

Enfermedad de Brower u osteitis condensante de clavícula

Brower disease or condensing osteitis of the clavicle: a case report

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Clínic i Universitari de Barcelona.

Fernández-Valencia J. A.
Bori G.
García S.

RESUMEN

La enfermedad de Brower, también conocida como osteitis condensante de clavícula, es una enfermedad infrecuente que afecta a la articulación esternoclavicular. Se presenta el caso de una paciente de 74 años que aquejaba tumefacción y dolor leve en la articulación esternoclavicular derecha, en la que se diagnosticó una osteitis condensante de clavícula, documentada mediante tomografía computadorizada. A pesar de que no es recomendable realizarlo de forma sistemática, se efectuó una punción para biopsia y cultivo para descartar la presencia de una neoplasia o infección. A los cinco años de seguimiento, la evolución ha sido satisfactoria simplemente mediante tratamiento sintomático. Finalmente se revisa tanto el tratamiento como el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Brower.

Palabras clave: Clavícula, osteítis, tumoración.

Fernández-Valencia J. A., Bori G., García S.
Enfermedad de Brower u osteitis condensante de clavícula
Patología del Aparato Locomotor, 2005; 3 (3): 217-220

ABSTRACT

Brower disease, also known as condensing osteitis of the clavicle, is an uncommon disease affecting the sternoclavicular joint. We present a 74 year-old woman complaining of swelling and slight pain in the right sternoclavicular joint in which a condensing osteitis was documented by computer tomography. Despite it is not routinely recommended, needle biopsy and cultures were performed to rule out infection or malignancy. At five years-follow-up, the evolution has been satisfactory simply with symptomatic treatment. Finally, management of Brower disease and differential diagnose is discussed.

Key words: Clavicle, osteitis, tumor

Fernández-Valencia J. A., Bori G., García S.
Brower disease or condensing osteitis of the clavicle: a case report
Patología del Aparato Locomotor, 2005; 3 (3): 217-220

Correspondencia:

Dr. Jenaro A. Fernández-Valencia
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología
Instituto Clínico del Aparato Locomotor
C/ Villarroel, 170
08036 Barcelona
Tel.: 93 227 93 14
E-mail: jenarofv@clinic.ub.es

INTRODUCCIÓN

La articulación esternoclavicular (AEC) dolorosa supone un auténtico reto diagnóstico (1,2). Si bien la infección de la AEC es uno de los fenómenos más conocidos por su potencial efecto deletéreo (3,4), otras entidades quizá más prevalentes como la artrosis o las enfermedades inflamatorias afectando a esta articulación tienden a infradiagnosticarse (2,5).

En el capítulo de las enfermedades primarias afectando la AEC existe una enfermedad denominada osteítis condensante de clavícula, o enfermedad de Brower sobre la cual existen contados casos en la literatura y de la cual se conoce todavía muy poco (6,7,8,9). Presentamos un caso de enfermedad de Brower diagnosticado en una paciente de 79 años de edad; se realiza una discusión sobre el diagnóstico diferencial y el tratamiento de esta entidad.

CASO CLÍNICO

Mujer de 79 años de edad que acudió por presentar una tumoración localizada en la articulación esternoclavicular (AEC) derecha de tres meses de evolución, que en ocasiones provocaba un dolor moderado. No había presentado fiebre ni síndrome constitucional y el dolor nunca le había despertado por la noche. Como antecedentes destacaban: 1) apendicectomía, 2) amigdalectomía, 3) osteoporosis, 3) hipertensión arterial, 4) gammopatía monoclonal (Ig G cadenas kappa), 5) arteritis de Horton con polimialgia reumática diagnosticada en el 1989 mediante biopsia.

En la exploración física, se observó una tumoración en la región esternoclavicular derecha (Fig.1), no dolorosa, sin signos inflamatorios locales, de consistencia dura y elástica.

El estudio analítico no mostró alteraciones salvo por la presencia de una velocidad de sedimentación (VSG) de 44 mm/h, una hemoglobina de 11,9 gr/L, y proteínas totales de 85 gr/L, con un 32% de gammaglobulinas en el proteinograma. La radiografía de clavícula mostró un aumento de la densidad de la porción medial de la clavícula derecha.

El aspirado de medula ósea fue normocelular con presencia de las tres series y un 13% de células plasmáticas. Se practicó inmunolectrofo-



Fig. 1. Imagen clínica: Se puede apreciar una asimetría de la AEC derecha respecto de la izquierda.

resis, detectándose la presencia de inmunoglobulina IgG kappa de carácter monoclonal en sangre y en orina. La cuantificación de las Inmunoglobulinas fue: IgG 23.800 gr/L, IgA 0,474 gr/L, IgM 0,329 gr/L, diagnosticándose un mieloma múltiple.

La tomografía computadorizada (TC) clavicular mostró un aumento de la interlínea articular esternoclavicular derecha con intensa esclerosis en el interior de la clavícula, orientando al diagnóstico de osteítis condensante (Fig.2). Se procedió a la punción aspirativa (PAAF) bajo control con TC para cultivo y biopsia del material. La tinción de Gram fue negativa y los cultivos para gérmenes habituales, hongos y Lowenstein también lo fueron. La citología de la sinovial mostró un discreto aumento de infiltrado inflamatorio con predominio de polimorfonucleares,



Fig. 2. TC transversal de la región torácica superior: Esclerosis de la clavícula medial derecha, con obliteración completa de la cavidad medular.

sin células atípicas. La tumoración de la AEC fue diagnosticada de osteítis condensante de clavícula derecha.

Se inició el tratamiento para el mieloma múltiple y la enfermedad de Brower se trató mediante la administración de diclofenaco vía oral a demanda (con un máximo diario de 150 mg) asociado a gastroprotección con omeprazol, con mejoría significativa de la sintomatología dolorosa y periodos de remisión en los que la paciente pudo dejar el tratamiento durante meses. Los cuadros de dolor han sido fluctuantes durante cinco años, pero con buena respuesta al tratamiento con antiinflamatorios y sin repercusión funcional.

DISCUSIÓN

Desde la primera descripción por Brower hace 30 años (6), esta entidad ha permanecido como un diagnóstico raro en frecuencia y de causa desconocida. La mayoría de los casos son descritos en mujeres. La edad de presentación es entorno de la cuarta década. La manifestación clínica es de dolor sordo y variable, con una tumoración blanda en la zona medial de la clavícula, y los pacientes habitualmente describen una historia de estrés mecánico. El dolor incrementa con la abducción del brazo, y puede irradiar a la fosa supraclavicular y al hombro ipsilateral. No se encuentran signos de infección ni signos analíticos específicos, como mucho se puede encontrar una VSG aumentada y unos leucocitos aumentados moderadamente.

Los signos radiológicos considerados característicos son el aumento homogéneo de la densidad unilateral en la zona medial de la clavícula, con un osteofito en el margen inferomedial, con una AEC normal sin afectación de las partes blandas ni óseas circundantes (2). En el caso presentado se observó un aumento de densidad en la clavícula medial, sin presencia de osteofitos ni alteración aparente de la AEC. Por otro lado, la lesión no se podía relacionar con el mieloma múltiple, ya que éste ocasiona lesiones típicamente osteolíticas.

La TC es la prueba de elección para confirmar la enfermedad de Brower (1,2). Por otro lado nos permitirá realizar la toma del cultivo y biopsia para descartar un proceso infeccioso o

tumoral en los casos dudosos. La imagen característica de la enfermedad de Brower en la TC consiste en una obliteración de medula ósea de la clavícula medial con una densa esclerosis. Histológicamente se observa un hueso trabecular grueso sin signos de inflamación.

El diagnóstico diferencial incluye lesiones de la AEC como la hiperostosis esternoclavicular, la luxación atraumática, la artritis séptica, o las enfermedades inflamatorias.

Las manifestaciones clínicas, en especial la tumoración medial de clavícula, son muy similares a las provocadas por hiperostosis esternoclavicular. Este proceso consiste en una hiperostosis que afecta a la clavícula, esternón, primeras costillas, y tejidos blandos circundantes. Ocurre frecuentemente en mujeres entre 50 y 70 años y se puede acompañar de pustulosis en las palmas de las manos y plantas de los pies. El cuadro clínico en la AEC acostumbra a ser paralelo y sincrónico en intensidad a la pustulosis (1). En el caso del síndrome SAPHO, los síntomas torácicos llegan a encontrarse en el 80-94% de los pacientes (2,10), asociando a la afectación de la AEC la presencia de psoriasis pustulosa, acné conglobata y pustulosis palmo-plantar.

La subluxación espontánea anterior de clavícula afecta más frecuentemente a mujeres jóvenes y acontece de forma insidiosa e indolora. Algunos pacientes refieren ocasionalmente recordar un chasquido de la clavícula previo a la aparición de la tumoración. La articulación se subluxa en la flexión o flexión-abducción-rotación externa. La sintomatología es leve y los resultados de la cirugía son controvertidos (2).

Respecto a la artritis séptica de la AEC, los pacientes con riesgo de padecerla son aquellos con antecedente de historia de adicción al alcohol o a la heroína, diabetes mellitus, artritis reumatoide y/o SIDA (3,11). En el caso presentado no existía ninguno de dichos antecedentes y dicha patología quedaba descartada en especial por criterios analíticos.

Las enfermedades inflamatorias entran también en el diagnóstico diferencial. La artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante afectan frecuentemente a la AEC: en el 40% y en el 10% de los casos respectivamente. El índice de afectación en otras espondiloartropatías no se ha estudiado pero se presupone también elevado (ar-

tritis psoriásica, artritis reactiva, y artropatías entropáticas). La radiología se caracteriza por la presencia de geodas con ribete esclerótico y/o erosiones articulares tanto en clavícula como en manubrio (2).

La mayoría de los casos descritos de enfermedad de Brower presentaron una buena respuesta al tratamiento sintomático con analgésicos vía oral (6,7,8,9). Otros tratamientos propuestos, con resultados dispares, son la inyección local de corticosteroides, los antibióticos, la radiación, y la quimioterapia. En el caso presentado, la simple administración a demanda de antiinflamatorios no esteroideos resultó eficaz para controlar el dolor. Sólo en casos muy severos podría indicarse la resección y estabilización del tercio medial de la clavícula. El objetivo principal de dicho procedimiento es la remisión del dolor y secundariamente confirmar el diagnóstico, con el fin de descartar una neoplasia primaria o metastásica (12). Cabe reseñar que la pérdida funcional para las actividades cotidianas tras la resección de la clavícula medial es mínima si se estabiliza adecuadamente la clavícula remanente.

BIBLIOGRAFÍA

1. GÓMEZ-CASTRESANA F, FERRÁNDEZ PORTAL L. Lesiones de la articulación esternoclavicular. En: Ferrández Portal. Actualizaciones en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Actualizaciones SECOT 4. Barcelona: Masson 2003; p 127-138.
2. LE LOËT X, VITTECOQ O. The sternoclavicular joint: normal and abnormal features. *Joint Bone Spine* 2002; 161-9.
3. GARCIA S, COMBALIA A, SEGUR J M, LLOVERA A J. Osteomyelitis of the clavicle. A case report. *Acta Orthop Belg* 1999; 65(3): 369-371.
4. WOHLGETHAN J R, NEWBERG A H, REED J I. The risk of abcess from sterno-clavicular septic arthritis. *J Rheum* 1988; 15: 1302-6.
5. BAKER M E, MARTINEZ S, KIER R, WAIN S. High resolution computed tomography of the cadaveric sterno-clavicular joint: findings in degenerative joint disease. *J Comput Tomogr* 1988; 12: 13-8.
6. BROWER A C, SWEET D E, KEATS T E. Condensing osteitis of the clavicle: a new entity. *AJR* 1974; 121:17-21.
7. KRUGER-G D, ROCK-M G, MUNRO-T G. Condensing osteitis of the clavicle. A review of the literature and report of three cases. *J Bone Joint-Surg (Am)* 1987; 69(4): 550-7.
8. NOONAN P T, STANLEY M D, SARTORIS D J, RESNICK D. Condensing osteitis of the clavicle in a man. *Skeletal Radiol* 1998; 27(5): 291-3.
9. WEINER SN, LEVY M, BERNSTEIN R. Condensing osteitis of the clavicle. A case report. *J Bone Joint Surg (Am)* 1984; 66(9): 1484-6.
10. MEJIA D O, DARAGON A, LOUVEL J P, DASILVA L F, THOMINE E, LE LOËT X. Osteoarticular manifestations of pustulosis palmaris and plantaris and of psoriasis: two distinct entities. *Ann Rheum Dis* 1996; 55: 177-80.
11. CARLOS G N, KESLER K A, CALEMAN J J, BRODERICK L, TURRENTINE M W, BROWN J W. Aggressive surgical management of sternoclavicular infections. *J Thorac Cardiovascular Surg* 1997; 113: 242-7.
12. FERNÁNDEZ-VALENCIA J A, SASTRE S, DOMINGO A. Tumoración de la pared costal. Ferrández Portal L, Suso S. Libro de Casos Clínicos de Residentes de Cirugía Ortopédica y Traumatología N° 3. *Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT)*. Editorial Luzán 5 S.A., Madrid 2003. pags 189-190.