



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Baltaxe, Erik; Suárez, Fernando; Zarante, Ignacio  
Displasia campomélica. Descripción de un caso  
Colombia Médica, vol. 36, núm. 4, octubre-diciembre, 2005, pp. 266-270  
Universidad del Valle  
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28336407>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

***Displasia campomélica. Descripción de un caso*****Erik Baltaxe, M.D.<sup>1</sup>, Fernando Suárez, M.D.<sup>2</sup>, Ignacio Zarante, M.D., M.Sc.<sup>3</sup>****RESUMEN**

La displasia campomélica es una alteración del desarrollo óseo que se presenta de forma austosómica dominante. Se caracteriza por el encorvamiento de los fémures y tibias, junto con otras alteraciones orofaciales, cardiopulmonares y neurológicas. El cariotipo puede mostrar sexo reverso. Las mutaciones del gen *SOX9* son responsables en la mayoría de casos de estas alteraciones esqueléticas y genitales. Se presenta aquí un caso de displasia campomélica con compromiso óseo de miembros inferiores característico, identificado a través de ECLAMC (Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas) en Colombia y se hace una revisión de la fisiopatología molecular de la enfermedad.

**Palabras clave:** *Displasia campomélica; Displasia camptomélica; Malformaciones congénitas; Displasia esquelética; Reversión sexual; ECLAMC.*

**Case report: Campomelic dysplasia**

**SUMMARY**

Campomelic dysplasia is an alteration of bone development which is manifested as an autosomal dominant disease. It is characterized by femoral and tibial bowing, along with other items such as orofacial, cardiopulmonary and neurological alterations. The karyotype results can show sex reversal. Mutations in the gene *SOX9* are responsible in most of the cases for the skeletal and genital anomalies. A case of campomelic dysplasia with typical long bone bowing, identified in ECLAMC (Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas) is here presented and its molecular physiopathology is reviewed.

**Key words:** *Campomelic dysplasia; Camptomelic dysplasia; Congenital malformations; Skeletal dysplasia; Sex reversal; ECLAMC.*

Las displasias óseas agrupan un conjunto amplio y heterogéneo de alteraciones innatas del desarrollo del hueso y cartílago. La displasia campomélica, clasificada dentro de las osteocondrodisplasias letales, es una enfermedad caracterizada por el encorvamiento de los huesos largos, entre ellos la tibia y el fémur. Se puede asociar además con otras anomalías esqueléticas y extraesqueléticas que comprometen la formación orofacial, genitourinaria, cardiopulmonar y neurológica. El estudio citogenético evidencia en algunos casos sexo reverso. Desde el punto de vista etiológico se han identificado las mutaciones del gen *SOX9* como responsables en la mayoría de los casos. Su incidencia mundial se calcula en 1 de cada 200.000 nacimientos. En Colombia sólo se ha documentado este

caso sobre una base poblacional de 45.000 nacimientos registrados por el ECLAMC (datos no publicados).

**PRESENTACIÓN DEL CASO**

El paciente fue visto en uno de los 11 hospitales vinculados al proyecto ECLAMC en Colombia. Previa firma de informe de consentimiento se diligenció el formato estándar sugerido por el ECLAMC y se revisó la historia clínica. Producto de primer embarazo de madre de 31 años natural y procedente de Bogotá, de ocupación abogada. Durante el embarazo cursó con infección urinaria manejada con ampicilina en el primer trimestre. Tuvo cuatro caídas desde su propia altura sin consecuencias aparentes. Consumió ácido fólico en el

1. Médico Rural, Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. e-mail:erik.baltaxe@javeriana.edu.co
2. Profesor Instructor, Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. e-mail:fernando.suarez@javeriana.edu.co
3. Profesor Asistente, Instituto de Genética Humana, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. e-mail:izarante@javeriana.edu.co

Recibido para publicación enero 26, 2005 Aprobado para publicación octubre 26, 2005



**Figura 1. Se destaca el acortamiento rizomélico en las cuatro extremidades y el marcado encorvamiento de las tibias.**



**Figura 2. Detalle del miembro inferior derecho con encorvamiento anterior de la tibia.**

primer y segundo trimestres. Antecedentes maternos farmacológicos: beclometasona tópica por rinitis alérgica. Paracéntricos: ecografías prenatales en número de 5. En la tercera (con una edad gestacional de 20 semanas) mostró encorvamiento bilateral del fémur.

Se practicó cesárea a las 35.5 semanas por ruptura prematura de membranas, y se obtuvo un producto de sexo masculino. El Apgar al minuto fue 8/10 dado por cianosis, 9/10 y 9/10 a los 5 y 10 min, respectivamente. El Silverman fue 1-2 y el Ballard de 37 semanas. Las medidas antropométricas fueron: peso: 2.280 g (P 25-50), talla: 44 cm (<P 10), perímetro cefálico: 32 cm (P 25), distancia intermamilar: 7 cm (P 3-50), mano total: 6 cm (P 50) y dedo medio: 2.5 cm (P 50). Al examen físico presentaba fontanelas amplias, sutura coronal abierta, ictericia leve. Cardiopulmonar, tórax y abdomen normales. Las extremidades mostraban acortamiento rizomélico en miembros superiores; encorvamiento en fémur y tibia innegables clínicamente (Figuras 1 y 2) Examen neurológico normal.

Requirió Unidad de Recién Nacidos por prematuridad, taquipnea transitoria del recién nacido y sospecha de infección neonatal secundaria a ruptura prematura de membranas (14 horas). Duró hospitalizado 8 días con

mejoría del cuadro respiratorio e infeccioso, y egresó estable clínicamente.

**Paracéntricos.** Estudio radiológico: Tórax AP y lateral, cuerpo entero y miembros inferiores. Deformidad campomélica solamente de los huesos largos de miembros inferiores, con alteraciones en la forma del tórax, el número de costillas y los huesos pélvicos (Figuras 3 y 4).

**FTA ABS.** No reactivo. Serología (RPR): No reactivo. Química sanguínea al nacimiento: BUN: 3.5 mg/dl; creatinina: 0.58 (0.7-1.5) mg/dl; calcio: 10.13 (8.4-10.2) mg/dl; fósforo: 6.06 (2.5-4.5) mg/dl; fosfatasa alcalina 375 (38-126) U/l; bilirrubina total 8.9 mmol/l; bilirrubina directa 0.16 mmol/l.

**Química sanguínea de control.** Calcio: 10.01 (8.4-10.2) mg/dl; fosfatasa alcalina: 429 (38-126) U/l; fósforo: 6.44 (4-7) mg/dl.

**Cariotipo.** 46, XY sin alteraciones cromosómicas estructurales.

En el control a los 5 meses se encontró un paciente asintomático, con evolución favorable y sin progresión clínica del encorvamiento femoral. Las radiografías de control de miembros inferiores sugieren como diagnóstico diferencial hipofosfatemia, sin descartar otras etiologías.



**Figura 3.** Se evidencian 11 pares de costillas, tórax en forma de campana y encorvamiento de huesos largos.



**Figura 4.** Detalle de pelvis y miembros inferiores. Nótese el ensanchamiento de la rama vertical del isquián, huesos públicos hipoplásicos, acetábulos aplanados y encorvamiento de huesos largos.

## DISCUSIÓN

Además de sus alteraciones óseas características la displasia campomélica se puede asociar también con otras anomalías esqueléticas como macrocranea, cara aplanaada, cifoescoliosis, talipes equinovaro, hipoplasia escapular y costillas delgadas. Igualmente puede haber otras alteraciones extraesqueléticas como paladar hendido, hidronefrosis, hipotonía y dificultad respiratoria que en muchos casos es la causa de muerte. Asimismo se han descrito casos con malformaciones cardíacas, retraso mental y sordera<sup>1</sup>.

Radiológicamente se consideran las siguientes características: mandíbula hipoplásica, vértebras cervicales hipoplásicas, escápula hipoplásica, tórax pequeño en forma de campana con once pares de costillas, pedículos vertebrales hipoplásicos o no mineralizados, hueso ilíaco con rama vertical delgada, hueso púbico hipoplásico, luxación de cadera con acetábulos aplanados, tibia y fémur encorvados, osificación retardada de las epífisis distales del fémur y proximales de la tibia y esternón, cabezas radiales luxadas, primeros metacarpianos cortos y falanges medias cortas del segundo al quinto dedos<sup>2</sup>.

Esta displasia esquelética es infrecuente y se calcula su incidencia en 1 caso por cada 200.000 nacimientos<sup>1</sup>. Casi siempre es una enfermedad letal, pero se estima que 10% de los afectados sobreviven. Estos pacientes desarrollan cifoescoliosis severas, talipes equinovaro, luxación o subluxación congénita de la cadera, luxación de las cabezas radiales con limitación en la supinación, retardo en el desarrollo motor (en especial motor grueso), déficit auditivo y caries dentales<sup>3</sup>.

**Cuadro 1**  
**Diagnósticos diferenciales posibles en este caso**

Diagnóstico diferencial	Comentario	Referencias
Displasia kifomélica	Esta entidad no presenta tibias encorvadas	4
Hipofosfatasia	No concuerda la química sanguínea y no existe hipomineralización ósea en este caso	5
Síndrome de Antley-Bixler	En el presente caso no se describen craneosinostosis ni sinostosis radiohumeral	6
Displasia diastrófica	Esta displasia no presenta alteración en escápulas o huesos ilíacos	7
Síndrome de Stüve-Wiedemann	En este síndrome hay un acortamiento mayor que en la displasia campomélica y no hay anomalías escapulares o ilíacas	8
Se han descrito casos aislados de acortamiento mesomélico y encorvamiento así como encorvamiento de huesos largos simétricos o asimétricos	No se describen otras anomalías asociadas	9 y 10

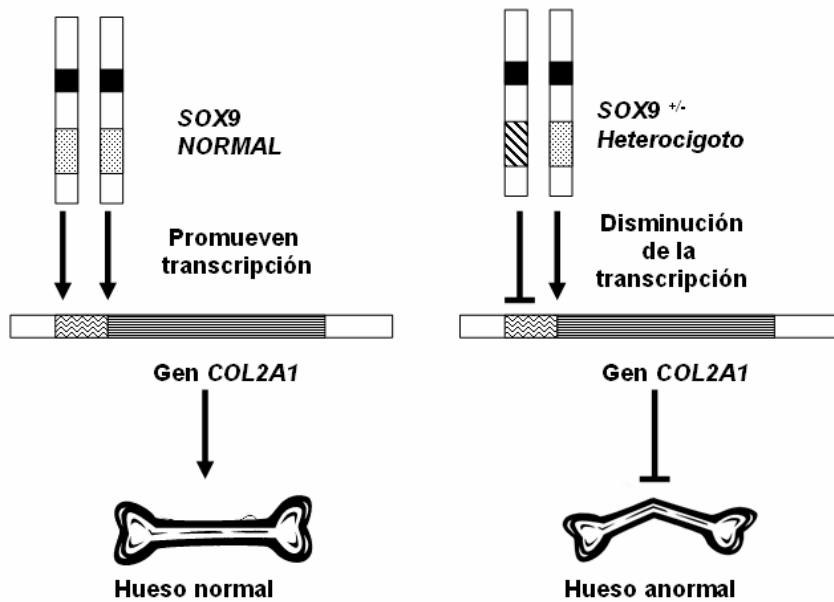


Figura 5. Cascada del gen SOX9 en maduración ósea

En este caso se deben considerar los diagnósticos diferenciales que se mencionan en el Cuadro 1<sup>4-10</sup>.

En algunos recién nacidos que son fenotípicamente femeninos se puede encontrar un cariotipo 46, XY (sexo reverso). El espectro comprende desde un fenotipo femenino hasta genitales ambiguos<sup>1,2</sup>.

La causa de esta alteración esquelética se encuentra en las mutaciones del gen SOX9 que se localiza en el cromosoma 17. Este gen es responsable de la diferenciación sexual y de la maduración de los condrocitos<sup>1,11</sup>. El gen codifica una proteína de 509 aminoácidos que hace parte de la familia de los factores de transcripción tipo SRY-SOX<sup>12</sup>.

Desde un punto de vista fisiopatológico, la mayoría de mutaciones presentes en la displasia campomélica afectan el sitio de unión de la proteína SOX9 al ADN. Recientemente se han descrito mutaciones que afectan la dimerización de esta proteína, e impide que realice su función una vez unida a la cadena de ADN<sup>11,13</sup>. El gen SOX9 codifica para el factor de transcripción que hace que los condrocitos produzcan el colágeno tipo II normal del hueso, a través de la activación del gen COL2A1. Si alguna de las copias del gen SOX9 está mutada no se activará la transcripción del gen COL2A1 de manera que se producirá un colágeno anormal (Figura 5). Este mecanismo se llama haploinsuficiencia porque se comporta como si el gen SOX9 estuviera en una sola dosis (haploide)<sup>14</sup>. Los condrocitos interpretan la baja acción de SOX9 como el estímulo para pasar a la fase de hipertrofia y mineralización ósea. Esto lleva consigo a la mineralización prematura de los núcleos de crecimiento epifisiarios y por tanto a la detención del crecimiento<sup>12,14</sup>. El encorvamiento de los huesos largos se puede explicar por la tracción que generan los músculos adyacentes

sobre un hueso debilitado por la ausencia de colágeno normal<sup>14</sup>. Lo anterior podría sugerir el mecanismo autosómico dominante para la herencia de esta entidad.

En cuanto a la diferenciación sexual, las interacciones son más complejas y no se han dilucidado por completo. Se sabe, sin embargo, que el gen SOX9 ejerce un efecto que depende de la dosis en el desarrollo y supervivencia de las células de Sertoli. Además SOX9 se une al gen que activa la hormona antimülleriana (AMH), de modo que cuando la proteína SOX9 se altera, hay ausencia total de transcripción en AMH lo que lleva a la persistencia de los conductos de Müller en ratones transgénicos<sup>12</sup>. Esto explica la presencia de un fenotipo femenino con un cariotipo masculino XY.

Se han propuesto varios mecanismos fisiopatológicos para explicar el hallazgo conjunto de encorvamiento más sexo reverso o cada característica por separado.

1. Heterocigotos compuestos, donde cada una de las mutaciones generará una transcripción preferencial en cada sistema y lleva al organismo a presentar alteraciones óseas, en el desarrollo sexual o ambas<sup>15</sup>.
2. Mosaicismos somáticos. La aparición de mutaciones en uno u otro de los tejidos comprometidos llevará a presentar uno u otro de los fenotipos<sup>16</sup>.
3. Aun si se presentara la misma mutación en ambos sistemas, los genes reguladores tejido específicos pueden llevar a la expresión o penetrancia variable del fenotipo<sup>15</sup>.
4. Alteración de genes reguladores de SOX9 específicos para gónadas o hueso producidos por rearreglos cromosómicos de 17q pueden mani-

festarse en la expresión fenotípica diferencial explicada por una translocación del gen SOX9 a un ambiente de cromatina condensada que dificulta su expresión<sup>17</sup>.

El asesoramiento genético se debe enfocar hacia un mecanismo de herencia autosómico dominante donde en la mayoría de las ocasiones se trata de una mutación *de novo*. Se ha descrito mosaicismo gonadal o somático en los padres de pacientes afectados, lo que genera un riesgo de recurrencia empírico de 2% a 5%<sup>16</sup>.

Esta entidad es uno de los mejores ejemplos de “fisiopatología molecular” aplicada a la genética clínica y muestra cuál debe ser el objetivo de un grupo de estudio multidisciplinario que integre de modo adecuado los conocimientos de las ciencias básicas en la comprensión de la enfermedad.

## AGRADECIMIENTOS

Al doctor Roberto Mendoza, Baylor College of Medicine, Houston, Texas por sus comentarios sobre el caso. Al doctor Fernando Novoa, radiólogo del Hospital Universitario San Ignacio por la interpretación de las imágenes radiológicas. Este trabajo se llevó a cabo con datos del Estudio Colaborativo Latinoamericano de Malformaciones Congénitas (ECLAMC).

## REFERENCIAS

1. Mansour S, Hall CM, Pembrey ME, Young ID. A clinical and genetic study of campomelic dysplasia. *J Med Genet* 1995; 32: 415-420.
2. Spranger JW, Brill PW, Poznanski AK. Bone dysplasias. In *Atlas of genetic disorders of skeletal development*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Oxford University Press; 2002.
3. Mansour S, Offiah AC, McDowall S, Sim P, Tolmie J, Hall C. The phenotype of survivors of campomelic dysplasia. *J Med Genet* 2002; 39: 597-602.
4. Prasad C, Cramer BC, Pushpanathan C, Crowley MC, Ives EJ. Kyphomelic dysplasia: a rare form of semilethal skeletal dysplasia. *Clin Genet* 2000; 58: 390-395.
5. Fallon MD, Teitelbaum SL, Weinstein RS, Goldfischer S, Brown DM, Whyte MP. Hypophosphatasia: clinicopathologic comparison of the infantile, childhood, and adult forms. *Medicine* 1984; 63: 12-24.
6. Crisponi G, Porcu C, Piu ME. Antley-Bixler syndrome: case report and review of the literature. *Clin Dysmorphol* 1997; 6: 61-68.
7. Gustavson KH, Holmgren G, Jagell S, Jorulf H. Lethal and non-lethal diastrophic dysplasia: a study of 14 Swedish cases. *Clin Genet* 1985; 28: 321-334.
8. Al-Gazali LI, Ravencroft A, Feng A, Shubbar A, Al-Saggaf A, Haas D. Stüve-Wiedemann syndrome in children surviving infancy: clinical and radiological features. *Clin Dysmorphol* 2003; 12: 1-8.
9. Reardon W, Hall CM, Slaney S, Huson SM, Connell J, Al-Hilaly N, et al. Mesomelic limb shortness: a previously unreported autosomal recessive type. *Am J Med Genet A* 1993; 47: 788-792.
10. Moore LA, Moore CA, Smith JA, Weaver DD. Asymmetric and symmetric long bone bowing in two sibs: an apparently new bone dysplasia. *Am J Med Genet A* 1993; 47: 1072-1077.
11. Foster JW, Domínguez-Steglich MA, Guioli S, et al. Campomelic dysplasia and autosomal sex reversal caused by mutations in an SRY-related gene. *Nature* 1994; 372: 525-530.
12. Mansour S. SOX9 and campomelic dysplasia and sex reversal. In: *Inborn errors of development. The molecular basis of clinical disorders of morphogenesis*. Epstein CE, Erickson RP, Wynshaw-Boris A (eds.). New York: Oxford University Press; 2004. p. 492-496.
13. Sock E, Pagon RA, Keymolen K, Lissens W, Wegner M, Scherer G. Loss of DNA-dependent dimerization of the transcription factor SOX9 as a cause for campomelic dysplasia. *Hum Mol Genet* 2003; 12: 1439-1447.
14. Bi W, Huang W, Whitworth DJ, et al. Haploinsufficiency of SOX9 results in defective cartilage primordia and premature skeletal mineralization. *Proc Natl Acad Sci USA* 2001; 98: 6698-6703.
15. Meyer J, Sudbeck P, Held M, et al. Mutational analysis of the SOX9 gene in campomelic dysplasia and autosomal sex reversal: lack of genotype/phenotype correlations. *Hum Mol Genet* 1997; 6: 91-98.
16. Mansour S, Hall CM, Pembrey ME, Young ID. A clinical and genetic study of campomelic dysplasia. *J Med Genet* 1995; 32: 415-420.
17. Pfeifer D, Kist R, Dewar K, et al. Campomelic dysplasia translocation breakpoints are scattered over 1 Mb proximal to SOX9: evidence for an extended control region. *Am J Hum Genet* 1999; 65: 111-124.