



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

212/668 - Algo más que una lumbalgia

S. Verdión Martín^a, G.E. Ayala Gonzales^b, L.E. López Marcano^b y T.G. Vázquez del Águila^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circular. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 43 años sin antecedentes personales de interés. Trabaja en la construcción. Visto en consulta de AP por dolor lumbar derecho de tres semanas de evolución que no responde a tratamiento con AINE. Sin traumatismo previo. En posterior exploración física asocia déficit motor izquierdo en EEII.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente que presenta dolor a la palpación a nivel de últimos cuerpos vertebrales dorsales y primeros lumbares y últimas arcas costales izquierdos. Dolor que aumenta con los movimientos. Camina de talones y puntillas. Lassegue y Bragard negativo. Reflejos patelar y aquileos simétricos. Buen control de esfínteres. En exploración posterior tras tratamiento con AINE y no mejoría inicio de acorcharamiento en EEII izquierda. Alteración de la marcha con arrastre de pies y precisa de un apoyo para caminar. Dificultad para marcha de puntillas, incapacidad para marcha de talones. Hipoalgesia EEII izquierda. En centro de salud se realiza Rx dorso-lumbar y cadera: en las que observamos aplastamientos vertebrales dorsales y lesiones osteolíticas en ambas fémures. Completamos estudio radiológico de cráneo y parrilla costal: fracturas costales izquierdas y lesiones osteolíticas en sacabocados en cráneo. Analítica sanguínea básica y proteinograma en suero: pico monoclonal IgG lambda y discreto aumento de VSG. Tras derivación hospitalaria se completa estudio en neurología y hematología con RMN cervical y dorso-lumbar, (compresión medular e inicio de tratamiento radioterápico y corticoideo) PET-TAC y TC cerebral. Proteinograma en orina, estudio inmunológico y de médula ósea.

Juicio clínico: Mieloma múltiple IgG lambda.

Diagnóstico diferencial: Dolor óseo producido por metástasis de tumor sólido. Si no existen lesiones osteolíticas, si no, una osteoporosis difusa con una osteoporosis de causa desconocida.

Comentario final: Ante un paciente con dolor óseo en zona lumbar y costillas, lesiones líticas demostradas en radiografía simple, pico monoclonal y aumento de VSG pensar que estamos ante un MM. Tratar las infecciones ya que es la primera causa de muerte y consecuencias derivadas de las lesiones óseas que pueden derivar en compresión medular o radicular.

Bibliografía

1. Kasper DL, Braunwald E, Anthony S. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th ed. New York: McGraw-Hill, 2008:700-6.

Palabras clave: Osteolisis. Dolor óseo. Pico monoclonal.