

NODULOS YUXTAARTICULARES

DR. HUMBERTO DÍAZ B.

DR. HERNÁN CORRALES P.

DR. J. ADÁN CUEVA

La siguiente es una observación clínica para discutirla en el seno de la Asociación Médica Hondurena.

M.A.M. de 52 años de edad, casado, labrador, de raza mestiza, nacido y vecindado de San Francisco de La Paz, Departamento de Olancho.

Ingresó al Servicio de Medicina de Hombres del Hospital General San Felipe el 9 de octubre de 1953.

Síntoma principal: dolor en las extremidades y tumoraciones en las articulaciones de las mismas.

Historia de la enfermedad: refiere que hace 4 años (en octubre de 1950) le empezó su enfermedad por dolor en el miembro superior izquierdo y a los pocos días en el inferior del mismo lado, refiriéndolo a los huesos, intenso, permanente, exacerbado por el frío y los movimientos; atenuándose al mantener el brazo en aducción con el codo flexionado y la extremidad inferior en extensión. Al mismo tiempo se presentó tumefacción de las articulaciones del codo y tobillo de ese lado, acompañadas de caracteres flegmáticos locales pero sin síntomas generales. Por todo ésto se vio obligado a guardar cama durante 4 meses: dos por el dolor permanente y los otros dos porque los movimientos de las articulaciones tumefactas le producían mucho dolor a nivel de las mismas. Al reiniciar la marcha estuvo renqueando por un mes, pues el apoyar los talones de los pies en el suelo, originaba intenso dolor irradiado a la cara posterior de las piernas. Después de ésto tuvo un período de aparente normalidad.

Un año después, y también en el mes de octubre, reapareció el dolor con los caracteres señalados, aunque ahora era simultáneo en los miembros del lado izquierdo y el inferior derecho, teniendo que guardar cama durante un mes y medio, acompañado también de tumefacción con caracteres flegmáticos locales de las articulaciones del codo, rodilla y tobillo izquierdos, tobillo derecho y ligeramente la rodilla derecha. Tal tumefacción empezó a desaparecer al reiniciar la marcha, notando entonces la aparición de pequeños nodulos en



Fig. N* 1

Nótese nodulos del tamaño de huevos de paloma en rodillas y región maleolar externa de pierna izquierda.

el codo, región maleolar externa y segundo dedo del pie en el lado izquierdo, y en el primer dedo del pie derecho: en el codo existía una tumoración mayor que las demás, en las otras regiones eran únicas, todas renitentes, movibles sobre los planos profundos y que han crecido poco a poco hasta adquirir el tamaño actual.

Al año siguiente (1952) y en el mes de abril, se presentó nuevamente el dolor de los huesos, en esta ocasión generalizado a las cuatro extremidades y acompañado de tumefacción de las articulaciones afectadas la segunda vez así como la muñeca derecha, siempre con caracteres flemáticos locales y no generales. Permaneció en cama por dos meses al cabo de los cuales le aparecieron dos nodulos en la cara anterior de la rodilla izquierda, otro en la rodilla derecha, uno en la cara dorsal del pie derecho y también uno en la dorsal de la mano derecha. De estos nodulos los de las rodillas eran duros y parecían adheridos al hueso, los otros tenían los caracteres anotados para los que ya existían.



Fig. N° 2 Vista lateral que
revela lesiones en rodilla y
pie izquierdos.

En el mes de agosto del presente año reapareció el dolor por cuarta vez abarcando las cuatro extremidades e incluyendo en esta oportunidad la región lumbar, acompañado de las mismas tumefacciones articulares de la vez anterior; permaneció en cama durante dos meses al cabo de los cuales apareció un nódulo en la región malleolar externa del pie derecho.

En vista de todo esto decidió internarse en el Hospital General San Felipe, siendo ingresado en el servicio de Medicina de Hombres, en donde el 18 de noviembre se inició el dolor de las extremidades con los caracteres señalados, pero se yuguló precozmente con una inyección de Conmel.

Historia pasada: recuerda haber padecido de viruela en la **infancia**, ignora haber sufrido otras enfermedades en esa época. De adulto: paludismo y gripes; refiere que hace 25 años tuvo un flemón en el muslo derecho que fue drenado en el Hospital de Puerto Castilla; hace cinco años le apareció una tumoración sobre la tibia dere-

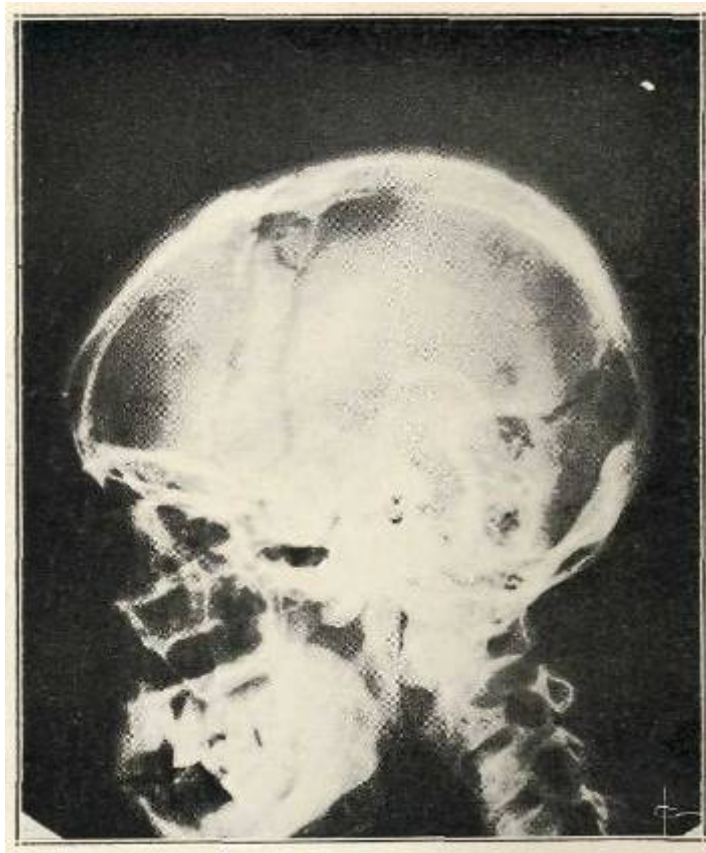


Fig. N* 3

Radiografía de cráneo (lateral) en la que se observan «pequeñas zonas anulares de radiotransparencia discretamente diseminadas en la bóveda».

cha la que se drenó al mes de iniciada, saliendo secreción purulenta. Niega enfermedades venéreas.

Historia familiar: padre murió trágicamente; madre muerta, ignora la causa. Tiene 5 hermanos sanos, 5 muertos, ignora la causa de su fallecimiento. Tiene 7 hijos sanos y 5 muertos de fiebre y ascariasis.

Historia traumática: herida cortante accidental en la región tenar derecha, hace 5 años; drenaje de flemón del muslo derecho.

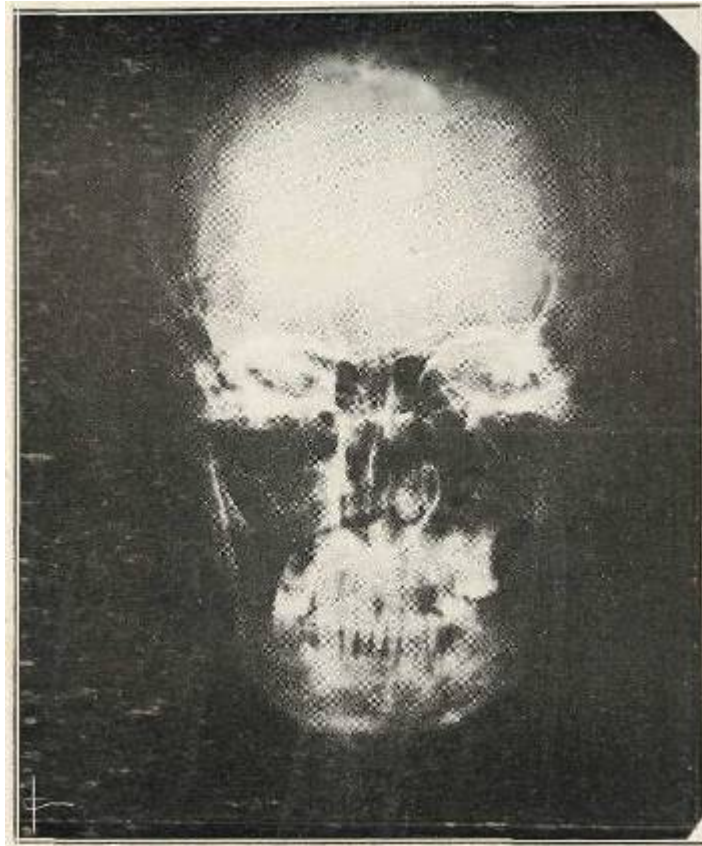


Fig. N° i

Bóveda craneal vista en radiografía de frente en la que se observan también zonas pequeñas de radiotransparencia.

Hábitos: fuma unos tres cigarrillos diarios, mastica tabaco, ingiere bebidas alcohólicas con moderación.

Vida social e historia ecupacional: analfabeta, católico, casado. Trabaja ocho horas diarias como labrador de sus propias tierras, hace un año está imposibilitado para el trabajo. Hace 24 años estuvo en la Costa Norte trabajando para la Compañía Frutera. Al principio como labrador y últimamente como contratista de trasvío, permaneciendo ocho años en ese sector.

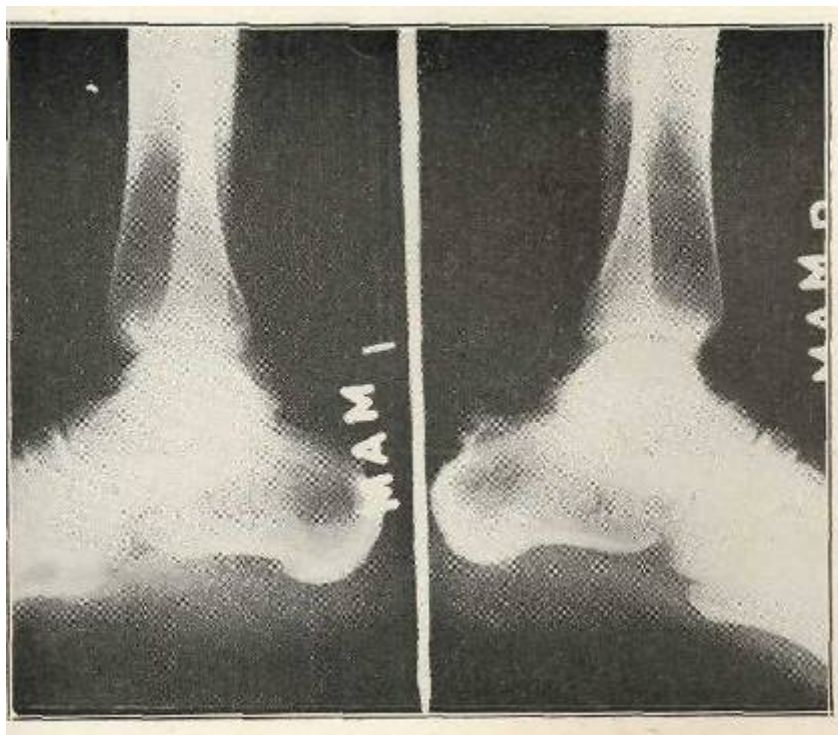


Fig. N° 5

Radiografía de la región tibio astragalina de ambos miembros mostrando «Osteofitos en el aspecto posterior del calcáneo y del astrágalo del pie derecho y en el aspecto posterior del astrágalo izquierdo».

. **Vida sexual:** primer contacto sexual a los quince años; ha vivido acompañado con su señora durante 25 años, con quien se casó el año pasado, habiendo procreado 12 hijos; no da historia de abortos.

Funciones orgánicas generales: Apetito y sed normales. Defeca dos veces en las 24 horas teniendo las deposiciones caracteres normales. Orina 5 o 6 veces al día; la micción y orina tienen caracteres normales. Duerme bien.

HEV2SION DE SÍNTOMAS

Cabeza; 0.
Ojos: 0.
Oídos: 0.
Nariz: 0.

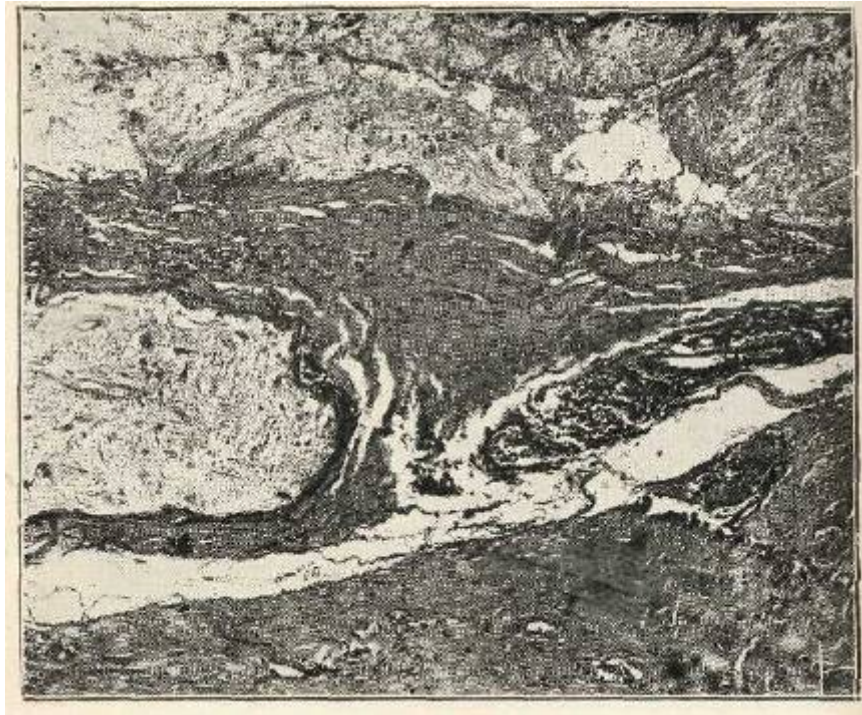


Fig. N° 6

Corte histológico mostrando tejido conectivo abundante y algunas zonas en degeneración grasosa en un nódulo que estaba ligeramente inflamado. Los no inflamados mostraron únicamente tejido conectivo denso.

Boca: 0.
Cardiorespiratorio: 0.
Gastrointestinal: 0.
Genitourinario: 0.
Neuroroscular: 0.
Miembros: lo anotado en la historia.
Piel: 0.
Ganglionar: 0.

EXAMEN FÍSICO

Paciente de buen estado nutricional, con desarrollo físico normal; posición asumida en decúbito o sentada ya que la bipedestación es molesta para el enfermo por el dolor articular. Inteligencia normal, coopera bien al interrogatorio y examen. Marcha dificultosa,



Fig. N° 7

Corte histológico en que se observan células gigantes tipo «cuerpo extraño» en el nódulo reblandecido.

no flexiona bien ambas piernas, especialmente la izquierda; no levanta completamente los pies al dar el paso.

Talla: 1.78 m. Peso: 160 libras. Temperatura: 36.7°.

Cráneo: 0.

Cara: 0.

Ojos: 0.

Oídos: 0.

Nariz: 0.

Boca: faltan varias piezas dentarias, otras están en mal estado; halitosis.

Faringe: 0.

Cuello: 0.

Tórax: normal, tipo respiratorio costo-abdominal; frecuencia respiratoria: 22 por minuto.

Pulmones: 0.

Corazón: normal. Presión arterial: Mx. 140, Mn. 80.

Abdomen: depresible, sin zonas dolorosas.

Bazo: 0.
Hígado: 0.
Riñones: 0.
Genitales externos: 0.
Nervioso: 0.
Piel: Pigmentaciones melánicas pretibiales simétricas.

Miembros

Miembro superior izquierdo:

Codo: en la cara posterior existe una tumoración del tamaño de un limón, nodulosa, dura, fija a los planos profundos, libre de los superficiales.

Miembro inferior izquierdo:

Rodilla: sobre la tuberosidad anterior de la tibia se nota una tumoración bilobulada, del tamaño de una ciruela, sin caracteres flegmáticos locales, de consistencia dura, aparentemente adherida al hueso y libre de los planos superficiales. En la cara externa de esta articulación existe un nódulo renitente, del tamaño de un nance grande, sin caracteres flegmáticos y movable sobre los planos profundo y superficial.

Pie: sobre el maléolo externo existe un nódulo del tamaño de una ciruela pequeña, sin caracteres flegmáticos, renitente en su parte más prominente y duro en su base, la que parece estar adherida al hueso. En el segundo dedo existe una tumoración pequeña y renitente que parece formar cuerpo con la articulación de la primera con la segunda falange.

Miembro superior derecho:

Hombro: sobre el tercio externo de la clavícula existe un nódulo del tamaño de un nance, movable sobre los planos superficiales y profundos, sin caracteres flegmáticos.

Mano: en su cara dorsal existe pequeño nódulo sobre el segundo metacarpiano y próximo a la muñeca, renitente y movable.

Miembro inferior derecho:

Muslo: en el tercio inferior existe una tumoración por debajo del cuádriceps, dura, del tamaño de un limón grande y fácilmente movable.

Rodilla: sobre la tuberosidad anterior de la tibia se nota un nódulo del tamaño de una ciruela pequeña, dura y aparentemente adherida al hueso.

Pie: sobre la cara dorsal del cuarto metatarsiano y en la proximidad de la articulación con el cuarto dedo existe un nódulo pequeño, renitente y movable. En la articulación de la primera con la segunda falange del primer dedo se observa otro nódulo pequeño, renitente y doloroso.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS**Orina:**

Examen ísico-químico. Color: amarillo intenso; olor: suigéneris; aspecto: ligeramente turbio; sedimentos: flocculentos escasos; reacción: ligeramente acida; densidad: 1021; glucosa: negativo; albúmina: trazas; pigmentos biliares: negativo.

Examen microscópico.—Células: escamosas, leucocitos; pus: escasas células.

Heces fecales: quistes de histolítica y strongyloides estercoralis.

Sangre:

Recuento celular—G.R.: 3.190.000; G.B.: 6.400; N.: 22%; L.: 78%.

Eritrosedimentación: 13 mm. en 60 minutos.

Reacción de Kahn: negativo.

Líquido célalo-raquídeo:

Recuento celular: 6 células por milímetro cúbico.

Reacción de Kahn: positivo más uno. V.D.R.L.:

débilmente positivo.

Radiografías:

Radiografía de cráneo.—Se observan pequeñas zonas anulares de radiotransparencia discretamente diseminadas en la bóveda; dichas zonas dan la impresión de quistes, pero también se observan con la misma característica radiográfica en otros procesos patológicos tales como metástasis carcinomatosas y mieloides múltiples. El diagnóstico diferencial es del dominio del anatomopatólogo.

Radiografía de las manos.—No se observa patología ósea.

Radiografía de la columna lumbar.—Cambios hipertróficos (osteofitos) en las últimas vértebras lumbares. Impresión: osteoartritis.

Radiografía del codo izquierdo.—No se observa patología ósea.

Radiografía de las articulaciones tibio-femorales de ambos miembros.—No se observa patología ósea.

Radiografía de las articulaciones tibio-astragalina de ambos miembros.—Osteofitos en el aspecto posterior del calcáneo y del astrágalo del pie derecho y en el aspecto posterior del astrágalo izquierdo.

Radiografía de la columna dorsal.—No se observa patología, ósea.

Estudio histo-patológico.—Informe: reblandecimiento de tejido colágeno. ¿Lúes? (Se envió uno de los nodulos yuxtaarticulares).

INSTITUTO NACIONAL AUTÓNOMO DE HONDURAS

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS Y SERVICIOS DE INFORMACIÓN

REVISTA NACIONAL DE MEDICINA

REVISTA NACIONAL DE MEDICINA

El Dr. Hernán Corrales P.

Por

Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.

Las referencias bibliográficas sobre nodulos yuxtaarticulares en la bibliografía mundial son relativamente escasas, así Stokes, Beerman e Inghram (Tratado de sifilología clínica moderna. Salvat editores, S. A., Madrid, 1949) conceden unas pocas líneas al asunto y manifiestan que muchos casos de nodulos yuxtaarticulares son de origen sifilítico (sífilis tardía).

Simons (Hand book of tropical dermatology, Elsevier Publishing Company. New York, 1952. Pag. N° 286, vol. 1) establece que la lesión que aparece más alejadamente del período infeccioso del pian corresponde a los nodulos yuxtaarticulares y a la hipertrofia de la bolsa prepatelar. Los nodulos yuxtaarticulares pueden ocurrir también en la artritis reumatoidea, afirma el mismo autor.

El Profesor J. Gay Prieto (Dermatología y venereología. Editorial científico médico, Madrid, 1952. Tomo I, Pag. N° 311) dice textualmente: «Las nudosidades yuxtaarticulares de Lutz y Jeanselme son unos nodulos fibrosos, duros, del tamaño de un garbanzo al de un huevo pequeño de gallina, de forma redondeada, cubierta por piel de apariencia normal, que se encuentra, sobre todo, en la cara de extensión de codos y rodillas, a veces también sobre los bordes óseos del cubito y tibia. Estas nudosidades persisten años enteros sin modificarse; a veces se reblandecen, fistulizan y ulceran; histológicamente están formados por tejido fibroso.

Frecuentemente son debidas al pian, pero también puede originarlas el treponema de la sífilis. Los enfermos suelen tener serología positiva, y las nudosidades desaparecen con tratamiento salvarsánico».

Los nodulos yuxtaarticulares de este paciente han permanecido sin modificación durante los últimos meses, la piel que los cubre es normal, son indoloros, del tamaño de un huevo pequeño de gallina, con visible preferencia por las articulaciones de rodillas y codos. Histológicamente se encontraron signos de reblandecimiento dentro de un tejido conectivo; y si bien había células gigantes de tipo cuerpo extraño, no nos sorprende puesto que se trataría verosímilmente de una reacción a la irritación provocada por el reblandecimiento.

En una palabra, el cuadro que hemos trazado se superpone perfectamente bien a las descripciones clásicas.

Nosotros descartamos una artritis reumatoidea, a pesar de que los dolores articulares apoyarían aquel diagnóstico, porque en nuestro paciente hay signos radiológicos que corresponden mucho más a la sífilis tardía del sistema óseo, tales como las rarefacciones óseas de la bóveda craneana que es clásicamente admitido como signo de sífilis ósea tardía (siempre que se descarten, desde luego, otras afecciones óseas como el mieloma múltiple, quistes, etc.) Las reacciones hiperplásticas del hueso en los calcáneos y astrágalos, y las «perios-

tiús paralelas» muy discretas en las tibias, apoyan más el diagnóstico de sífilis que el de artritis reumatoidea.

No podría hacerse ninguna diferenciación entre los nodulos yuxtaarticulares de la sífilis y los del pian, desde luego, sino a base de los antecedentes o de otras secuelas del secundarismo o terciarismo del pian. A menos que haya futuras comunicaciones de la existencia de pian en nuestro país, continuaremos pensando que nuestro caso es de origen sifilítico.

No 'debe sorprendernos el hecho de que la serología por sífilis en nuestro paciente haya sido negativa, pues sabemos que un porcentaje determinado de sifilíticos tardíos muestran serologías negativas. Pero había una reacción positiva de Kahn más uno en el L.C.R. y el V.D.R.L. débilmente positivo en el mismo.

Otras afecciones, tales como periarteritis nudosa, linfoblastomas, sarcomas, etc., han sido descartadas por el estudio histopatológico.

RESUMEN

Los autores exponen la observación clínica de un paciente adulto que ostenta tumoraciones agrupadas yuxtaarticularmente.

Proyectan fotograbados de las lesiones macroscópicas, microscópicas y radiológicas de los huesos.

Se hace la interpretación, haciendo una breve revisión de la literatura sobre nodulos yuxtaarticulares, y establecen el diagnóstico de: «Nodulos yuxtaarticulares por sífilis tardía».

DISCUSIÓN

Dr. Carlos A. Bendaña.—Está de acuerdo en la dificultad para establecer el diagnóstico diferencial entre los nodulos yuxtaarticulares de la sífilis y del pian. Preguntó al Dr. Cueva hasta dónde llega la posibilidad de inoculación a animales en esta clase de lesiones.

Dr. José Gómez Másquez G.—Refirió dos casos de nodulos yuxtaarticulares de su propia observación en donde la naturaleza luética no quedaba en duda. Preguntó al Dr. H. Corrales si en estas lesiones traería alguna luz el estudio al campo oscuro.

Dr. Víctor Arrivillaga.—Está de acuerdo en el origen luético de los nodulos yuxtaarticulares en el caso presentado, y supone que por ignorancia de ciertos pacientes pasan desapercibidos los síntomas de secundarismo luético.

Dr. C. Antonio Delgado.—Duda del origen luético de las lesiones en el caso presentado, por la poca positividad serológica que el paciente tenía, e hizo ver la gran utilidad que hubiera prestado la reacción de Lange y una biopsia de las lesiones óseas. Hizo notar también, la posibilidad de que se tratara de una reticuloendoteliosis.

Dr. J. Adán Cueva.—Contesta que la reticuloendoteliosis tienen una histopatología típica; que no fue posible hacer una biopsia de las lesiones óseas por las dificultades del enfermo para permanecer el necesario tiempo interno en el Hospital General; dijo también que es muy escasa la utilidad que en este caso hubiese dado la inoculación a animales de las lesiones nodulares, pues en ellas y ya con procesos de reblandecimiento, no hay posibilidades de inoculación.

Dr. Hernán Corrales C.—La investigación de espiroquetas por el campo oscuro no da ningún resultado que ayude al diagnóstico, pues ya en este período tales lesiones no tienen espiroquetas.

Dr. Humberto Díaz B.—Cierra la discusión diciendo que ha presentado este caso porque cree que es un cuadro relativamente raro y que se presta a un saludable ejercicio clínico. Cuando llamó para cooperar con él a los Drs. H. Corrales y Cueva, ya había planteado en su servicio el Diagnóstico de Nodulos Yuxtaarticulares. Presenta el número de la «Revista Médica Hondurena» en que había publicado hace varios años un caso análogo al presente con el diagnóstico de nodulos yuxtaarticulares en el cual los antecedentes y la serología sífilítica eran muy concluyentes. No se terminó de tratar al paciente porque abandonó el servicio intempestivamente.