

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

MANIFESTACIONES REUMATICAS DE NEOPLASIA

Presentación de las principales manifestaciones reumáticas
en 90 casos con diagnóstico de enfermedad neoplásica;
Estudio prospectivo realizado en el Hospital General San
Juan de Dios; de Abril - Agosto de 1984.

BYRON WALDEMAR CROCKER LOPEZ

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 1984

INDICE

	Págs.
INTRODUCCION	1
DEFINICION DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACION	5
OBJETIVOS	7
REVISION BIBLIOGRAFICA	9
MATERIAL Y METODOS	17
PRESENTACION DE RESULTADOS	19
ANALISIS DE RESULTADOS	33
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	43
RESUMEN	45
BIBLIOGRAFIA	47
APENDICE	53

INTRODUCCION

La enfermedad neoplásica es un proceso en el cual el grado de involucro y extensión orgánica conducen a una afección multisistémica que determinará su curso. Consecuentemente su tratamiento y pronóstico dependerá de una interpretación temprana y adecuada de las manifestaciones y síntomas que los pacientes presenten en lo individual, sintomatología que incluye, entre otras, a la afección reumática.

El presente estudio espera estimular el interés clínico en la búsqueda y diagnóstico de la enfermedad neoplásica a través de manifestaciones reumáticas; para lo cual se efectuó el estudio en forma prospectiva, analizando 90 casos diagnosticados con enfermedad neoplásica y determinar por historia o hallazgos clínicos, radiológicos y de laboratorio la presencia de sintomatología reumática.

Así mismo, proporcionar la información en lo referente a dichas manifestaciones reumáticas, lo cual permitirá un mejor conocimiento de esta interrelación.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

La enfermedad neoplásica tiene múltiples presentaciones clínicas que van desde las manifestaciones locales causadas por la presencia de la masa tumoral hasta manifestaciones que ocurren a distancia provocados por implantes metastásicos. En ocasiones se presentan una serie de síntomas y signos que se catalogan como paraneoplásicos y que son mediados por sustancias hormonales que producen tumores o por mecanismos todavía desconocidos; tal es el caso de hipercalcemia sec. a Mieloma; Osteoartropatía hipertrófica sec. a Carcinoma pulmonar; Necrosis Grasa subcutánea sec. a Carcinoma de Páncreas.

Se ha reportado con cierta frecuencia las manifestaciones reumáticas que pueden ocurrir en pacientes con cáncer; en algunos casos la misma antecede al diagnóstico de la neoplasia, a veces es concomitante y también puede ocurrir después que la neoplasia ha sido diagnosticada y tratada.

No siendo los problemas reumáticos muy específicos y presentándose distintas enfermedades de la colagena y del sistema músculo esquelético con similares síntomas, es a veces difícil en ocasiones diferenciar entre lo que es una enfermedad reumática pura y una neoplasia con manifestación reumática. Varios ejemplos pueden ser utilizados para demostrar este aspecto, tales como; Osteoesclerosis Vertebral en enfermedad de Hodgking; erosiones subcondrales, artropatía, osteoporosis y fracturas vertebrales en Mieloma Múltiple; y la ocurrencia de gota en Leucemia silentes.

La presentación de una neoplasia con polimialgia reumática en el anciano no es infrecuente y en esta, co

mo en la poliartritis asociada a cáncer, se ha postulado la formación y depósito de complejos inmunes en vasos sanguíneos del tejido conectivo y sinovia como su posible causa.

El problema se plantea en la importancia de reconocer las manifestaciones reumáticas que ocurren en la neoplasia ya que su identificación permitirá reconocer más prontamente el proceso tumoral subyacente; relación que hasta el momento no ha sido estudiada en nuestro medio.

Basado en todo lo anterior nos llevó a la investigación prospectiva de 90 casos con diagnóstico de enfermedad neoplásica, tratando de ser lo más representativo posible al distribuirlos equitativamente en 3 grandes grupos siendo:

1. Procesos mielo-linfoproliferativos.
2. Neoplasias Ginecológicas.
3. Neoplasias Sistema Gastro Intestinal

Estableciendo así la existencia de historia, presentación inicial o actual de manifestación reumática, lo que nos proporcionó datos de la frecuencia de las principales manifestaciones clínicas y parámetros de utilidad futura, que se deberán tener presentes en la práctica médica.

JUSTIFICACION

En recientes años se ha incrementado la atención a la relación que existe entre ciertos síndromes de enfermedades reumáticas y neoplásia. Algunos de estos síndromes clínicos proveen tempranamente al médico a buscar malignidad oculta en un estadio en el cual el tumor puede ser tratable. En otros pacientes la enfermedad primaria o metastásica enmascarada como Polimialgia reumática o ciática, retrasan el diagnóstico, con pobres resultados por mala dirección de la terapia.

Considerando que la manifestación reumática no es específica; se efectuó el estudio de 90 pacientes con diagnóstico diverso de neoplasia y se busco en ellos la historia o presencia de sintomatología reumática.

Pretendiendo contribuir con esta investigación a que el médico no se limite prematuramente a un solo diagnóstico, sino que reconozca que las neoplasias pueden presentarse como síndromes reumáticos.

Haciendo ver así la importancia del conocimiento de dicha interrelación; por parte del médico, hara que redunde en beneficio del paciente y de su enfermedad.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar la frecuencia de manifestaciones reumáticas, en un grupo de 90 pacientes con diversos tipos de neoplásia, analizando dicha presentación por anamnesis hasta 1 año antes del diagnóstico; y como por examen físico u observación radiológica en áreas osteoarticulares.

MANIFESTACIONES REUMATICAS DE NEOPLASIA

1. Osteoartropatía Hipertrófica:

La osteoartropatía Hipertrófica puede ser secundaria a diversas enfermedades sistémicas, pero la malignidad intratorácica primaria es la causa más frecuente - (12,14), este síndrome es ocasionado tanto por metástasis pulmonares como por tumores extratorácicos. El proceso se asocia con un incremento de células infiltrativas en áreas digitales, y de huesos largos, con edema del periostio, así como la nueva formación de matriz osteoide.

Con el apareamiento de periostitis hay edema principalmente en tejido conectivo cerca de las articulaciones interfalángicas distales, las uñas llegan a tomar aspecto convexo con secciones lineales que las cruzan desde su base. El eritema periungueal, el dolor local y la contractura articular que frecuentemente ocurre; imita grandemente a la Artritis Reumatoide. El diagnóstico diferencial se hace demostrando que el líquido articular no es inflamatorio; el factor Reumatoideo, erosión osea o nódulos están ausentes; los rayos X típicamente mostrarán la mineralización del periostio con separación del hueso subyacente (4, 15, 26).

Casi siempre el acortamiento de la vida del tumor con radiación o quimioterapia, lleva a la resolución de la artropatía, contrariamente la recurrencia tumoral lleva a exacerbación de los síndromes esqueléticos. - (4,9,15)

2. Polimialgía Reumática:

La clásica polimialgia reumática o crónica, se caracteriza por dolor muscular y articular en áreas pélvicas y escapulares acompañadas de severa rigidez matutina que ocurre en ancianos o individuos mayores de 60 años; en algunos casos hay asociación con artritis temporal.

El único dato anormal de laboratorio es el aumento de la V/S, la que disminuye por tratamiento de corticoterapia la que deberá ser continuada por 2 a 4 años.

La Polimialgia se distingue de la Polimiositis, por sus síntomas sin mayor debilidad muscular y a la presencia de enzimas musculares, electromiograma o biopsia muscular normales (1,3). La asociación de Polimialgia Reumática con malignidad, se ha documentado ya que se reportan casos (1, 3, 9) con síntomas iniciales de Polimialgia que preceden a Carcinoma de estomago. Diversos autores (14, 37) han visto misma relación de polimialgia en tres casos neoplásicos; Ca. de cérvix, estomago y recto con tiempo de apareamiento de 3 a 5 años luego de iniciar con Polimialgia. Calvey (10) describe; 3 casos que inicialmente se mostraron con una franca polimialgia reumática; que posteriormente progreso con alteraciones del sensorio en miembros superiores dando un franco deterioro lo que obligó a buscar otras causas, encontrándose así con diagnóstico neoplásico de Hepatocarcinoma.

Dieppe (12) describe el seguimiento de 6 casos - diagnosticados como polimialgia reumática; presentando 4 pacientes (65%) con enfermedad maligna, siendo todos de sexo masculino y con edad promedio de 55 años; mismos pacientes que venían recibiendo tratamiento esteroideo por aproximadamente 18 a 22 meses.

3. Artritis causada por Metastasis:

Algunos desórdenes reumáticos han sido asociados con enfermedad maligna (4), pero la artritis metastásica extendida es rara, la neoplasia metastásica de rodilla es poco frecuente y su presentación es mono articular, siendo descrito este tipo asociado a carcinomas - Pulmonares (17), así como la localización de focos metastásicos que dan presentación de fracturas patológicas, a nivel de tibias (13). En igual forma la artritis de cadera y hombros por malignidad ha sido observada (27), en casos que desarrollaron sobre todo Carcinomas Retículo-endoteliales, diagnosticados entre 3-16 semanas de inicio artralgico, tratados únicamente con anti-inflamatorios no esteroideos.

En el Melanoma Maligno se ha observado manifestaciones clínicas de piel con compromiso articular (24), por lo que manifestaciones esqueléticas de esta enfermedad se han reportado con variable frecuencia; ya que de un estudio (24), de 1600 pacientes con Melanoma Maligno, el 7% desarrollaron síntomas de enfermedad articular; y en estudios post-mortem se reportó metástasis en el 40 a 50% de estos mismos pacientes; llamando la atención la observación de células tumorales infiltradas en tejidos articulares, esto causa depósitos malignos en tejidos adyacentes produciendo inflamación sinovial que involucran la reacción de dicha membrana, con cambios tardíos de Osteolisis, destrucción cortical y lesiones de esclerosis; hallazgos ya observados a rayos X. Los mecanismos de metástasis para el Melanoma son ignorados, pero se sabe que es de los más rápidos y el tiempo de apareamiento es de meses a 1 año lo que va en favor de que el tumor primario de metástasis a áreas yuxta-articulares con rápido desarrollo de tumor Sinovial secundario (24); mismos cambios radiológicos de osteoporosis y osteolisis se han observado en carcinomas

endometriales, en diversos estadios, dando metástasis a regiones oseas adyacentes lo que produce un cuadro reumático (5).

4. Poliartritis Carcinomatosa:

Mckenzie (26), reporta en su estudio de 10 casos - de poliartitis Carcinomatosa, desarrolladas en promedio de 6 a 10 años, notando que 7 pacientes en quienes se controló el tumor, presentaron completa remisión de los síntomas articulares; los otros 3 presentaron tumor recurrente con comitante exacerbación de cuadros artríticos.

Posteriormente Bennth (6), hace la misma observación en pacientes que inicialmente se les había diagnosticado y catalogado como Artritis Reumatoide, dándoles tratamiento específico al cual no tuvieron respuesta, por lo que al re-evaluar los casos descubre 2 pacientes con tumores ováricos; Histológicamente Adenocarcinomas pobremente diferenciados; 1 de estos pacientes muere, y la otra paciente continúa luego de la resección quirúrgica por 5-6 semanas con episodios articulares inflamatorios; mostrando un 2-4% de asociación maligna en su serie, (3).

Otros autores describen (16), la rápida artropatía Reumática progresiva, principalmente en pacientes de sexo femenino, que se caracteriza por remisiones y exacerbaciones a lo que se agrega cuadros febriles, lo que es incomún su presentación en Artritis Reumatoide, con cuadros de trastornos gastrointestinales; lo que llevó a descubrir Carcinoma de Colon y Gástrico, posterior a su resección mejoran ambos pacientes de su cuadro artrítico (16).

5. Artritis Asociada a Leucemias:

El dolor articular y Oseo son manifestaciones comunes de Leucemia Aguda, especialmente cuando ocurre durante la niñez, esta presentación clínica inicialmente puede simular Fiebre Reumática o Artritis Reumatoide Juvenil (11, 21). En el 4% de los adultos que adquieren Leucemia Aguda tienen predominantemente síntomas osteoarticulares de presentación asimétrica y mono-articulares, con predominio de afección de miembros inferiores o columna Dorsolumbar, y de huesos largos; el dolor es intermitente, con pesantes y recidivancias; la causa es por la infiltración Leucémica de tejido Sinovial y yuxta-articulares lo que causa la artritis y la efusión sinovial; las anomalías radiológicas fundadas en aproximadamente el 25% de los casos incluyen; Lesiones Osteolíticas, Osteoporosis, osteoesclerosis y bandas radiolucientes adyacentes a la fusión epifisiaria (20, 23, 30). El tratamiento de la Leucemia se acompaña de resolución de la artralgia; aunque ocasionalmente esta artritis - puede responder a drogas anti-inflamatorias, lo que con lleva a un retraso del verdadero diagnóstico de fondo (19, 21, 28, 36).

Asi mismo Isemberg y colaboradores (20), estudian a 62 pacientes con Leucemia Crónica, notando una incidencia de 12,4% (8 pacientes) que presentaron artritis, siendo aquí más simétrica y poliarticular, lo que hace radiológicamente difícil el diagnóstico diferencial con artritis Reumatoide. Mismas revisiones descubren casos de células Leucémicas "B" asociadas a vasculitis con compromiso permanente articular, pudiendo ser asimétrica-oligo articulares o franca artritis; lo que ha hecho pensar, que estas células "B" neoplásicas causan un incremento anormal de inmunoglobulinas y subsecuentemente complejos inmunes que median la vasculitis y reactividad articular (20, 29).

También las células "T" Leucémicas han sido asociadas a artropatías crónicas, presentando nódulos simétricos, mono-o-poliartritis seronegativas que involucra tejido sinovial y piel presentes en el 13% de los pacientes con Leucemias Crónicas (30, 35).

6. Lumbalgia y Osteoporosis:

En los Linfomas, las células Reticulares primarias de Sarcoma Oseo simulan Bursitis, en algunos pacientes involucra comunmente extremidades inferiores y superiores; o bien presentarse como artritis mono articular con dolor constante y edema local, usualmente en los primeros meses de la enfermedad.

La enfermedad de Hodgkins; comunmente involucra a la columna vertebral en áreas dorso-lumbares, siendo el dolor oseo apreciado a intervalos ocasionales, antes de la aparición anormal a rayos X de: Osteolisis mixta y lesiones osteoescleróticas con erosión del margen anterior de los cuerpos vertebrales, que es característico de esta enfermedad; los síntomas pueden ser de localización intercapsular, en ocasiones de cuello y tórax anterior, dolor que se aumenta al ingerir alcohol (23, 25, 30, 36).

En el Mieloma Múltiple hay diseminación de las células plasmáticas causando dolor óseo, usualmente localizado en el sitio de lesiones osteolíticas, comunmente en cráneo, costillas y huesos largos (20, 18); lesiones debidas a la secreción de un factor soluble por las células de Mieloma que estimulan la actividad Osteoclástica y subsecuentemente hipercalcemia, generalmente afectando a individuos por arriba de los 50 años; el síndrome del túnel Carpiano es característico del primer ataque; la artralgia es crónica, indolente ocasional y simétrica en artinulaciones pequeñas y distales, que se pue

de presentar a veces con artritis de rigidez matutina y calor local, no edematizada ni enrojecida, siendo aquí el diagnóstico definitivo dado por examen de laboratorio y rayos X en el que se visualicen los cambios específicos a la enfermedad (18, 23, 31, 32, 36).

7. G o t a:

La gota secundaria a enfermedad maligna, resulta de la gran aceleración en el metabolismo de ácidos Nucleicos, con resultado de una alta producción de Acido Urico, que excede la capacidad de excreción renal a mantener niveles séricos normales; La hiperuricosuria es una presentación constante que hay que considerar su origen al presentarse ya que es predominantemente en sexo masculino la formación de cálculos de Urato; las condiciones de presentación de gota secundaria a neoplasia son más bien hematológicas, asociadas a Mieloma Múltiple, Leucemia Granulocitica Crónica y Linfomas (18, 19, 28); aunque se ha visto con metastasis de tumores sólidos como de Vejiga (7).

8. Paniculitis Necrotizante Asociada a Carcinoma Pancreático:

La presentación de nódulos subcutáneos, necrosis grasa semejan al eritema Nudoso; que puede ser una manifestación rara de Carcinoma Pancreático; ya que en la mayoría de pacientes que tienen Carcinoma y Necrosis Grasa, ocurre sinovitis de mano o dolor oligoarticular en sitios distales tales como hombros y caderas, pero su hallazgo es principalmente a nivel de rodillas y tobillo (15, 39, 40).

Wolff y colaboradores (38); presentan estudio de pacientes con afección pancreática; 11 pacientes con

Carcinoma de Páncreas; 7 casos (60%) tenían artritis activa. Sin embargo recientes especulaciones en torno a esta asociación han sido comprobadas, por mediadores de complejos Inmunes así como por niveles bajos de complemento en fluidos pleurales y articulares con depósito de IgG y C3 (36, 38, 40).

MATERIAL Y METODOS

1. Se efectuó el estudio de 90 pacientes diagnosticados con enfermedad neoplásica y siendo tratados en el Hospital General San Juan de Dios para la cual se distribuyeran en forma representativa así:
 - Procesos Mielo-proliferativos; específicamente Leucemia y Linfomas = 30 pacientes
 - Neoplasias ginecoobstétricas; específicamente Uterinas y ováricas = 30 pacientes
 - Neoplasias del sistema gastrointestinal; específicamente Gástricas y Hepática = 30 pacientes
2. Se procedió a la aplicación del método interrogativo en dichos pacientes, a los que se les aplicó respectivamente la hoja de trabajo (ver apéndice); para evaluar la ocurrencia de sintomatología reumática que incluyó:
 - a) descripción de la enfermedad neoplásica presentada.
 - b) edad de presentación y sexo
 - c) antecedentes o síntomas de manifestación reumática.
 - d) conocer el área afectada.
 - e) determinar el tiempo entre el inicio de manifestaciones reumáticas y el diagnóstico de neoplasia.
3. Se procedió a examen clínico de los mismos pacientes para verificar si existía sintomatología reumática activa.

4. Al encontrarse manifestación reumatológica se procedió a exámenes de laboratorio tales como velocidad de sedimentación factor reumatoideo, ácido úrico; tratando de establecer el estadio de la afección reumática.
5. Se determinaron las anomalías del área osteo-articular por medio de procedimientos radiológicos.
6. Se conoció el tratamiento recibido para enfermedad neoplasica, y se verificó la evolución de los síntomas articulares luego de dicho tratamiento.

PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO No. 1
 NUMERO TOTAL DE PACIENTES SEGUN NEOPLASIA
 PRESENTADOS POR EDAD Y SEXO

Edad	4-9		10-19		20-29		30-39		40-49		50-59		60-69		70-		TT
	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	
L. L. A.	3	1	2	2	3				1	1		1					14
L. G. G.							1	1	1	1							4
L. M. A.				1								1					2
Leucemia G I	1	1		1					1	1	1		1		1		8
Leucemia G II	1		1														2
Carcinomas Hepático									4		1	1		3			9
Gástrico G I							1	1			2		1				5
Gástrico G II											1	1	1		1		4
Gástrico G III									1		4		1				6
Gástrico G IV							1				1		2	2			6
Etiocarcinoma					1		1		1		1						4
Carcinoma Uterino									2		1						3
Cáncer Ca. Uterino G I									1		1		1				3
Cáncer Ca. Uterino G II									1								1
Cáncer Ca. Uterino G III											1						1
Cáncer Ca. Uterino G IV											1						1
Cáncer Cérvix in Situ							2		3								5
Cáncer Cérvix G II							1				1						2
Cáncer Cérvix G III									1		1						2
Cáncer Cérvix G IV							1		1		1						3
Cáncer Ca. Ovario G I					2						1						3
Cáncer Ca. Ovario G II									1								1
Cáncer Ca. Ovario F III					1												1
total	5	2	3	4	3	4	1	8	8	15	6	15	4	5	6	1	
O T A L	7		7		7		9		23		21		9		7		90

L. L. A. : Leucemia linfocítica Aguda
 L. G. C. : Leucemia Granulocítica Crónica
 L. M. A. : Leucemia Monocítica Aguda.

ANTE: Investigación personal para tesis, realizada en los diferentes servicios del Hospital General San Juan de Dios. Durante el período de Abril-Agosto 1984.

CUADRO No. 2

NUMERO TOTAL DE PACIENTES QUE SE PRESENTARON
CON MANIFESTACION REUMATICA SEGUN TIPO DE NEOPLASIA

NEOPLASIAS	No. pacientes con Manifestación reumática	No. Pacientes sin manifestación reumática	No. Total de ptes.
<u>Mielo-linfoprolif.</u>			
* a) L.L.A.	13	1	14
** b) L.M.A.	2	0	2
***c) L.G.C.	4	0	4
d) Linfoma Hodgkin G I	7	1	8
e) Linfoma Hodgkin G II	2	0	2
<u>Gastrointestinales</u>			
a) Hepatocarcinoma	8	1	9
b) Ca. Gástrico G I	2	3	5
c) Ca. Gástrico G II	3	1	4
d) Ca. Gástrico G III	5	1	6
e) Ca. Gástrico G IV	6	0	6
<u>Ginecológicas</u>			
a) Carcinomas del Ovario	4	1	5
b) AdenoCa. Uterino G IV	1	0	1
c) AdenoCa. Uterino G III	1	0	1
d) AdenoCa. Uterino G II	1	0	1
e) AdenoCa. Uterino G I	2	1	3
f) Ca. de Cérvix In situ	1	4	5
g) Ca. de Cérvix G II	1	1	2
h) Ca. de Cérvix G III	2	0	2
i) Ca. de Cérvix G IV	3	0	3
j) Coriocarcinoma	1	3	4
k) Sarcoma Uterino	3	0	3
TOTALES	72(80%)	18(20%)	90

* L.L.A. : Leucemia linfocítica Aguda

** L.M.A. : Leucemia Monocítica Aguda

*** L.G.C. : Leucemia Granulocítica Crónica.

FUENTE: Investigación personal para tesis, realizada en el Hospital General San Juan de Dios, durante el período de Abril-Agosto 1984.

CUADRO No. 3
TIPO DE AFECION ARTICULAR PRESENTADA
EN LOS PACIENTES CON SINTOMATOLOGIA REUMATICA

NEOPLASIAS	No. Pacientes con afección simétrica	No. Pacientes con afección asimétrica	No. Pacientes con síntomas reumáticos
<u>Mielo-linfoproliferat.</u>			
a) Leucemias	4	15	19
b) Linfomas	2	7	9
<u>Gastrointestinales</u>			
a) Gástricas	4	12	16
b) Hepáticas	2	6	8
<u>Ginecológicas</u>			
a) Ováricas	1	3	4
b) Uterinas: -Cérvix -Cuerpo	3 3	4 6	7 9
TOTALES	19(26.3%)	53(73.6%)	72

FUENTE: Investigación personal para tesis, realizada en el Hospital General San Juan de Dios. Durante Abril-Agosto 1984.

TIEMPO PROMEDIO DE PADECIMIENTO REUMATICO

24

NEOPLASIAS	No. de pacientes afectados	Promedio/tiempo.
<u>Mielo-linfoprolif.</u>		
a) Leucemias	19	5.4 Meses
b) Linfomas	9	6.6 "
<u>Gastrointestinales</u>		
a) Hepáticas	8	8.6 Meses
b) Gástricas	16	10.2 "
<u>Ginecológicas</u>		
a) Ovario	4	8.5 Meses
b) Uterinas	16	7.5 "

FUENTE: Investigación personal para tesis realizada en el HGSSJD. Durante el período de Abril-Agosto 1984

25

CUADRO No. 5

NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON SUS PRINCIPALES SINTOMAS Y MANIFESTACIONES REUMATICAS

Síntomas y manifestaciones reumáticas	N E O P L A S I A S						No. Casos
	Leucemia	linfoma	Hepática	Gástrica	Uterina	Ovario	
eritema peri ungueal y tumefacción artic. distal			4				4
Tumefacción y dolor artic. al movimiento	2	2		2			6
Tumefacción y dolor articular al movimiento y prensión				3			3
Dolor Oseo Gral.	6		1	1	2		10
Tumefacción - dolor artic. y oseo Gral.	1			2	1		4
Dolor Muscular - Distal				5	7	2	14
Tumefacción - dolor artic. y muscular			1	2	2		5
Dolor Oseo Gral. Dolor Muscular Prox.			2	1			3
Calor y dolor artic. y al movimiento	2				3	2	7
Tumefacción, calor y dolor articular	5	4			1		10
Dolor articular al movimiento	3	3					6
Sub total de casos	19	9	8	16	16	4	
Total de Casos	-28-		-24-		-20-		72

FUENTE: Investigación personal para tesis, realizada en el H.G.S.J.D. Durante el período de Abril-Agosto de 1984.

CUADRO No. 6

AREAS ARTICULARES MAS AFECTADAS SEGUN SINTOMATOLOGIA
REUMATICA PRESENTADA PARA CADA NEOPLASIA

Articulaciones	NEOPLASIAS						No. Caso
	Gástrica	Hepática	Leucemia	Linfoma	Utero	Ovario	
Rodillas-muñecas			5	2	1		8
Rodillas-tobillos	1	1	5	2			9
Tobillos			1				1
Muñecas-Codos	2	1	2	2			6
Hombros-Codos	1		1				2
Cadera-Rodillas			3	2	2		7
Column. Dorso Lumbar			1	1	2		4
Muñeca-Tobillos			1	1			2
Cadera					4		4
Cadera y Columna Dorso lumbar	5				3	2	10
Cadera-Dorso Lumbar y rodillas					1		1
Tobillos y Sacro Lumbar					3	2	5
Rodillas-codos y hombros	2	1					3
Hombros y Columna Dorso lumbar	2	1					3
Hombros-Muñecas	2	4					6
Rodillas	1						1
Total de casos	- 24 -		- 28 -		- 20 -		72

FUENTE: Investigación personal para tesis, realizada en el H.C.S.J.D.
Durante el período de Abril-Agosto de 1984.

CUADRO No. 7
NUMERO DE PACIENTES QUE SE PRESENTARON CON ALTERACIONES RADIOLOGICAS SEGUN NEOPLASIA
Y AREAS ARTICULARES MAS AFECTADAS

No. caso	Edad	Sexo	Diagnóstico	Articulación	*Cambios Radiológicos A. B. C. D.
1	40 años	M	Hodgking G II	Tarsianas	X
2	44 años	F	Hodgking G I	Rótulas	X
3	74 años	M	Hodgking G II	Carpos	X
4	48 años	M	L.L.A.	Columna Dorsal	X X
5	50 años	M	L.G.C.	Tibias	X
6	60 años	M	Hodgking G II	Carpos	X X
7	78 años	F	Ca. Gástrico G IV	Columna Cervical	X
8	60 años	M	Ca. Gástrico G III	Column. Dorsal-pelvis	X X
9	54 años	F	Carcinoma Uterino G IV	Column. Dorso-lumbar	X X
10	53 años	F	Sarcoma Invasivo	Cadera	X
11	60 años	F	Ca. Uterino G. III	Crestas Iliacas Sinfis Pubis	X X X
12	46 años	F	Ca. Cérvix G. II	Sacro-lumbar y Crestas Iliacas	X X X
				Column. Dorso-lumbar y pelvis	X

**** a) Osteoporosis

b) Osteoesclerosis

c) Osteolisis

d) Fusión articular

FUENTE: Investigación personal de tesis, realizada en el H.C.S.J.D. Durante el período de Abril-Agosto 1984.

RELACION ENTRE NEOPLASIA PRESENTADA Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS PARA ENFERMEDAD REUMATICA

NEOPLASIAS	Acido Urico			Velocid.Sediment.			Factor Reumatoide	
	bajo	normal	alto	bajo	normal	alto	Positivo	Negativo
<u>Gastrointestinal</u>								
a) Gástricas	-	12	4	-	5	11	4	12
b) Hepáticas	-	8	-	1	3	4	-	8
<u>Mielo-linfoprolif.</u>								
a) Leucemias	2	7	10	-	3	16	1	18
b) Linfomas	3	4	4	-	2	7	2	7
<u>Ginecológicas</u>								
a) Uterinas	6	10	-	1	5	10	6	10
b) Ováricas	1	3	-	-	2	2	-	4
Total de pacientes	11	47	18	2	22	52	13	59

FUENTE: Investigación personal para tesis realizada en el H.G.S.J.D. Durante el período de Abril-Agosto 1984.

EVOLUCION DEL CUADRO REUMATICO POST-TRATAMIENTO NEOPLASICO

Condición	Mejóro				Persistió				Recidivo			
	1.	2.	3.	4.	2.	4.	6.	8.	2.	4.	6.	8.
<u>Tiempo en Semanas:</u>												
<u>Gastrointestinales</u>												
a) Gástricas	-	1	2	4	-	-	2	7	-	-	-	-
b) Hepáticas	-	-	-	-	-	-	1	7	-	-	-	-
<u>Mielo-linfoprolif.</u>												
a) Leucemias	3	4	1	2	-	-	2	4	-	-	2	1
b) Linfomas	1	2	-	1	-	1	1	4	-	-	-	-
<u>Ginecológicas</u>												
a) Uterinas	2	3	2	3	-	-	2	3	-	1	-	-
b) Ováricas	1	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-
Sub total de Casos	7	10	5	11	-	1	8	26	-	1	2	1
Total de Casos	-33- (45.8%)				-35- (48.6%)				- 4 - (5.5%)			

FUENTE: Investigación personal para tesis, realizada en el H.G.S.J.D. Durante el período de Abril-Agosto de 1984.

CUADRO No. 10

NUMERO TOTAL DE PACIENTES POR EDAD Y SEXO SEGUN PATOLOGIA
(GRUPO CONTROL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS).

	5-9		10-20		20-29		30-39		40-49		50-59		60-		Total casos
	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	
merulonefritis	3		1						1						5
purpura T. I.	1	1													2
erculosis	1								1						2
P. C.	1	1	1												3
monía Bact.	2	1							2	1					6
O. I.	1	2													3
orto Séptico			1		3		3								7
e-Eclampsia					3		2								5
fac. Pélvica			1		4		3								8
morragia wer. inest. Embar.			2		2										4
ucorreas			1		1		3								5
f. Fibroquística Mamaria					1		1								2
ulitis					1	1	3	3							8
lecistitis ónica calculosa							1	2	1	3					7
ernias									2		2	1			5
increatitis							1	2							3
endicitis			1		2	1	3								7
roiditis					1							1			2
abetes Tipo II							2		1						3
ertensión Art.									2	2	1				5
ndocarditis Bact.									1		1				2
P. O. C.											1		1		2
anst. Neurológicos							1	1							2
enopatías Alcoh.							2								2
nsuf. Cardíaca Cong.							1	1							2
ub total de casos	9-5		2-4		3-20		9-19		13-8		5-2		1		
total de casos	14		6		23		28		21		7		1		100

FUENTE: Investigación personal para tesis, realizada en el H.G.S.J.D.
Durante el período de Abril-Agosto de 1984.

CUADRO No. 11

GRUPO CONTROL DE PACIENTES HOSPITALIZADOS
QUE SE PRESENTARON CON AFECCION REUMATICA

PATOLOGIAS	No. pacientes con manifestación reumática	No. pacientes sin manifestación reumática
Púrpura Trombocitopé nica Idiopática	1	1
Tuberculosis	1	1
Desnutrición proteico calórica	2	1
Fiebre de Origen in- determinado	1	2
Aborto Séptico	2*	5
Infección Pélvica	3*	8
Colecistitis Crónica calculosa	1	6
Hernias	1	4
Pacreatitis	1*	2
Tiroiditis	1	1
Celulitis	1	7
Diabetes tipo II	1	2
Apendicitis	1	6
Otras entidades	0	40
Total de Casos	17	83

*** Casos con afección simétrica (3)

FUENTE: Investigación personal para tesis, realizada en
el H.G.S.J.D. Durante el período de Abril-Agosto
de 1984.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El cuadro No. 1 representa el número total de pacientes por edad y sexo; según tipo de neoplasia presentada, observándose la división de los tres grandes grupos estudiados, siendo neoplasias Mielo-linfoproliferativas, Gastrointestinales y Ginecológicas, que hacen un total de 90 pacientes.

En el primer grupo de neoplasias, fue mayor el tipo de problemas Leucémicos con un total de 20 casos; en el grupo de neoplasias Gastrointestinales predominó la patología gástrica con un total de 21 casos observados en todos sus estadíos. En cuanto a las neoplasias Ginecológicas; el Ca. de Cervix in situ alcanzó mayor número de casos al presentarse en 12 pacientes; las restantes neoplasias se vieron distribuidas en el intervalo de 1 a 4 casos.

En el total de la población estudiada (90 casos); el grupo etareo más afectado fue la 4ta. y 5ta. década de la vida; debido a que aquí es la edad donde más posibilidad de presentarse las neoplasias. En cuanto a la incidencia de la enfermedad Neoplásica por sexo, tenemos que el sexo masculino se presentó en 36 casos y el femenino con 54 casos.

Este predominio en mujeres puede ser debido a que el hospital recibe más pacientes de ese sexo.

El cuadro No. 2 se muestra el número total de pacientes estudiados (90 casos); de los cuales se presentaron con manifestación reumática 72 casos, lo que representa un 80% de positividad para la presencia de una o más manifestaciones reumáticas; contrario al 20-25% reportado por otros autores en sus estudios (4, 11, 15,

25). Se puede observar que hubo mayor sintomatología - para el grupo de procesos mielo-linfoproliferativos en 28 casos de 30 estudiados; dentro de los cuales predominó las leucemias linfocíticas agudas. En el grupo correspondiente a neoplasias Gastrointestinales, hubo 24 casos (de 30 estudiados) con manifestación reumática; - principalmente por Carcinomas gástricos en sus diferentes estadios.

En menor proporción el grupo Ginecológico, donde - el predominio de manifestación reumática estuvo en las neoplasias uterinas con 16 casos y 4 de ovario, para un total de 20 casos con manifestación reumática de los 30 estudiados.

En el cuadro No. 3 se hace la relación entre la - neoplasia presentada con el tipo de afección articular, en los 72 pacientes con sintomatología reumática; predominando la afección de tipo asimétrico con 53 casos - (73.6%) y sólo 19 (26.3%) casos para la afección simétrica.

Esta mayor proporción de las afecciones asimétricas para diversos grupos de neoplasia tales como mielo-linfoproliferativos y Ginecológicas, viene a reafirmar lo ya antes mencionado por otros autores (5,6,20,21,26); lo que también pareciese ser cierto para las neoplasias del tracto gastrointestinal que en el presente estudio se muestran con mayor tendencia ser de tipo asimétrico.

En el cuadro No. 4 se observa el tiempo promedio - de padecimiento reumático previo al diagnóstico definitivo de neoplasia, siendo el mayor de 10.2 meses de padecimiento, para la enfermedad neoplásica tipo gástrica; y en menor tiempo 5.4 meses para los problemas Leucémicos; variaciones que podrían deberse en cuanto a la rapidez que presenta la malignidad para desarrollarse y

producir sintomatología.

En el cuadro No. 5 se describen los principales - síntomas reumáticos presentados; siendo agrupados por asociación sintomatológica predominante, ya que en varios casos se presentó más de un hallazgo. El "Dolor muscular distal" ya sea simétrico o asimétricamente (referido a miembros inferiores) se presentó principalmente en Neoplasias Gástricas y Uterinas, manifestación que NO fue encontrada en la literatura revisada para estos tipos de neoplasia.

Así mismo siguen en orden correlativo, el grupo de síntomas de "Dolor óseo generalizado y "Tumefacción, calor y dolor articular al movimiento" con 10 casos respectivamente; observándose con mayor prevalencia en pacientes con compromiso Mielo-linfoproliferativos; y llama la atención que esta sintomatología reumática fue - uno de los principales motivos de consulta de niños con Leucemia.

Algo que cabe agregar aquí es la presentación significativa en cuanto al grupo de síntomas de "Eritema - Periungueal-Tumefacción articular distal" y "Dolor muscular proximal"; hallazgos clínicos presentes en pacientes con neoplasia hepática.

Raramente, el dolor muscular proximal, está descrito en este tipo de neoplasia (10). La presencia de eritema periungueal en 4 de 8 pacientes con Hepatocarcinoma; sugiere que esta manifestación NO es exclusiva de - pacientes con neoplasia pulmonar, como parte de la Osteoartropatia Hipertrófica (15,17).

En el cuadro No. 6 se presenta el número total de pacientes con sus áreas articulares más afectadas, según la sintomatología reumática presentada para cada -

neoplasia, siendo la afección más frecuente en áreas de "cadera y Columna Dorso lumbar" para las neoplasias gástricas; y "Hombros-muñecas" para las hepáticas. En relación a las neoplasias Linfo-proliferativas, los síntomas de afección articular de áreas tales como "Rodillas-muñecas" y "Rodillas-tobillos": con afección asimétrica y oligoarticular de miembros inferiores, fue similar a lo reportado por la literatura revisada (11,20,21,25).

Y en las neoplasias Ginecológicas, respecto al compromiso articular en pacientes tanto con carcinoma del útero como del Ovario; se muestra que "Caderas y columna Dorso lumbar" así como "Columna Sacro Lumbar y tobillos" fueron los de mayor sintomatología; dado lo generalmente invasivo de los casos aquí reportados, podría postularse que la comprensión de los nervios pre-Sacros estaría fuertemente involucrada en la presencia de dichos síntomas.

En el cuadro No. 7 se describe el total de 12 pacientes en quienes se efectuó estudio radiológico específico para el área afectada por manifestación reumática. A pesar de que la distribución articular es variada, se observa mayor compromiso de los diferentes niveles de columna vertebral, especialmente por procesos linfomatosos; confirmando lo revisado (25,30,32,34).

En cuanto a los cambios radiográficos se muestra - significativo la presencia de Osteolisis en 4 pacientes con neoplasias en estados invasivos, lo que es bastante sugestivo de posibles metastasis ósea. Así mismo la osteoporosis se presentó conjuntamente en 3 pacientes con Osteolisis; lo vendría a redundar en un proceso de reacción inflamatoria localizada.

En cuanto a los cambios Osteoescleróticos fue un hallazgo común a todos los pacientes, lo que podría

Se hace la aclaración que ningún paciente recibió tratamiento con anti-reumáticos luego de ser diagnosticada la neoplasia, mismo objetivo se reafirmó a cada uno de los pacientes para poder continuar su evolución.

En el Cuadro No. 10 se muestra el grupo control de pacientes hospitalizados a los cuales se les investigó manifestaciones reumáticas utilizando la misma hoja de trabajo, excluyéndose para ello patologías asociadas a trastornos neoplásicos o colagenopatías.

Observándose aquí un total de 100 pacientes distribuidos por edad y sexo en 35 entidades morbiles, encontrándose mayor afección patológica en el sexo femenino y en los grupos etareos de la 3ra. década de la vida, - siendo la muestra similar a la obtenida para el cuadro No. 1.

En el cuadro No. 11 se muestra que en el grupo control en 17 (17%) de casos, se presentó más de alguna manifestación reumática y en 3 casos fue de tipo simétrica; lo que demuestra la posibilidad de presentarse dichas manifestaciones en otras entidades morbiles, mismos datos que hacen evidente su mayor proporción de hallazgo reumático en relación a las enfermedades neoplásicas.

CONCLUSIONES

1. Las manifestaciones reumáticas se presentaron en - los 3 grupos de neoplasias estudiados, indistintamente del estadio en que se encontraban éstas.
2. En un 80% de los pacientes con neoplasia, se presentaban con más de una manifestación reumática y en el 72% de ellos fue de naturaleza asimétrica.
3. La presentación de manifestación reumática en neoplasias es significativa, respecto al 17% de presentación en el grupo control de pacientes hospitalizados por diversas causas.
4. La incidencia de la afección reumática, independiente del tipo de neoplasia, fue mayor en el sexo femenino.
5. El grupo etareo de mayor afección estuvo entre la 4ta. y 5ta. década de la vida.
6. El dolor muscular distal se asocia a neoplasias - Ginecológicas; la artropatía y compromisos de columna vertebral es común a los procesos mielo-linfoproliferativos.
7. El ácido Úrico, la velocidad de sedimentación y el factor reumatoideo, como exámenes complementarios; no son de franca utilidad para reconocer si el cuadro reumático es secundario a la neoplasia o si es coexistente a ella.
8. En el 45% de los pacientes que recibieron tratamiento anti-neoplásico respectivo en fases tempranas, mejoraron su cuadro reumático.

9. En los estadios avanzados neoplásicos, independien-
tes de su tratamiento, tienden a persistir con sin-
tomatología reumática.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda investigar los mecanismos; ya sea en zimáticos, inmunológicos u hormonales, presentes - en los pacientes con neoplasia, para identificar - el factor que produzca reacciones inflamatorias - que involucran áreas ósteo-musculares.
2. Que a través de estudios longitudinales, en un grupo de neoplasias distintas a las presentadas en este trabajo, se trate de reconocer la existencia e incidencia de manifestación reumática.
3. Investigar en pacientes con neoplasia, que presenten sintomatología reumática si existe metastasis a áreas osteo-articulares, determinándose por rayos X, análisis del líquido articular y papanicolaou del mismo, y efectuar biopsia de hueso.

RESUMEN

Se procedió al estudio de la relación existente entre manifestaciones reumáticas y enfermedad neoplásica; en 90 casos de diagnóstico neoplásico durante el período comprendido de Abril-Agosto de 1984 en el H.G.S.J.D.

La muestra total fue de 90 casos subdivididos en 3 grupos siendo: neoplasias ginecológicas, sistema gastrointestinal y Mielolinfoproliferativas, demostrándose que la incidencia y porcentaje de presentación reumática en neoplasia fue de 72 casos (80%); hallazgo bastante significativo en relación al grupo control de pacientes hospitalizados por otras causas, esta afección reumática fue principalmente de tipo asimétrica.

En las principales manifestaciones reumáticas tenemos al "dolor muscular distal y dolor oseo generalizado" mismos que motivaron a varios pacientes a consultar. Las áreas articulares de mayor involucro fueron las de columna vertebral y áreas pélvicas; para procesos hematológicos y ginecológicos respectivamente. Los estudios radiológicos de las áreas afectadas, mostraron cambios secundarios a reacción inflamatoria local, no se evidencio franca metastasis en áreas oseas.

Los exámenes complementarios para enfermedad reumática NO son de franca utilidad para diagnosticar si el cuadro reumático coexistente o previo a la neoplasia, además de que hay que analizarlos individualmente dependiendo de la edad del paciente.

El tratamiento neoplásico fue dado dependiendo del estadio neoplásico, siendo quimioterapéutico y quirúrgico, con predominio de este último, por lo que en el 45% de los pacientes con tratamiento en fases tempranas

mejoraron su cuadro reumático en las primeras 4 semanas, mientras persistió por mayor tiempo en casos de neoplasias avanzadas o invasivas.

Quedando así establecida la significativa incidencia de afección reumática en enfermedad neoplásica, lo que nos lleva a la recomendación de investigar los mecanismos y factores que influyen en la presentación de dichos síntomas que involucran áreas musculares y osteoarticulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arundell, F.D. et al. Dermatomyositis and malignant neoplasm in adult. Arch Dermatol 1960 Feb; 82(2):772-775
2. Banks, P. et al. Lymphoid neoplasia following connective tissue disease. Mayo Clin Proc 1979 Feb; 54(2):104-8
3. Barnes, B.E. Dermatomyositis and malignancy. Ann Inter Med 1976 Jan; 84(1):68-76
4. Black, K.A. et al. Cáncer in connective tissue disease. Arthritis Rheum 1982 Sep; 25(9): 1130-33
5. Beller, H. et al. Early osseous metastases of stage 1 endometrial carcinoma. Gynecol Oncol 1982 Aug 14; 14(1):141-6.
6. Bennett, R. M. Carcinomatous polyarthritis. Arthritis Rheum 1976 Sep-Oct; 19(5):953-57.
7. Bevan, D. Metastatic carcinoma simulating gout. JAMA 1977 Jun 15; 237(25):2746-47.
8. Bonerjee, A.K. et al. Osteosclerotic bony metastases from carcinoma stomach. J Ind Med Assoc 1977 Jan 16; 68(2):38-9.
9. Callen, J.P. et al. The relationship of dermatomyositis and polymyositis to internal malignancy. Arch Dermatol 1980 Mar 8; 116(5):295-98.

10. Calvey, H.D. et al. Polyneuropathy; no-metastatic complication of primary hepatocellular carcinoma. Clin Oncol 1983 Sep; 9(3):199-202.
11. Costello, P.B. et al. A prospective analysis of frequency, course and prognostic significance of the joint manifestation of childhood leukemia. J. Rheumatol 1983 Oct; 10(5):753-7.
12. Dieppe, P.A. et al. Complicated polymyalgia. Br J Med 1977 May 20; 1(6072):1348-9.
13. Doll, R. Pathological fracture of tibia, an --- unusual presentation of endometrial carcinoma. Injuri 1983 May; 14(6):541-5.
14. Ertugealp, E. et al. Skin metastases from malignant gestation trophoblastic disease. Am J -- Obstet Gynecol 1982 Aug 1; 143(7):843-6.
15. Fergusson, R.H. Connective tissue disease when to suspect malignancies. Geriatrics 1978 Sep; = 9(3):100-15
16. Ford, S. Arthritis and carcinoma. Arch Intern Med 1980 May; 140(6):698-700
17. Gall, E.P. Acute monoarticular arthritis following patellar metastasis, a manifestation of carcinoma of the lung. JAMA 1974 Jul 2; 229(1): -- 188-99.
18. Gordon, D.A. et al. Amyloid arthritis simulating rheumatoid disease, in patients with multiple myeloma. Am J Med 1973 Apr; 55(4):142-154.
19. Harrinson's, T.R. principles of internal medicine. 9th. ed. New York, Graw-Hill; 1980 2070p. --- (pp.1583-1654)

20. Isemberg, D.A. The rheumatology complications of hematologic disorders. Arthritis Rheum 1983 May; 12(4): 348-51
21. Jacobs, J.C. The differential diagnosis of arthritis in childhood. In his: Pediatric rheumatology. New York, Springer-Verlang; 1982. 542p. (pp. 90-100, 155-62)
22. Jacobs, R.H. et al. Hypercalcemia and lytic bone lesions in patients with B-cell non-hodgkins lymphoma. (letter) N Engl J Med 1984 Jan 26; 310(4):263-4
23. Junca, P.J. Osteolytic lesions in chronic myeloid leukemia. (letter) J Med Clin 1983 Apr 2; -- 80(11):513.
24. Kruts, H.J. Arthritis caused by metastatic melanoma. Arthritis Rheum 1982 Feb; 25(2):223-26
25. Larruna, J.L. Afección osea en la enfermedad de Hodgking. Rev Clin Esp 1981 oct 31; 163(2): 73-86
26. McKenzie, A.N. et al. Connective tissue syndromes associated with carcinoma. Geriatrics 1963 Oct; 18(10):745-750
27. Melas, R.A. Maligny disease mimicking arthritis of the hip. JAMA 1978 Jul 14; 239(16):1060-71
28. Morley, E.J. et al. Gout as presenting features of acute lymphoblastic leukemia. Arch Dis Child 1976 Sep; 51(9):723-5

29. Murray, H. P. Persistent signs and symptoms. --
Pediatr Clin North Am 1982 Feb; 29(1):209-220.
30. Pear, B.L. Skeletal manifestations of lymphomas and leukemias. Semin Roentgenol 1974 Jul-Aug; 23(4):231-5
31. Sanerkin, N.G. et al. An unusual intraosseous lesion with fibroblastic, osteoclastic and osteoblastic by cell tumoral. Cancer 1983 Jun 15; - 26(5):2278-86.
32. Seemón, E. et al. Risk factors for spinal osteoporosis in men. Am J Med 1983 Dec; 75(6):977--83
33. Sodeman, W.A. et al. Mechanisms of immunologic disease. In his: Pathologic physiologic 6th. ed. Philadelphia, Saunders, 1980 1145p. (pp. - 146-66)
34. Tricot, C. et al. Hypercalcemia and diffuse osteolytic lesions in the acute phase of chronic myelogenous leukemia. Cancer 1983 Sep 1; - 52(5):841-45.
35. Van, R. et al. "T". cell leukemia presenting as chronic polyarthritis. Arthritis Rheum 1982 Jan; 25(1):87-91
36. Wyngarden, C.A. et al. Oncology and joint disease. In his: Textbook of medicine 16th. ed. Philadelphia, Saunders; 1982 2317p. (pp.1010-47, 1823-90)

37. Wonkooring, J. et al. Malignancy in association with polymyalgia rheumatic. Scand J Rheumatol 1974 Mar; 3(3): 129-35.
38. Wolff, R. et al. Syndrome of pancreatic disease - subcutaneous fat necroses and polysinovitis. - Am J Med 1975 Jun 16; 58(7):417-23.
39. Zpott, D.R. et al. Disease pancreatic and polymiositis. Am J Med 1975 Dic 22; 58(12): - 421-23.
40. Zliwinski, A. J. et al. Polyarthrititis and nodules subcutaneous associated with carcinoma pancreas. Arthritis Rheum 1973 Nov; 16(11):388-92.

Jo Bo
Eduquedelal

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA -- UNIDAD DE DOCUMENTACION

HOJA DE TRABAJO

Caso No. _____ Registro Clínico _____

Nombre del paciente: _____

Edad _____ Sexo _____ Motivo de consulta: _____

Antecedentes: _____

Familiares: _____

Médicos: _____

Quirúrgicos: _____

Traumáticos: _____

1. Tipo de neoplasia presentada: _____

2. Primeros síntomas reumáticos presentados: _____

1 Artic. Más de 1 Art.

- a) Tumefacción articular _____
- b) Rubor en Articulación _____
- c) Calor en articulación _____
- d) Rigidez matutina _____
- e) Dolor articular al movi
miento _____
- f) Dolor articular a la presión _____
- g) Contractura o deformidad
articular _____
- h) Dolor oseo generalizado _____
- i) Nodulos subcutáneos _____
- j) Eritema periungueal _____

- k) Necrosis grasa _____
- 1) Dolor muscular: proximal _____
 distal _____

2.1 Areas afectadas

- | | | | |
|------------------------|-------|--------------------|-------|
| - Metatarso Falángicas | _____ | - Interfalangicas: | |
| - Tobillos | _____ | Proximal | _____ |
| - Rodilla | _____ | Distal | _____ |
| - Cadera | _____ | - Muñeca | _____ |
| - Dorso lumbar | _____ | - Codo | _____ |
| - Cuello | _____ | - Hombro | _____ |

2.2 Afección articular

Simétrica _____

Asimétrica _____

3. Tiempo de padecimiento articular: _____
4. Tratamiento recibido para cuadro articular:
 Mejoría Si _____ No _____
5. Estudios complementarios
- Velocidad de sedimentación
 - Factor reumatoideo
 - Acido úrico
6. Estudios Radiológicos
- | | |
|---------------------|-------------|
| <u>Presencia de</u> | <u>Area</u> |
| - Osteolisis | |
| - Osteoesclerosis | |
| - Osteoprosis | |
| - Fusión articular | |

7. Tratamiento recibido para Neoplasia
- a) Médico _____
 - b) Quirúrgico _____
 - c) Radiación _____
8. Evolución del cuadro articular post-tratamiento - Neoplásico.
- | | | |
|-------------|------------------|--------------------------|
| | <u>Condición</u> | <u>Tiempo en Semanas</u> |
| - Mejoró | _____ | |
| - Persistió | _____ | |
| - Recidivó | _____ | |

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

E. Samayoa
Dr. Eduardo A. Samayoa.
ASESOR. Col. # 19.06

SATISFECHO:

J. Guirola Ica.
Dr. Julio Guirola Ica.
REVISOR. Col. # 261.



APROBADO:

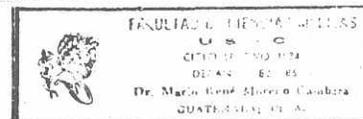
[Signature]
DIRECTOR DEL CICS



IMPRIMASE:

[Signature]
Dr. Mario René Moreno Cambara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C.

Guatemala, 7 de Septiembre de 1984 -



Los conceptos expresados en este trabajo son responsabilidad únicamente del Autor. (Reglamento de Tesis, Artículo 44).