



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3312 - MÁS ALLÁ DE UN SIMPLE DOLOR DE RODILLA

S. Córdova Peralta^a, A. Gargallo^b, S. Miravet Jiménez^c, Ll. Esteve Balagué^d, C. Cossio Álvarez^a, T. Badia Farré^d, P. Machado Fernández^a, M. Reyes Castro^b, C. Jiménez Peiró^b y D. Bundó Luque^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico de Familia. ABS Martorell. Barcelona. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. EAP Martorell Urbà. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años sin antecedentes personales de interés excepto fumador de 1 paquete/día. Natural de Ghana. Lleva 9 años en Cataluña. Barrera idiomática. En octubre de 2015 acude a urgencias de atención primaria solicitando baja médica por gonalgia izquierda con radiología normal en atención hospitalaria de urgencias. No existe clínica miccional ni síndrome tóxico asociados.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, afebril, MMII izquierdo: no impotencia funcional. No lesiones en piel, movilidad conservada. Rodilla: sin flogosis, no derrame articular, maniobras meniscales y ligamentosas negativas. Dolor a la palpación en región poplíteica, sin aparente quiste de Baker. Dado la falta de respuesta analgésica y radiología normal se deriva a Traumatología. Analítica (11/15): normal excepto PSA: 1.701 ng/mL. En Rx de pelvis se observa imagen osteoblástica en cabeza del fémur izquierdo. RNM 6/11/15: imagen hipodensa en cuello femoral hasta trocánter izquierdo y en primera vertebra dorsal con captación de contraste sugestiva de metástasis. Se realiza interconsulta con Urología. A su vez inicia dolor abdominal con masa dolorosa palpable. Ecografía abdominal (12/15) normal excepto próstata voluminosa sólida, heterogénea, de límites imprecisos, con aspecto neoformativo. TAC toracoabdominal (3/16) metástasis osteoblásticas diseminadas en columna (mayor en L4), costillas, pelvis y fémur proximal izquierdo.

Juicio clínico: Neoplasia de próstata diseminada en paciente de mediana edad, cuyo principal motivo de consulta era el dolor articular.

Diagnóstico diferencial: Patologías de tipo reumático como osteoartrosis, artritis reumatoide y microcristalinas o traumatismos.

Comentario final: El hueso es el principal foco metastásico del cáncer prostático diseminado. La clínica más habitual es dolor: insidioso y que aumenta en severidad en semanas o meses. Otras complicaciones asociadas son hipercalcemia, fracturas óseas y compresión medular. El tratamiento integral de esta patología debe ir dirigido a mejorar la calidad de vida de estos pacientes y su atención debe ser multidisciplinar.

Bibliografía

1. Oliver Sartor A, DiBiase S. Bone metastases in advanced prostate cancer: Clinical manifestations and diagnosis. Uptodate, 2016.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica (GPC) sobre Tratamiento de Cáncer de Próstata. GPC Tratamiento Cáncer de Próstata. Madrid.
3. Plan Nacional para el SNS del MSC. Guías de Práctica Clínica en el SNS :ICS Nº2006/02.

Palabras clave: *Neoplasia prostática diseminada. Metástasis óseas. Dolor articular.*