



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

242/5013 - LLEVO AÑOS CON ESTA MOLESTIA

A. Pérez de Castro Martínez, A. González Gamarra, M. de las Cuevas Miguel, C. González López, O. Arredondo Hortigüela y M. González Albóniga-Menor

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 59 años, sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedentes de histerectomía por miomas y en tratamiento ocasional con estrógenos. Diagnosticada de aplastamiento vertebral L4 tras caída hacía tres años. Refiere densitometría normal de hace dos años y revisiones ginecológicas normales incluida ecografía mamaria hace unos meses. Acude en abril de 2017 a nuestra consulta por dolor dorsal mecánico desde hace 2-3 años, irradiado en cinturón, últimamente acentuado.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración normal, sin compromiso neurológico. Con dolor a la palpación en últimas vertebras dorsales, sin ser selectivo. Resto de exploración sin hallazgos. En radiografía de columna se aprecia aplastamiento de D9 con acuñamiento anterior. Aporta RM realizada en circuito privado donde describen aplastamiento D9 sin edema (carácter crónico). Solicitamos analítica completa destacando: anemia normocítica, elevación de reactantes de fase aguda (VSG, PCR, ferritina, plaquetas). Proteinograma con hipogammaglobulinemia pero sin pico monoclonal. Inmunoelectroforesis en sangre y orina normales. Recomendamos acudir a ginecólogo privado para realización de ecografía ovárica (sin alteración) y mamografía (imagen pseudonodular en cuadrante supero-interno de mama izquierda: BIRADS 4c). Ante la analítica y RM se deriva a Reumatología, quienes solicita TC de despistaje de neoplasia: Aumento de densidad en región axilar izquierda de límites mal definidos. Lesión hepática en segmento VI. Múltiples lesiones líticas y blásticas en esqueleto axial (parrilla costal, esternón, columna dorsal). La paciente ingresa en Oncología para estudio y tratamiento.

Juicio clínico: Carcinoma lobulillar de mama metastásico.

Diagnóstico diferencial: Ante una fractura vertebral la presencia de dolor severo en reposo, síndrome constitucional o compromiso neurológico nos obligan a descartar causas secundarias así como la afectación analítica. También radiológicamente existen signos que sugieren lesión tumoral: la deformidad anterior con abombamiento del muro posterior y mala definición de los pedículos y las lesiones líticas o blásticas nos hablan de proceso tumoral, siendo necesario estudio por RM. Por clínica, importante descartar la etiología infecciosa (tuberculosis, espondilodiscitis, brucellosis).

Comentario final: Es fundamental el estudio en fractura vertebral en jóvenes sin historia de traumatismo de alta potencia.

Bibliografía

1. AAOS Guideline on the Treatment of Osteoporotic Spinal Compression Fractures, Summary of Recommendations <http://www.aaos.org/research/guidelines/SCFsummary.pdf> (Acceso en Julio 2017).

Palabras clave: Dorsalgia. Fractura. Vertebral.