



Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



P-291 - DOCTORA, ME DUELE MUCHO LA CADERA

M.M. Roldán García^a, L.J. Copado Campos^b, M.D. Lara de la Torre^c, A.M. Rivas Román^d, A. Bares García^e y S. Muñoz de la Casa^f

^aCS Virgen del Mar. ^bCS Tabernas. ^cCS San Isidro. ^dCS Ribera del Muelle. ^eCS Aeropuerto en Córdoba. ^fHospital de Poniente.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 55 años que acude a consulta por dolor de cadera derecha. La paciente refiere que el dolor se inicia en pala ilíaca derecha y se irradia a ingle derecha y a pierna. Comenzó hace dos meses. No ha presentado fiebre, ha tomado Ibuprofeno y ante no mejoría ha decidido acudir.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración: Lassegue positivo a 45°, y dolor a la rotación interna y externa. Decido cambiar analgésicos (diclofenaco + metamizol), solicito radiografía de cadera y la cito para la siguiente semana. Acude, y me refiere que no ha mejorado, consulto la radiografía, y se objetivan signos artrósicos en cadera derecha, por lo que derivó a Traumatología. Vista en consulta, deciden pedirle RMN de columna lumbosacra. Antes de que acuda la paciente de nuevo, consultamos el informe, y nos llama la atención el resultado: nódulos hipointensos en ponderación T1 y T2 en D11, L2 y L5, que podrían corresponder a islotes óseos sin poder descartar otra etiología: mieloma múltiple. Nos comenta la paciente que el traumatólogo la ha derivado a neurocirugía ante esos resultados, y yo decido solicitar analítica. A destacar: calcio 10,4 e Ig A, E, G y M, muy disminuidas. El TAC de cadera solicitado por neurocirugía, indica la presencia de una rotura cortical extensa de ilíaco, pero fundamentalmente en el componente acetabular con gran componente intra y extrapélvico, siendo la primera posibilidad la de lesión metastásica. Gammagrafía: en columna lumbar L5, sacro, y articulaciones sacroilíacas, sugieren plasmocitomas múltiples y en múltiples arcos costales aparecen depósitos puntuales. La paciente, acompañada por su marido, acude con ayuda de bastones, me toca explicarles los resultados: se trata de un mieloma, tiene que terminar de estudiarla Hematología, pero debe estar tranquila, si se tratara de ello, tiene tratamiento... La paciente dice: ¿un mieloma es como leucemia? (su hija murió con 15 años de una leucemia). Además me comenta que presenta relajación de esfínteres y que tiene un dolor difícil de manejar. Está muy nerviosa ante la evolución tan rápida y decido derivar a urgencias. A su llegada al hospital se resbala y cae sobre el brazo derecho, fracturándose el húmero. Finalmente es ingresada en Medicina Interna, Traumatología decide tratamiento conservador para la fractura de húmero e Interna interconsulta a hematología. Completan analítica, aparece una insuficiencia renal secundaria a riñón de mieloma y realizan aspirado de médula, con resultado de mieloma múltiple secretor de cadenas ligeras kappa. La paciente ha finalizado la primera parte de tratamiento con bortezomib y radioterapia en plasmocitomas pélvicos.

Juicio clínico: Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Islotes óseos, hemangioma óseo vertebral.

Comentario final: El mieloma hoy, con la clínica y una analítica, podríamos diagnosticarlo en Atención Primaria, en mi caso, dio un vuelco, yo vi una paciente con un dolor de cadera que no mejoraba con analgésicos y una imagen que parecía una artrosis en la radiografía, por ello que la derivé a Traumatología, y terminó siendo un mieloma, tras la batería de pruebas complementarias solicitadas por traumatólogos y neurocirujanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Resnick D, Nemcek AA, Haghighi P. Spinal enostoses (bone islands). *Radiology*. 1983;147:373-6.
2. Nguyen JP, Djinjian M, Pavlovitch JM, Badiane S. Vertebral Hemangioma with neurologic signs:therapeutic results. *Neurochirurgie*. 1989;35:299-303,305-8.