



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



P-309 - YA ES HORA DE QUE TE HAGAS LA RADIOGRAFÍA

A.A. Ruíz-Risueño Montoya, S. Falla Jurado, S.I. Roncero Martín, E. Franco Daza, A. Sánchez de Toro Gironés y A. Carrasco Angulo

CS San Javier.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años con HTA, hipercolesterolemia, cólico renoureteral izquierdo de repetición, intervenido de colesteatoma oído izquierdo hace 10 años, miringoplastia oído derecho hace 30 años y prótesis auditiva metálica. Tratamiento crónico: Openvas plus 20/25 mg; atorvastatina 20 mg; omeprazol. Refiere dolor en los últimos 3 meses en ambas nalgas que irradia por cara posterior de ambos muslos y posterolateral de ambas piernas hasta los dedos de los pies que mejora con la deambulación, sin clínica de claudicación de la marcha y que mejora con la toma puntual de paracetamol. El dolor es peor por la mañana y mejora durante con el paso de las horas aunque cada día es más intenso. No refiere pérdida de fuerza ni sensibilidad aunque en ocasiones fallos al caminar con ambas piernas. No astenia, hiporexia ni pérdida de peso, no antecedentes traumáticos. Episodios de dolor similar anuales autolimitados.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: dolor a la palpación de apófisis espinosas a nivel de L2-L4, sin pérdida de fuerza, tono ni sensibilidad de MMII, Lassegue y Bragard negativos, anda de talones y puntillas. Radiografía columna lumbar: aumento de densidad y tamaño de L3, con disminución de la trabeculación. No puede completar estudio con RMN por implante coclear. Analítica calcio 9,05, fósforo 3,2, PTH 43,4, vitamina D y resto de analítica con RFA dentro de la normalidad. TC Lumbar: L3 muestra expansión anteroposterior y lateral, con osteofitos marginales, mínima pérdida de altura, pérdida de diferenciación corticomédular, patrón óseo desorganizado con hipertrofia trabecular y múltiples áreas internas líticas irregulares. Afectación también de arco vertebral y elementos posteriores, determinando estrechamiento del canal medular (estrechamiento global del arco, diámetro AP central mínimo de 12 mm). Espondiloartrosis bilateral. Gammagrafía ósea realizada por Reumatología con un foco hipercaptante único y extenso a nivel de L3.

Juicio clínico: Enfermedad de Paget.

Diagnóstico diferencial: Lesiones metastásicas líticas o escleróticas.

Comentario final: La enfermedad de Paget es poco diagnosticada por ser en la mayoría de ocasiones asintomática. Las manifestaciones clínicas si aparecen dependerán de los huesos implicados y del estadio de la enfermedad, generalmente debutan como dolores difusos de espalda y piernas que a veces pueden ser agudos. La localización craneofacial puede llevar a la sordera por implicación directa de los huesecillos del oído interno o por impacto sobre el VIII par craneal. El pronóstico es bueno si ha sido diagnosticado al inicio de la enfermedad, ya que el tratamiento

permite un control rápido de los síntomas y de la actividad de la enfermedad, previniendo la aparición de deformidades y complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Selby PL. Guidelines for the Diagnosis and Management of Paget's Disease: A UK Perspective, *J Bone Miner Res.* 2006;21:92-3.
2. Morales A, Bachiller J, Rey JS, Beltrán J. Características de la enfermedad de Paget en una amplia serie de pacientes de carácter hospitalario. *Rev Esp Reumatol.* 2000;27:346-51.
3. Torrijos A. Tratamiento de la enfermedad de Paget. *Reumatol Clin.* 2007;3 Suppl 1:18-22.
4. Del Pino-Montes J. La enfermedad de Paget: la historia interminable. *Reumatol Clin.* 2007;3 Suppl 1:13-7.