Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2918

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1818 - NO ERA UNA SIMPLE COXALGIA

C. Prieto Justicia[a], A. Mateo Cárdenas[b], J. Gómez Rubio[c], A. Peñato Luengo[d], M. Catalina Moñino[b] y E. Subires Arnedo[e]

[a]Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Príncipe de Asturias. Utrera Norte. Sevilla. [b]Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Utrera Sur. Sevilla. [c]Médico Internista. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla. [d]Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Don Paulino García Donas. Alcalá de Guadaira. Sevilla. [e]Médico Residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nuestra Señora de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 72 años, fumador e hipertenso, que acudió a la consulta de Atención Primaria por coxalgia derecha de dos meses de evolución que no respondía a analgesia convencional. En la última semana había presentado exacerbación del dolor, precisando incluso muletas para deambular.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física presentaba dolor a la rotación interna y la flexión y en la posición de supino se apreciaba miembro acortado y en rotación interna. Se solicitó radiografía de cadera derecha que mostraba imagen radiolúcida en tercio proximal del fémur y fractura pertrocantérea derecha. Ante los hallazgos radiológicos se derivó a Urgencias para valoración e ingresó en Medicina Interna para estudio. Se solicitó analítica completa con resultado normal (incluido marcadores tumorales, proteinograma y cadenas ligeras en sangre y orina). Se realizó aspirado de médula ósea que fue normal y biopsia ósea con resultado de plasmocitoma óseo solitario.

Juicio clínico: Fractura de cadera patológica secundaria a plasmocitoma óseo solitario.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial se debe realizar con patología intraarticular (cartílago articular, membrana sinovial, hueso), de estructuras óseas extraarticulares, de partes blandas extraarticulares (músculo, trastornos nerviosos locales) y patología referida (columna lumbar o rodilla, hernias inguinales y femorales).

Comentario final: El plasmocitoma óseo solitario es una lesión ósea única en la que se demuestra una infiltración de células plasmáticas clonales, siendo el resto del estudio óseo normal. Es, por tanto, una etapa precoz del mieloma múltiple. Puede aparecer en cualquier localización y la lesión radiológica es de aspecto lítico o en forma de colapso-aplastamiento. No se acompaña de síntomas generales (salvo los propios de la afectación local) atribuibles a la enfermedad y el estudio analítico no debe mostrar ninguna alteración atribuible a enfermedad diseminada: anemia, insuficiencia renal, hipercalcemia. El estudio de médula ósea debe mostrar menos de un 5% de células plasmáticas y si existe componente monoclonal (en suero u orina) este debe ser inferior a 1 g/l. En el

caso presentado, la evolución final fue a mieloma múltiple con afectación costal y esternal meses después.

Bibliografía

1. Vincent Rajkumar S. Multiple myeloma: 2014 Update on diagnosis, risk-stratification, and management. Am J Hematol. 2014;89(10):999-1009.
2. Takano J, et al. Large Plasmacytoma Occupying the Upper Limb in a Myeloma Patient. Rare Tumors. 2017;9(1):5866.

Palabras clave: Plasmocitoma. Osteolisis.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.