Reumatología clínica en imágenes
Camptocormia: a propósito de un caso
Camptocormia: Case presentation

Beatriz Tejera a, *, Susana Holgado a, Vanessa Calderón b y Ricard Pérez c

a Sección de Reumatología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España
b Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España
c Servicio de Radiología, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Varón de 86 años, independiente para las actividades de la vida diaria, con antecedentes patológicos de cardiopatía isquémica, fibrilación auricular crónica, diabetes mellitus tipo 1 e hipotiroidismo. Consultó por dolor lumbar de características mecánicas e inestabilidad de la marcha, sin antecedente traumático previo. Se acompañaba de una cifosis armónica progresiva, reducible con la bipedestación y el decúbito. En la exploración física destacaba el aumento de la curvatura anteroposterior del raquis que condicionaba el contacto de las costillas con la pelvis y que se reducía con el decúbito (fig. 1), ligera flexión de las rodillas y retroversión de la pelvis. El resto de la exploración física resultó anodina. Se realizó radiografías de columna dorsal y lumbar (anteroposterior y perfil) que no mostraron alteraciones significativas a excepción de signos degenerativos. Con la sospecha diagnóstica de camptocormia, se solicitó una tomografía computarizada de columna lumbar donde se observó una atrofia muscular selectiva paravertebral posterior (fig. 2), compatible con la orientación diagnóstica inicial. Se inició tratamiento analgésico y rehabilitación.

Discusión

La camptocormia o «síndrome de la columna doblada» (bent spine syndrome) es una alteración postural adquirida, incapacitante, que se caracteriza por la flexión de la columna dorsolumbar, retroversión de la pelvis y flexión de las rodillas para conseguir que el centro de gravedad se mantenga sobre los pies. El término deriva del griego «camptos» que significa doblar, y «cormó», que hace referencia al tronco1. Fue descrito por primera vez por Brodie en 1818, quien sugirió que la etiología del dolor lumbar y la curvatura anormal de la columna tenía un origen psicogéneo. Años más tarde, en

Figura 1. Aumento de la curvatura de la columna que se hace más pronunciada con la deambulación.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: btejerasegura@gmail.com (B. Tejera).

1699-258X/$ – see front matter © 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2012.05.004
El tratamiento es limitado y, por lo general, poco efectivo. Combina la rehabilitación y el tratamiento farmacológico sintomático. En algunos casos se han utilizado medidas más invasivas como la cirugía.

Un estudio prospectivo de 15 pacientes diagnosticados de camptocormia evaluó la efectividad de la ortesis de distracción anterior toracopélvica asociada a fisioterapia, consiguiendo aumentos en la calidad de vida en más del 90% de los casos. Las inmunoglobulinas han demostrado ser efectivas en aquellos casos con miopatía inflamatoria. La L-dopa en pacientes con enfermedad de Parkinson no suele dar grandes resultados. La inyección de toxina botulínica en los músculos rectos abdominales y en músculo iliopsoas ha sido eficaz en algunos casos recogidos en la literatura.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Agradecimientos

A la Dra. Ana Carreras, jefa de Servicio de Urgencias de Hospital Germans Trias i Pujol por las imágenes y el caso.

Bibliografía

1. Finsterer J, Strobl Presentation W. Etiology, diagnosis and management of camptocormia. Eur Neurol. 2010;64:1–8.
2. Katsuyuki Shinjo S, Carolina Ramos Torres S, Stiel Radu A. Camptocormia: a rare axial myopathy disease. Clinics. 2008;63:416–7.
3. Av N, Miyasaki JM, Lange AE. Acute onset dystonic camptocormia caused by lenticular lesions. Mov Disord. 2001;16:177–80.
4. Schabitz WR, Glatz K, Schuhan C, Sommer C, Berger C, Schwaminger M, et al. Severe forward flexion of the trunk in Parkinson’s disease: focal myopathy of the paraspinal muscles mimicking camptocormia. Mov Disord. 2003;18:408–14.
5. Laroche M, Delisle MB, Aziza R, Lagarrigue J, Mazieres B. Is camptocormia a primary muscular disease? Spine. 1995;20:1011–6.
6. Robert F, Koenig M, Robert A, Boyer S, Cathébras P, Camdessanché JP. Acute camptocormia induced by olanzapine: a case report. J Med Case Report. 2010;4:192.
7. Lohl LM, Hum AV, Teoh HL, Lim EC. Graves disease associated with spasmodic truncal flexion. Parkinsonism Relat Disord. 2005;11:117–9.
8. Azher SN, Jankovic J. Camptocormia: pathogenesis, classification, and response to therapy. Neurology. 2005;65:355–9.
9. De Sèze MP, Creuzé A, De Sèze M, Mazaux JM. An orthosis and physiotherapy programme for the camptocormia: a prospective case study. J Rehabil Med. 2008;40:761–5.
10. Fietzek UM, Schroetter FE, Ceballos-Baumann AO. Goal attainment after treatment of parkinsonian camptocormia with botulinum toxin. Mov Disord. 2009;24:2027–8.