



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

482/1107 - DOCTORA, NO ME DESAPARECE MI DOLOR DE ESPALDA

E. Moya Villodre¹, L. Martínez Antequera², E. Carnicer Pastor³ y M. López Porrero³

¹Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia. ²Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. Murcia. ³Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este-Virgen de la Caridad. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón 55 años sin AP de interés salvo obesidad. Acude a la consulta de MAP por dolor en columna dorsal de varias semanas de evolución que solo responde parcialmente analgesia. A la exploración es un dolor de características mecánicas y se decide pautar más analgesia junto con Fisioterapia. Al mes el paciente consulta de nuevo, dado que el dolor no mejora (ni siquiera en reposo) e incluso le dificulta el descanso nocturno.

Exploración y pruebas complementarias: E. física anodina. Pruebas realizadas desde Atención Primaria: Analítica: bioquímica normal. Hemograma: hematíes 4,4, Hb 13,9, leucocitos 8,2, linfocitos 2,03, plaquetas 218. VSG: 74. PCR 0. Proteinograma: paraproteína Ig A kappa en beta. Serologías víricas: negativo. RM dorsal: afectación ósea de soma vertebral D7 de posible edema trabecular intenso y difuso. Ante esos resultados, se decide derivar a Hematología. Amplían el estudio con: PET-TAC: lesión setolítica en borde lateral izquierdo de D7 con esclerosis del resto del cuerpo vertebral. Estudio de médula ósea. Citología: mieloma múltiple 50% de plasmáticas.

Orientación diagnóstica: Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Metástasis (neoprástata). Osteosarcoma. Plasmocitoma.

Comentario final: En el caso de este paciente (en su segunda consulta de AP) ante el empeoramiento clínico, se decide ampliar el estudio con una RM dorsal y una analítica más completa (proteinograma). La RM se efectuó 2 meses más tarde de su segunda consulta, y tras los resultados se pudo derivar al paciente a Hematología para completar estudio diagnóstico e iniciar tratamiento. Destacar la importancia de la evolución clínica y por tanto, la escucha activa que debemos presentar ante un paciente. En su primera consulta a AP, el paciente refiere un dolor de aparentes características mecánicas pero más tarde, en su segunda consulta, cuando su evolución empeora, podemos comprobar cómo es un dolor con signos de alarma (no mejora en reposo, impide el descanso nocturno). Por tanto, dichos signos nos obligan a seguir estudiando en profundidad ese dolor puesto que impresiona de ser secundario a alguna patología. De esta forma, solicitando pruebas complementarias como son una RM y una analítica (proteinograma) al alcance desde una consulta de AP podemos llegar a una adecuada aproximación diagnóstica.

Bibliografía

1. Trevor Baglin DP, Dokal I, de Vos J. Manual de Hematología clínica, 4^a ed, Barcelona. Editorial Elsevier, 2017.
2. Martín Zurro A, Cano Perez JF, Gené Badia J. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia, 8^a ed, Barcelona: Elsevier, 2019.

Palabras clave: Múltiple mieloma. Paraproteína Ig A. Células plasmáticas.