



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

482/165 - NO TODO ES ARTROSIS EN EL DOLOR ARTICULAR

A. González Celestino¹, C. Martínez Badillo², N. Martín Salvador³ y C. García Iglesias⁴

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa del Barco. Valladolid. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circunvalación. Valladolid. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 79 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular, prostatismo y cáncer de vejiga intervenido. Acude por gonalgia derecha de un mes de evolución. Refiere inflamación y enrojecimiento de dicha rodilla. Niega antecedente traumático, fiebre, anorexia o pérdida de peso. Deambula con dificultad. En tratamiento con analgésicos orales sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Hemodinámicamente estable, afebril. Rodilla derecha: tumefacción y aumento de temperatura. Rótula fija. Derrame articular a tensión, dolor a la palpación y a la movilización. Cajones anterior y posterior negativos. Radiografía de rodilla: se identifica lesión ósea en epífisis lateral distal del fémur derecho, con un patrón permeativo y extensa reacción perióstica de características agresivas. En la proyección lateral es posible observar, además, un dudoso aumento de densidad partes blandas posterior a la lesión, no se descarta masa de partes blandas asociada. Dado el contexto del paciente, cabe pensar como primera posibilidad diagnóstica en lesión metastásica. Artrocentesis: hallazgo de líquido hemático, sin signos macroscópicos de turbiedad.

Orientación diagnóstica: Lesión metastásica cóndilo femoral externo. Otros diagnósticos: hemartros.

Diagnóstico diferencial: Artrosis. Artritis. Encondroma, condroblastoma, tumor de células gigantes; Condrosarcoma, mieloma múltiple.

Comentario final: Los cánceres que con más frecuencia metastatizan en hueso son el de próstata, mama y pulmón. Sin embargo, el cáncer de vejiga también es común que presente metástasis óseas. En las extremidades es frecuente la afectación proximal de fémur y húmero. Son más raras las metástasis distales a la rodilla y el codo, aunque también debemos pensar en ellas como posibilidad. La radiología es un método diagnóstico tardío. Se estima que es necesaria la destrucción de alrededor del 40% del tejido óseo para que se pueda ver mediante radiografía. Es importante destacar el papel de la Atención Primaria en la realización de una buena anamnesis y diagnóstico diferencial exhaustivo sobre todo con patologías óseas frecuentes y de menor gravedad en el paciente anciano.

Bibliografía

1. Garbayo AJ, Villafranca E, de Blas A, et al. Enfermedad metastásica ósea: Diagnóstico y tratamiento. Anales Sis San Navarra. 2004;27(Suppl 3):137-53.

Palabras clave: Metástasis. Diagnóstico diferencial. Cáncer de vejiga.