



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

160/288 - Lumbalgia en paciente mayor. ¿Sólo dolor?

M. Villarejo Botija^a, M. Ricote Belinchón^b, L. Martín Fuertes^a, R. Rodríguez Rodríguez^c, M.C. Campos López-Carrión^b, G. Silvestre Egea^d, C. Novella Rubio^d, R. Iniesta García^c, M. Sales Herreros^a y M. Valenciano López^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Zona Este. Madrid. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Zona Este. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 84 años con antecedentes personales de hipertensión arterial tratada con losartán, artritis gótica tratada con allopurinol 100 mg y glaucoma intervenido quirúrgicamente. Además, cirugía de cataratas bilaterales. No alergias medicamentosas. Acude a consulta por lumbalgia mecánica de meses de evolución así como algias generalizadas tratadas con antiinflamatorios refiriendo leve mejoría. No antecedentes de caídas ni traumatismos. Revisando la historia clínica observamos que ha consultado numerosas ocasiones por este motivo. Además refiere sensación de pérdida de fuerza en ambos muslos y claudicación, camina 30 minutos y se detiene. No fiebre ni otros síntomas acompañantes.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Auscultación cardio-pulmonar normal. Columna lumbar: no presenta apofisalgias, movilidad limitada en los últimos grados, levemente dolorosa. Fuerza en miembros inferiores normal. Reflejos osteotendinosos normales. Ante los datos objetivados en la anamnesis se decide solicitar Rx columna lumbar y pelvis observándose aumento de diámetro antero-posterior de L3 con zonas de lisis y blásticas. Alteración de la trama a nivel de rama isquiática derecha y sacro. Se solicita analítica, en la que observamos un hemograma normal, bioquímica con creatinina: 1,2 (previa similar), PSA normal y como hallazgo destacable objetivamos fosfatasa alcalina de 484, resto de perfil hepático normal. Ante estos hallazgos analíticos y radiológicos se establece la sospecha de enfermedad de Paget óseo, por lo que se decide derivar a Reumatología para estudio y tratamiento. Evolución: se le realizó una gammagrafía ósea observándose afectación de 2/3 distales de fémur derecho, sacro, hemipelvis derecha y L3. También posible captación en calcáneo. Además se completó analítica con PTH:51; proteinograma: normal. Se administró tratamiento con ácido zolendrónico 5 mg iv, presentando normalización posterior de fosfatasa alcalina.

Juicio clínico: Paget poliostótico con afectación de fémur derecho, sacro, L3 y cresta ilíaca derecha.

Diagnóstico diferencial: Se debe pensar en otras alteraciones como puede ser las metástasis osteoblásticas, especialmente del carcinoma de próstata (enfermedad con la que coincide al afectar a un grupo de población muy similar) y osteoporosis circunscrita.

Comentario final: La enfermedad de Paget es una afección crónica en que la remodelación del hueso está alterada, debido a un desequilibrio entre la producción y la reabsorción, resultando un hueso de mayor tamaño, deformado y de estructura desordenada. Su etiología es desconocida, aunque se reconoce un factor

genético y una asociación a infecciones por algunos virus de crecimiento lento. Generalmente se presenta en pacientes ancianos varones, siendo muy poco frecuente antes de los cuarenta años de edad. En la mayor parte de ocasiones es asintomática, pero debemos de pensar en ella en pacientes ancianos con un dolor óseo leve-moderado, sordo, continuo, con tendencia al empeoramiento durante la noche y con la carga sobre la extremidad afectada. Con una adecuada anamnesis, exploración física y la realización de radiografías y analítica podemos establecer el diagnóstico de sospecha de esta enfermedad y evitar la progresión que provoca alteraciones más graves como deformidades óseas, fracturas...

BIBLIOGRAFÍA

1. Lever JH. Paget's disease of bone in Lancashire and arsenic pesticide in cotton mill wastewater:a speculative hypothesis Bone. 2002;31:434-6.
2. Hawkins F, Azriel G, Martínez G, Jódar E. Enfermedad de Paget. Medicine. 2002;8:4505-9.
3. Selby PL, Davie WJ, Ralston SH, Stone MD. Guidelines on the Management of Paget's Disease of Bone. Bone. 2002;31:366-73.
4. Ralston SH, Langston AL, Reid IR. Pathogenesis and management of Paget's disease of bone. Lancet. 2008;372:155-63.
5. Whyte MP. Paget's disease of bone. N Engl J Med. 2006;355:593-600.