno.

Caso clínico

Paciente de 43 años sin antecedentes médicos de importancia que consulta por cuadro de un año de evolución consistente en pérdida de peso no cuantificada y aparición progresiva de masas de en ambos senos. Se ordena mamografía, la cual informa lesiones sospechosas de malignidad por lo cual se decide llevar a estudio histopatológico. El diagnóstico definitivo revela un carcinoma lobulillar infiltrante grado nuclear 1 con compromiso cutáneo. Posterior a la estadificación, es valorada por servicio de oncología, quienes inician quimioterapia con ciclofosfamida, doxorubicina, 5-fluoracilo, dexametasona y programan para mastectomía radical modificada bilateral más vaciamiento ganglionar. De manera concomitante con la aparición del tumor, la paciente refiere dolor osteomuscular generalizado, artralgiyas, debilidad y fatiga; dichos síntomas motivan la remisión al servicio de reumatología. Al momento de la valoración, se palpan masas de consistencia pétrea en mama derecha, sin signos objetivos de compromiso cutáneo y adenopatías axilares de aproximadamente un centímetro. Al examen osteoarticular no se encuentra evidencia de sinovitis, ni dolor a la palpación ar-

ticular. El único hallazgo positivo es ligera disminución de la fuerza muscular a nivel proximal en miembros inferiores.

Se le solicitan estudios en búsqueda de causas metabólicas o asociadas al tumor (metástasis óseas) que expliquen el dolor osteomuscular generalizado. La química sanguínea solicitada inicialmente muestra una anemia leve, con función renal, hepática y tiroidea dentro de límites normales. Reactantes de fase aguda, CPK, ELISA VIH y ANAS negativos (Tabla 1). En la radiografía de columna lumbosacra llama la atención osteopenia en cuerpos vertebrales, sin lesiones metastásicas ni fracturas por aplastamiento. En las de huesos largos y pelvis se observa un marcado adelgazamiento de la cortical (Figuras 1A y 1B). La radiografía de cráneo documentó imagen en sal y pimienta (Figura 2). En ese contexto, se decide ampliar estudios para descartar compromiso tumoral a hueso y evaluar metabolismo mineral óseo, documentándose hipofosfatemia, normocalcemia, fosfatasa alcalina total-ósea y osteocalcina elevadas con niveles de 25(OH)D3 y PTH normales (Tabla 2). La gammagrafía ósea muestra hipercaptación patológica en columna lumbosacra, esternón, cráneo y articulaciones interfalángicas proximales (Figura 3). La densitometría ósea revela osteopenia en columna lumbar y cuello femoral.

Se considera que el cuadro clínico, los resultados del perfil bioquímico y las anomalías

Tabla 1.

Paraclínico	Resultado (Valor de referencia)
Hemoglobina	11,6 (12-18 g/dL)
Leucocitos	6190 (4000-10000)
Plaquetas	296000 (100000-400000)
VSG	10 mm/h (<20 mm/h)
PCR	0,3 mg/dL (<0,6 mg/dL)
Creatinina	0,87 mg/dL (0,3-1,0 mg/dL)
CPK	62 U/mL (24-96 U/mL)
TSH	3,72 mU/L (0,7-4,5 mU/L)
T4 libre	2,01
AST	33 UI/L (0-40 UI/L)
ALT	29 UI/L (0-40 UI/L)
ANAS	1/80 Patrón moteado

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3385591>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3385591>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)