

Cartas al Editor

Osteopoiquilosis: un hallazgo radiológico casual

Osteopichylosis: An incidental radiological finding

Sr. Editor:

La osteopoiquilosis es una enfermedad ósea poco frecuente, asintomática y que suele diagnosticarse de forma accidental al realizarse una radiografía. Presentamos a continuación el caso de un varón de 19 años que en relación a un esguince se hizo una radiografía de ambas piernas donde se encontró un patrón de lesiones osteoescleróticas bilaterales y simétricas características de esta enfermedad.

Varón de 19 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude por dolor e inflamación en el tobillo derecho tras una entorsis espontánea. En la exploración física destaca la existencia de signos inflamatorios e impotencia funcional, con dolor a la movilización en el tobillo derecho, sin hematoma.

Se realizó una radiografía del tobillo en proyección posteroanterior que descartó fracturas, pero se objetivaron zonas de aumento de densidad radiológica, ovoides y bien definidas, de pequeño diámetro (2–4 mm), en la zona epifisaria distal de tibia y peroné. Para confirmar la sospecha diagnóstica se realiza una

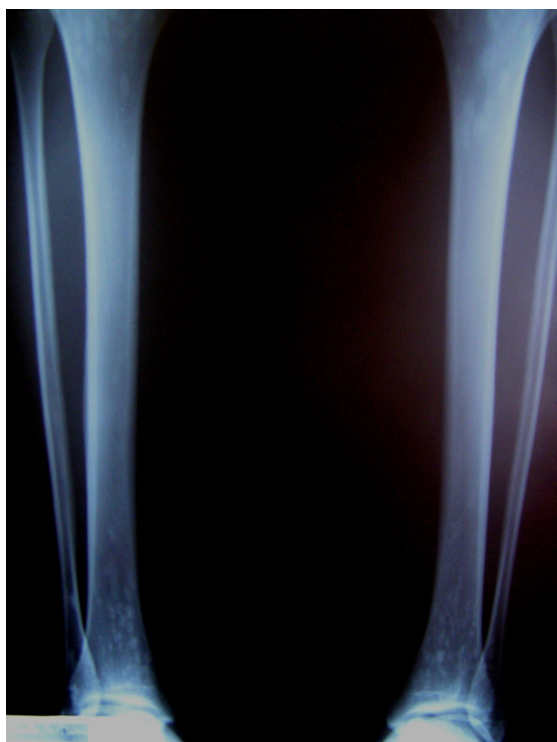


Figura 1.

radiografía anteroposterior de ambas piernas donde se ven las lesiones simétricas que afectan a las epífisis tanto proximal como distal de ambos huesos (fig. 1).

Tras el hallazgo de la imagen radiológica característica de osteopoiquilosis, se reinterrogó al paciente sobre posibles patologías óseas en su familia y la respuesta fue negativa. La exploración detallada de la piel en busca de lesiones fue negativa. No se realizó ninguna otra prueba de imagen (ni gammagrafía ósea ni RMN).

La osteopoiquilia u osteopoiquilosis es una displasia osteoesclerótica asintomática, de etiología inespecífica. Es más frecuente en hombres y se han descrito casos familiares, con herencia autosómica dominante^{1,2}.

Hasta en un 25% de los casos pueden aparecer lesiones cutáneas acompañantes; denominándose entonces síndrome de Buschke-Ollendorff u osteodermatopoiquilosis³. Las alteraciones en la piel son en forma de pápulas de color blanco amarillento, redondeadas u ovaladas, localizadas en la región lumbar, los glúteos, los brazos y los muslos, con cierta simetría, que histológicamente corresponden a infiltraciones fibrocolágenas y que son similares a las que aparecen en la esclerodermia⁴.

Clínicamente, es asintomática y no produce deformidad ni alteración en el desarrollo normal óseo por lo que el diagnóstico suele ser un hallazgo radiológico^{5,6}: focos de esclerosis ósea redondeados u ovoideos, rara vez mayores de 10 mm, simétricos, bien definidos, sin afectación de la cortical ósea y con predilección por las epífisis y las metafisis de los huesos tubulares, carpos, tarsos, pelvis y omóplatos, siendo rara la afectación de las costillas, las clavículas, la columna y el cráneo. Hay, por tanto, una afectación poliostótica (varios huesos) y politópica (distintas partes del hueso)⁷.

La anatomía patológica se caracteriza por la existencia de focos ovales de hueso compacto, localizados a nivel de la esponjosa, que son indistinguibles de las exostosis solitarias (islotos óseos).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con metástasis osteoblásticas, en especial cuando no es simétrica o cuando aparece en pacientes por encima de los 40-50 años⁶, con esclerosis tuberosa y con mastocitosis⁸. La gammagrafía ósea normal descarta en estos casos la presencia de metástasis óseas.

Bibliografía

1. Fernández Aldana A, Quintana G, Rojas A, Restrepo JF, Rondón F, Sánchez Contreras A, et al. Osteopoiquilia. Estudio de 12 pacientes. REEMO. 2004;13:129–33.
2. Calvo Romero JM, Lorente Moreno R, Ramos Salado JL, Romero Requena J. Osteopoiquilosis: a propósito de tres casos y revisión de la literatura. An Med Intern. 2000;17:29–31.
3. Álvarez Castro C, Pérez Sandoval T, Díez Álvarez E, Sánchez Bustelo A. Lesiones cutáneas en varón de 7 años. Reumatol Clin. 2006;2:210–1.
4. Conde A, Feal C, Rosón E, Mayo E, Cruces M. Asociación de lesiones cutáneas y óseas. Actas Dermosifiliogr. 2004;95:408–10.
5. Lagier R, Mbakop A, Bigler A. Osteopoiquilosis: A radiological and pathological study. Skeletal Radiol. 1984;11:161–8.
6. Schena D, Germi L, Zamperetti MR, Colato C, Girolomoni G. Buschke-Ollendorff syndrome. Int J Dermatol. 2008;47:1159–61.

7. Carpintero P, Abad JA, Serrano P, Serrano JA, Rodríguez P, Castro L. Clinical features of ten cases of osteopoikilosis. *Clin Rheumatol*. 2004;23:505-8.
 8. Serdaroglu M, Capkin E, Uçuncü F, Tosun M. Case report of a patient with osteopoikilosis. *Rheumatol Int*. 2007;27:683-6.

^b *Departamento de Especialidades Médicas, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España*

Pedro Gargantilla Madera ^a, Emilio Pintor Holguín ^{b,*} y Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas ^b

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: emilio.pintor@uem.es (E. Pintor Holguín).

^a *Servicio de Medicina Interna, Hospital de El Escorial, Madrid, España*

doi:10.1016/j.reuma.2009.04.011

What is the importance of nutrition in rheumatoid arthritis?

¿Cuál es la importancia de la nutrición en la artritis reumatoide?

Sr. Editor

Historically, nutritional therapy for rheumatoid arthritis (RA) has been very appreciated by the medical community. Moreover it has always been a topic of great interest to patients. It follows from this that medical practitioners need information on how best to respond the patients' questions about what they should be eating in an attempt to control RA.

RA and musculoskeletal disorders are among the most common medical disorders. This disease is characterized by a chronic inflammation of the synovial tissue leading to cartilage and bone damage. Several environmental factors have been recognized as increasing the risk of developing RA and emerging scientific evidence supports the relationship between nutrition and RA. For instance, a consistent prospective, double-blind, and randomized trial found that olive oil supplementation was associated with lower risk of RA.¹ Besides, well-designed and

meta-analysis studies suggest that patients with RA should consume 3-6 g of omega 3 fatty acids (n-3) daily throughout ≥ 12 weeks. After taking n-3 supplements for this period, patients have reported reduction in joint pain intensity and in non-steroidal anti-inflammatory drugs dose.^{2,3} Recently, Dawczynski et al⁴ in a randomized, double-blind, placebo-controlled and cross-over study showed that the effects of dairy products moderately supplemented with n-3 have not improved the RA activity. However, the long-term consumption of dairy products acts against the cartilage and bone destruction in RA.

Concerning other nutrients, a population-based prospective study revealed that the daily intake of one glass of orange juice (containing β-cryptoxanthin, a potent anti-inflammatory component of the diet) is associated with lower risk of developing RA.⁵ In line with this, other prospective cohort study with more than 29,000 women showed that the high intake of β-cryptoxanthin, zinc supplements and diets rich in fruits and cruciferous vegetables may also be protective against RA.⁶

Broadly speaking, McCann⁷ summarized that the nutritional therapy for RA should include anti-inflammatory nutrients (minimum amount of meat and plenty of fish, whole grains, fruits, and vegetables). However, in the same year, Benito-Garcia

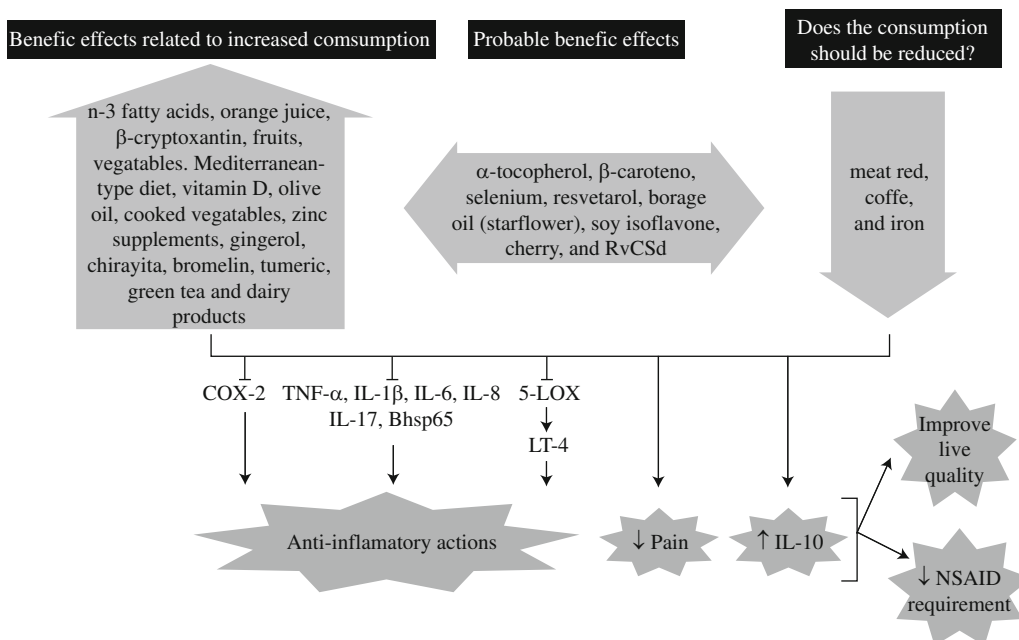


Fig. 1. The possible effects of some components of the diet on the prevention and treatment of rheumatoid arthritis. RvCSd: an oriental herbal mixture (Rv: *Rhus verniciflua* Stokes, C: *Cinnamomum cassia*, Sd: *Saposhnikovia divaricata*), LT: leucotriene, PG: prostaglandin, IL: interleukin, TXB: thromboxane, COX: cyclooxygenase, TNF: tumor necrosis factor, LOX: lipoxygenase, NSAID: non-steroidal anti-inflammatory drug.