Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):7

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/609 - Doctor, sigo con el dolor

V. Aranda Jiménez[a], M. Moreno González[b], E. Marian Brigidano[b], M.J. Inurritegui Cattaneo[c], A.C. Rubio Bernardo[d], C. Gianchandani Gianchandani[e], A.M. Barriga García[f], C. Correoso Pardo[e], J. Escartín López[g] y C.L. Orozco Bello[e]

[a]Médico Residente. Centro de Salud Galapagar. Madrid. [b]Médico Residente. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. [c]Médico Residente. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Segovia. Madrid. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Pozuelo de Alarcón. [f]Médico Residente. Centro de Salud Pozuelo San Juan. Madrid. [g]Médico Residente de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 42 años, sin antecedentes de interés, que acude por dolor inguinal derecho desde hace un mes. Lo relaciona con una caída mientras estaba esquiando y a la exploración impresiona de carácter mecánico, por lo que se inicia ciclo de antinflamatorios y reposo. Dos meses después, la paciente regresa porque el dolor ha aumentado llegando a impedir la deambulación. El dolor responde parcialmente a AINEs, no irradiado, constante, tanto en reposo como con el ejercicio.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta dolor con la flexoextensión de cadera tanto activa como pasiva. Niega dolor a la palpación en trocánter mayor, ni en ingle. No tumefacción, no hematoma ni crepitación en la articulación. Resto sin hallazgos. Radiografía cadera: lesión lítica que borra cuello femoral. RMN: lesión ósea focal en cuello femoral derecho osteolítica con borde no escleroso que rompe la cortical interna con edema adyacente y pequeño derrame articular. TAC: múltiples lesiones costales y en cuerpos vertebrales. Analítica sangre y orina: Normal. Proteinograma: cadenas ligeras libres Kappa 491,76 mg/L (3,3-19,4). Resto normal. Radiografía tórax: plasmocitoma costal derecho. Biopsia de médula ósea: infiltrada por células plasmáticas de aspecto maduro. Radiografía de cráneo: lesiones líticas.

Juicio clínico: Mieloma múltiple.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Diagnóstico diferencial: Dado el cuadro clínico inicialmente debe plantearse como posibles diagnósticos la artrosis coxofemoral, la neuropatía del nervio femoral o del obturador. Tras los hallazgos en TAC y RMN tendremos que descartar un tumor metastásico, un linfoma y el resto de gammapatías.

Comentario final: Ante un paciente con dolor articular de tipo mecánico debemos pensar siempre en lo más frecuente, pero cuando este no responda a tratamientos habituales deberemos valorar la necesidad de solicitar pruebas complementarias y replantearnos el diagnóstico inicial.

Bibliografía

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 14ª ed. McGraw-Hill Interamericana de España, 1998.
2. Grupo Cooperativo para el Estudio de Gammapatías Monoclonales de Castilla y León. Oncoguía Mieloma Múltiple, 2014.

Palabras clave: *Debut. Mieloma. Dolor.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.