

¿Qué hay detrás del signo del orador?

Sanat Phatak,^{1*} Pranav Mahadevkar,² Jennifer L. Ingram,³ and Chittaranjan Yajnik⁴

1. Rheumatology, KEM Hospital Research Centre, India

2. Radiodiagnosis, Ruby Hall Clinic, India

3. Medicine/Pulmonary, Allergy and Critical Care Medicine, Duke University Medical Center, USA

4. Diabetes Unit, KEM Hospital Research Centre, India

* Correspondencia: Sanat Phatak, KEM Hospital Research Centre, Sardar Moodliar Road, Pune 411011, India | E-mail: sanatphatak@gmail.com

Palabras clave: diabetes, mano, fibrosis, esclerosis sistémica

Abstract

Contrastamos dos pacientes, uno con diabetes tipo 2 y otro con esclerosis sistémica (ES), que presentaban una restricción severa de las articulaciones de las manos. A pesar de hallazgos clínicos similares, la resonancia magnética reveló tenosinovitis inflamatoria en el caso de la ES, frente a cambios fibróticos no inflamatorios en la diabetes. Esta comparación entre similitudes clínicas y diferencias en imagenología resalta cómo un mismo fenotipo—el “signo del orador”—puede surgir de mecanismos patológicos distintos, y sugiere también su posible uso como biomarcador visible de fibrosis sistémica, con implicaciones específicas según la enfermedad.

Descripción

La movilidad articular limitada (LJM, por sus siglas en inglés), también conocida como queiroartropatía diabética, se asocia con la diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2. La LJM se manifiesta clínicamente con el “signo del orador”, la incapacidad para juntar completamente las palmas debido a contracturas en flexión indoloras. Las imágenes suelen mostrar engrosamiento de la piel palmar y de las vainas de los tendones flexores, sin afectación articular^{1,2}.

Contrastamos dos pacientes con una restricción de las manos casi idéntica: un hombre de 51 años con diabetes tipo 2 y una mujer de 36 años con esclerosis sistémica cutánea difusa (ESc). Ambos presentaban una limitación marcada en la extensión de los dedos (extensión de la articulación metacarpofalángica [MCP] limitada a 5°) y una separación de 40 mm entre las quintas MCPs. La función de la mano estaba mejor conservada en el paciente con diabetes (índice de Duruöz: 14 vs. 36).

1

La resonancia magnética (RM) axial con densidad protónica y saturación de grasa (PDFS) a nivel del túnel carpiano mostró engrosamiento cutáneo, pérdida de grasa subcutánea y engrosamiento tenosinovial de los tendones flexores en ambos pacientes. En el caso de la ESc, se observó una proliferación más exuberante de los flexores (flechas gruesas), tenosinovitis adicional de los extensores (flechas delgadas), y un engrosamiento cutáneo más marcado.

A pesar de los hallazgos clínicos similares, las resonancias magnéticas revelan diferencias

claras. En la ESc se observa una inflamación evidente, lo que sugiere una respuesta inmune desregulada que impulsa la fibrosis. En cambio, en la diabetes la inflamación es mínima, y la rigidez de las manos probablemente se debe a la formación de enlaces cruzados de colágeno mediada por la glucosa. En la ESc, la extensión de la fibrosis cutánea se correlaciona con la afectación de órganos internos y orienta la clasificación de la enfermedad³. Es tentador especular que, incluso en la diabetes, hallazgos similares en las manos podrían ser indicio de un estado fibrótico sistémico⁴.

Así, el signo del orador podría funcionar como un biomarcador clínico visible de fibrosis, ofreciendo una ventana a enfermedades sistémicas subyacentes tanto en la diabetes como en la esclerosis sistémica.

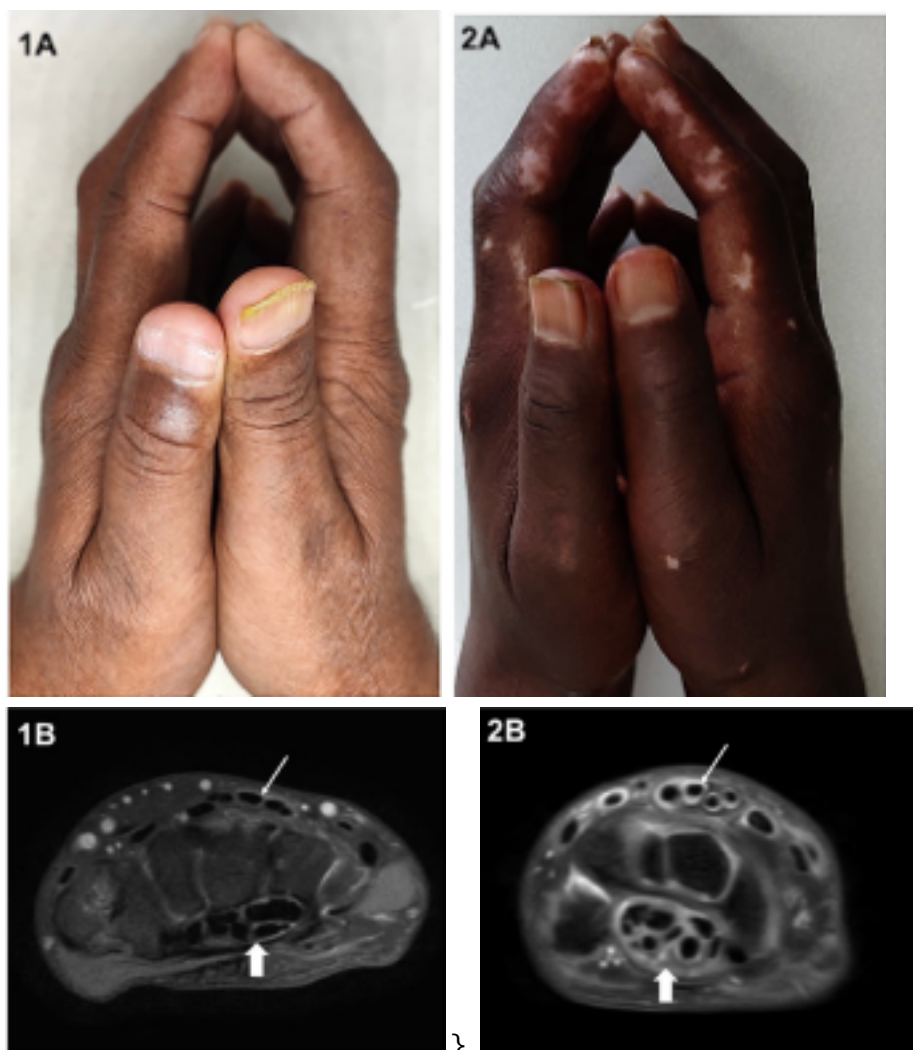


Figura 1 (A-B). Signo del orador en un paciente con diabetes mellitus tipo 2; y Figura 2 (A-B). Signo del orador en una paciente con esclerosis sistémica. Las imágenes de resonancia magnética axial con densidad protónica y saturación de grasa (PDFS) muestran el contraste en el engrosamiento tenosinovial en la región flexora (flechas gruesas) y en la región extensora (flechas delgadas).

Declaración ética

Los participantes forman parte de un estudio que recibió la aprobación del Comité de Ética del Centro de Investigación del Hospital KEM (KEMHRC/RVC/EC/1518). Ambos pacientes firmaron formularios de consentimiento informado por separado para las fotografías y la resonancia magnética.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener potenciales conflictos de interés.

Declaración de financiamiento

La financiación para las resonancias magnéticas y la adquisición de datos proviene de una beca DBT/Wellcome India Alliance (IA/19/1/504607) otorgada al Dr. Sanat Phatak. Los financiadores no tuvieron ningún papel en la conceptualización, redacción ni decisión de enviar el manuscrito para su publicación. Ningún autor ha recibido fondos de ninguna empresa farmacéutica para la redacción de este artículo.

Contribuciones de autoría

- Sanat Phatak: Conceptualización, Adquisición de fondos, Redacción (borrador original)
- Pranav Mahadeokar: Curaduría de datos
- Jennifer L. Ingram: Conceptualización
- Chittaranjan Yajnik: Supervisión

Referencias

1. Ismail AA, Dasgupta B, Tanqueray AB, Hamblin JJ. Ultrasonographic features of diabetic cheiroarthropathy. Br J Rheumatol. 1996 ;35:676-9. DOI: [10.1093/rheumatology/35.7.676](https://doi.org/10.1093/rheumatology/35.7.676)
2. Kameyama M, Meguro S, Funae O, Atsumi Y, Ikegami H. The presence of limited joint mobility is significantly associated with multiple digit involvement by stenosing flexor tenosynovitis in diabetics. J Rheumatol. 2009;36:1686-90. DOI: [10.3899/jrheum.081024](https://doi.org/10.3899/jrheum.081024)
3. van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, et al. 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American College of Rheumatology/European League against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum. 2013;65:2737-47. DOI: [10.1002/art.38098](https://doi.org/10.1002/art.38098)
4. Phatak S, Ingram JL, Goel P, Rath S, Yajnik C. Does hand stiffness reflect internal organ fibrosis in diabetes mellitus? Front Clin Diabetes Healthc. 2023 Jul 10;4:1198782. DOI: [10.3389/fcdhc.2023.1198782](https://doi.org/10.3389/fcdhc.2023.1198782). PMID: 37492439; PMCID: PMC10363986.