



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/568 - AHÍ NO, MÁS ARRIBA

A. Padilla Abadía^a y E. Martínez de Quintana^b

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Alicante.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Álvarez de la Riva. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años con depresión como único AP que consulta por dolor lumbar. Ha acudido por este motivo en varias ocasiones a Urgencias de dos hospitales y PAC, pero a nuestra consulta acude poco. Pautados diversos tratamientos analgésicos con mejoría variable. Se realizan diversas Rx lumbares donde no se ve lesión por lo que solicitamos Rx dorsal donde se observa fx D12 y derivamos a COT que diagnostica de fractura vertebral D12 y prescribe corsé con revisión en 2 meses. El paciente sigue acudiendo a Urgencias por crisis de dolor, decidimos solicitar RMN preferente que deniegan y al final terminan realizándola por reclamación del paciente. En la revisión con COT ve los resultados de la RMN, deriva a Urgencias para su ingreso y estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Cifoescoliosis. Dolor a la palpación a nivel paravertebral izquierdo, apófisis sin dolor. Lasègue y Bragard positivo: MID a 60° y MII a 45°. Niega irradiación del dolor. Rx lumbo-sacra: disminución espacio vertebral D12-L1. Rx dorsal: fractura D12. RMN: múltiples lesiones intravertebrales que sugieren lesión linfoproliferativa o mieloma múltiple. Fractura-acuñamiento grado IV en D12 con edema intraóseo y masa de partes blandas paravertebral de origen patológico. ASO: Hb 8,6. Resto normal.

Orientación diagnóstica: Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia, hernia discal, depresión, somatización.

Comentario final: Este caso refleja dos problemas que vemos en AP. Primero se trata de un paciente que cuenta clínica de dolor lumbar sin traumatismo previo, sin síndrome constitucional, con respuesta variable al tratamiento analgésico y la depresión como únicos AP. Tras realizar el estudio se ve que la patología que presenta no se relaciona con la clínica y esto sumado a que es un paciente depresivo con alta variabilidad del umbral del dolor supuso un retraso diagnóstico, además el paciente consulta en servicios de Urgencias donde no hay una continuidad asistencial. Por otro lado que se denegara la RMN retrasó también el diagnóstico, aunque en nuestro caso estaba justificada, al venir la petición de AP se rechazó.

Bibliografía

1. Vincent Rajkumar S. Clinical features, laboratory manifestations, and diagnosis of multiple myeloma. UpToDate, 2017.

Palabras clave: Mieloma múltiple. Diagnóstico.