



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1319 - Tras la dorsalgia de un paciente complicado

S. Vidal Tanaka<sup>a</sup>, N. Fernández Sobredo<sup>a</sup>, A. Ruíz Álvarez<sup>b</sup>, M. Roz Sánchez<sup>c</sup> y C.M. Kasteel Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias.

<sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carriona. Avilés. Asturias.

<sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. <sup>d</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud El Natahoyo. Gijón.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 60 años sin alergias conocidas, fumadora activa (30 paquetes-año) y no bebedora. Vive con su marido e hijos. No HTA, no DM ni dislipemia. Hipotiroidismo, trastorno bipolar con sintomatología depresiva. Insuficiencia cardiaca de predominio derecho e insuficiencia mitral moderada. Mastectomía izquierda por neoplasia de mama en 1992 con quimioterapia y radioterapia posterior. Pericarditis constrictiva y derrame pleural crónico izquierdo posradioterapia. Consulta a su Médico de Atención Primaria por dorsalgia de un mes y medio de evolución de mal control que interfiere con el sueño y empeora con la inspiración profunda. Inicialmente localiza el dolor a nivel paraescapular izquierdo, pero posteriormente lo refiere en arcos costales posteriores derechos a nivel torácico medio, irradiado hacia delante. La anamnesis resulta dificultosa por las características personales de la paciente, pero profundizando más se descubren varios factores de riesgo de fractura por osteoporosis (menopausia a los 38 años, algún antecedente traumático previo que recuerda mal...) por lo que se solicita interconsulta preferente a Reumatología y es derivada a Urgencias para ampliar estudios.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente, orientada, estable hemodinámicamente y afectada por el dolor. Sobrepeso, hipercifosis llamativa. No se observan lesiones cutáneas en tronco. Mastectomía izquierda. Escaso dolor a la palpación de apófisis espinosas y parrilla costal derecha. Se reproduce el intenso dolor con la flexión de la columna. AC: ruidos cardiacos rítmicos a 85 lpm, soplo sistólico multifocal II/VI. AP: discreta hipofonesis en base izquierda, resto sin ruidos patológicos sobreañadidos. Sin otros hallazgos de interés. Analítica: bioquímica básica y hemograma con parámetros en rango normal. Radiografía de tórax: discreto derrame pleural en hemitórax izquierdo. Acuñaamiento de cuerpo vertebral T6 y aplastamiento de T7. ECG: ritmo sinusal a 76 x' sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Aplastamiento de cuerpo vertebral T7 y acuñaamiento vertebral antiguo de T6.

**Diagnóstico diferencial:** Tras haber descartado que pudiera tratarse de un herpes zoster o una dorsalgia mecánica osteomuscular leve con la exploración física y la evolución inicial del cuadro, una vez identificado el aplastamiento vertebral la paciente ingresa en Medicina Interna para ampliar estudios y descartar lesiones metastásicas dados sus antecedentes. En las pruebas realizadas no se objetivan nuevos hallazgos patológicos salvo una masa ósea en rango de osteoporosis a nivel lumbar,

por lo que es diagnosticada de osteoporosis primaria y se inicia tratamiento con bifosfonatos, suplementos de calcio y vitamina D y analgésicos más potentes.

**Comentario final:** Con este caso clínico queremos hacer hincapié en varios aspectos: es importante no desdeñar e intentar centrar y dirigir la anamnesis de manera adecuada, especialmente en aquellos pacientes “complicados” en los que resulta particularmente difícil por sus características personales. Debemos prestar atención a los antecedentes personales de los pacientes y no dejar de indagar sólo por conocerlos desde hace mucho tiempo (siempre puede haber nuevos hallazgos, incluso de hechos antiguos). Por último, recordar la importancia de no perder de vista los factores de riesgo de la osteoporosis y tenerla presente como posible causa de una dorsalgia o lumbalgia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de Enfermedades Reumáticas. 5ª edición. Buenos Aires; Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.