



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/4133 - GESTIONA, FUNCIONA

M. Belmonte Cerdán<sup>a</sup>, J. Martínez Belvís<sup>b</sup>, J. Anaya Reche<sup>c</sup> y L. Bernal Martínez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alcantarilla-Sangonera. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 82 años sin alergias conocidas, con antecedentes de hipertensión arterial, osteoporosis, bocio multimicronodular eutiroideo, gammapatía monoclonal de significado incierto IgG kappa de bajo riesgo de progresión, con situación basal adecuada para su edad. La paciente acude el 15/7 a consulta de atención primaria (AP) por dolor dorso-lumbar mecánico de dos días de evolución sin trauma previo asociado, con maniobras de carga positivas y apofisalgia a nivel dorsal. Iniciamos tratamiento analgésico con tramadol, paracetamol y nolotil, se realiza radiografía toracolumbar con imagen sugerente de fractura vertebral D9, además de solicitar resonancia magnética nuclear (RMN) de columna dorsal. La citamos dos días después, y ante tales resultados, realizamos interconsulta a Rehabilitación. Una semana más tarde, volvemos a citar a la paciente para ver evolución y resultados de la RMN, que confirman fractura en D9, por lo que iniciamos tratamiento con calcio carbonato diario y Fosavance (alendronato sódico, colecalciferol) semanal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: maniobras de carga, palpación y valoración de movilidad. Radiografía toraco lumbar. Resonancia magnética nuclear de columna dorsal sin contraste.

**Orientación diagnóstica:** Dados los antecedentes de la paciente, con osteoporosis de años de evolución, clínica y exploración física, nos sugería una fractura vertebral osteoporótica. Pese a ello, podíamos orientarnos también hacia un dolor de tipo muscular, o progresión de la enfermedad (gammapatía monoclonal). Si la paciente hubiese comentado otros síntomas, podríamos habernos planteado incluso un cólico nefrítico, o en caso de lesiones cutáneas, hasta un herpes zóster.

**Diagnóstico diferencial:** Fractura vertebral osteoporótica. Progresión de la enfermedad. Dolor muscular.

**Comentario final:** Este caso nos ha parecido interesante porque toda la gestión clínica se realizó desde la consulta de atención primaria, sin necesidad de movilizar a la paciente ni consumir más recursos de los necesarios. A su vez, en cuestión de días, la paciente estaba completamente diagnosticada y tratada para la patología que presentaba. Observamos la agilidad por parte de primaria con una patología frecuente y el cumplimiento de protocolos de actuación diagnóstico-terapéutica, sin necesidad de colapsar especializada con casos que no lo requieren e iniciando

tratamiento antes de ser valorada por compañeros especialistas hospitalarios.

### **Bibliografía**

1. Selene. Servicio Murciano de Salud.
2. OMI. Servicio Murciano de Salud.

**Palabras clave:** Dolor dorsal. Osteoporosis. Fractura vertebral.