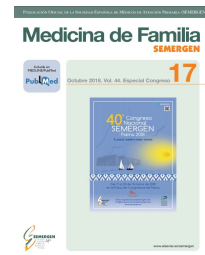




Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2587 - PACIENTE DE 57 AÑOS CON LUMBALGIA CRÓNICA

L. Martín Molín y L. Vilela Miquel

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Acacias. Elda. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 57 años, DM2 (metformina 850 mg/día). Intervenciones: colecistectomizado, stent AA infrarenal (AAS 100 mg atorvastatina 40 mg diario). Estudiado por Reumatología: dolor centro-torácico mecánico intermitente + lumbalgia (> 6 semanas, en decúbito y sedestación, respeta el descanso nocturno) y PCR 100. Empeoramiento sintomático con múltiples visitas a urgencias con ajuste analgésico, sin mejoría. Leve astenia sin pérdida de peso. Ingresa 2 semanas después por lumbalgia intensa, incontinencia urinaria y hematuria.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes conservadas. Dolor a la palpación en articulación costo-esternal y al flexionar en región lumbar. Movilidad ambas caderas y palpación apófisis espinosas asintomáticas. ROT simétricos no exaltados. Fuerza, sensibilidad y deambulación conservada. Lasègue y Bragard negativo. Primera AS: Hemograma, BQ y coagulación anodinos. Rx lumbar: stent arteria aórtica abdominal sin otras alteraciones. Posteriormente, fractura con deformidad en L1. En ingreso, plaquetopenia leve, IQ 61%. IgG 5.085 Proteinograma con banda monoclonar IgG kappa, b2-microglobulina, normal. PR3-ANCA, MPO-ANCA: negativos. VSG 120, PCR 92,4. AMO: infiltración medular (45%) por neoplasia de células plasmáticas tipo MM.

Orientación diagnóstica: Sospecha de espondiloartropatía dorsolumbar asociada a costocondritis costo-esternal con cuadro febril de origen urinario. Ingresa en Reumatología para estudio y control de síntomas. Tras los hallazgos analíticos, se remite a Hematología y se realiza aspirado de médula ósea, inmunofenotipo y FISH, diagnosticándose de mieloma múltiple sintomático IgG-kappa.

Diagnóstico diferencial: Lumbalgia crónica, espondiloartropatía dorsolumbar, costeocondritis costoesternal.

Comentario final: El 84% de los adultos presentará dolor lumbar, pero < 1% es por etiología graves (asocian factores de riesgo o síntomas: > 50 años, duración del dolor > 1 mes, falta de respuesta a tratamiento, dolor nocturno, pérdida de peso inexplicable, fiebre... Son "señales de alarma", y debemos realizar pruebas de imagen precoz y estudios analíticos. El mieloma múltiple (incidencia anual 4-5/100.000, media 66 años, H > M (1,4: 1). Presentan en el 60% de ellos, dolor óseo en espalda o pecho (empeora con movimiento y respeta la noche) al diagnóstico. Asociado o no: anemia, creatinina elevada, fatiga, hipercalcemia y pérdida de peso. El subtipo más frecuente es el IgG. Es una enfermedad heterogénea, con distinto tratamiento y pronóstico.

Bibliografía

1. Wheeler SG, Joyce MD. Evaluación del dolor de espalda en adultos. UpToDate, 2018.
2. Rajkumar V. Las características clínicas, manifestaciones de laboratorio y diagnóstico de mieloma múltiple. 2018.

Palabras clave: Lumbalgia crónica. Mieloma múltiple.