Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2484

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/631 - DOCTORA, ME ESTOY ENCORVANDO

M. Ugartemendia Gaztelumendi[1], V. Aguilar Gama[2], G. Etxebarria Zubizarreta[3] y L. Alkorta Etxeberría[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Usurbil. San Sebastián. Guipúzcoa.
[2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Beraun. San Sebastián. Guipúzcoa.
[3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Andoain. Guipúzcoa.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años con antecedentes de E. Parkinson y cáncer de próstata tratado con cirugía y radioterapia, acude al servicio de Urgencias por dolores generalizados de unos 2-3 meses de evolución con empeoramiento importante los últimos días. Durante este tiempo, refiere dolor, sobre todo lumbar, irradiado a cara anterior, diario, constante, que empeora con los movimientos, que no mejora a pesar de tratamiento con AINEs pautado en consulta. Asocia dolor abdominal hipogástrico, sin clara relación con las comidas, de varias semanas de evolución, pérdida de peso y estreñimiento también de varias semanas de evolución, por lo que ha precisado tratamiento con microenemas con mejoría parcial. Así mismo refiere posición en anteflexión desde hace unos meses, que se ha ido incrementando hasta la actualidad.

Exploración y pruebas complementarias: EF: TA 130/90 mmHg, FC 62 lpm, Tª 35,9 ºC. Consciente, orientado, normocoloreado, bien hidratado y perfundido. ACP: normal. Abdomen: anodino. Dolor a la anteflexión de columna. Espinopercusión dorsolumbar dolorosa. EEII: anodino. Pruebas complementarias: En Rx tórax realizada hace una semana se observa aplastamiento vertebral a la altura D11. Se repite Rx lumbosacra, observando nuevo aplastamiento de vértebra L2.

Orientación diagnóstica: Ante la aparición de un aplastamiento dorsal y lumbar no traumático, en paciente con antecedente de adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (3+4) tratado con cirugía y radioterapia en 2016, se decide ingreso en Medicina Interna para estudio y descartar malignidad vs fractura osteoporótica. Durante su ingreso se realiza TAC TAP y RMN de columna vertebral, observando fractura-acuñamiento de cuerpos vertebrales D5, D10, D11 y L2 de evolución aguda-subaguda con retropulsión hacia el canal medular a nivel D11 y L2. Se observa masa de partes blandas a nivel de L2 que se introduce en el canal. Se completa estudio medular con biopsia, detectando en mielograma una plamocitosis de 18,4%, con fenotipo aberrante compatible con mieloma múltiple IgA lambda.

Diagnóstico diferencial: Fracturas patológicas metastásicas. Mieloma múltiple. Fractura osteoporótica.

Comentario final: Dado que el mieloma múltiple es una patología relativamente frecuente, debería tenerse en cuenta y saber realizar una aproximación diagnóstica ante pacientes con dolores óseos importantes; de cara a iniciar el tratamiento adecuado lo antes posible.

Bibliografía

1. Mieloma múltiple. Fisterra.

Palabras clave: Dolor óseo importante. Aplastamiento vertebral. Mieloma múltiple.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.