



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## P-291 - DOCTORA, ME DUELE MUCHO LA CADERA

*M.M. Roldán García<sup>a</sup>, L.J. Copado Campos<sup>b</sup>, M.D. Lara de la Torre<sup>c</sup>, A.M. Rivas Román<sup>d</sup>, A. Bares García<sup>e</sup> y S. Muñoz de la Casa<sup>f</sup>*

<sup>a</sup>CS Virgen del Mar. <sup>b</sup>CS Tabernas. <sup>c</sup>CS San Isidro. <sup>d</sup>CS Ribera del Muelle. <sup>e</sup>CS Aeropuerto en Córdoba. <sup>f</sup>Hospital de Poniente.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 55 años que acude a consulta por dolor de cadera derecha. La paciente refiere que el dolor se inicia en pala ilíaca derecha y se irradia a ingle derecha y a pierna. Comenzó hace dos meses. No ha presentado fiebre, ha tomado Ibuprofeno y ante no mejoría ha decidido acudir.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración: Lassegue positivo a 45º, y dolor a la rotación interna y externa. Decido cambiar analgésicos (diclofenaco + metamizol), solicito radiografía de cadera y la cito para la siguiente semana. Acude, y me refiere que no ha mejorado, consulto la radiografía, y se objetivan signos artrósicos en cadera derecha, por lo que derivo a Traumatología. Vista en consulta, deciden pedirle RMN de columna lumbosacra. Antes de que acuda la paciente de nuevo, consultamos el informe, y nos llama la atención el resultado: nódulos hipointensos en ponderación T1 y T2 en D11, L2 y L5, que podrían corresponder a islotes óseos sin poder descartar otra etiología: mieloma múltiple. Nos comenta la paciente que el traumatólogo la ha derivado a neurocirugía ante esos resultados, y yo decido solicitar analítica. A destacar: calcio 10,4 e Ig A, E, G y M, muy disminuidas. El TAC de cadera solicitado por neurocirugía, indica la presencia de una rotura cortical extensa de ilíaco, pero fundamentalmente en el componente acetabular con gran componente intra y extrapélvico, siendo la primera posibilidad la de lesión metastásica. Gammagrafía: en columna lumbar L5, sacro, y articulaciones sacroilíacas, sugieren plasmocitomas múltiples y en múltiples arcos costales aparecen depósitos puntuales. La paciente, acompañada por su marido, acude con ayuda de bastones, me toca explicarles los resultados: se trata de un mieloma, tiene que terminar de estudiarla Hematología, pero debe estar tranquila, si se tratara de ello, tiene tratamiento... La paciente dice: ¿un mieloma es como leucemia? (su hija murió con 15 años de una leucemia). Además me comenta que presenta relajación de esfínteres y que tiene un dolor difícil de manejar. Está muy nerviosa ante la evolución tan rápida y decido derivar a urgencias. A su llegada al hospital se resbala y cae sobre el brazo derecho, fracturándose el húmero. Finalmente es ingresada en Medicina Interna, Traumatología decide tratamiento conservador para la fractura de húmero e Interna interconsulta a hematología. Completan analítica, aparece una insuficiencia renal secundaria a riñón de mieloma y realizan aspirado de médula, con resultado de mieloma múltiple secretor de cadenas ligeras kappa. La paciente ha finalizado la primera parte de tratamiento con bortezomib y radioterapia en plasmocitomas pélvicos.

**Juicio clínico:** Mieloma múltiple.

**Diagnóstico diferencial:** Islotes óseos, hemangioma óseo vertebral.

**Comentario final:** El mieloma hoy, con la clínica y una analítica, podríamos diagnosticarlo en Atención Primaria, en mi caso, dio un vuelco, yo vi una paciente con un dolor de cadera que no mejoraba con

analgésicos y una imagen que parecía una artrosis en la radiografía, por ello que la derivé a Traumatología, y terminó siendo un mieloma, tras la batería de pruebas complementarias solicitadas por traumatólogos y neurocirujanos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Resnick D, Nemcek AA, Haghghi P. Spinal enostoses (bone islands). Radiology. 1983;147:373-6.
2. Nguyen JP, Djinjian M, Pavlovitch JM, Badiane S. Vertebral Hemangioma with neurologic signs:therapeutic results. Neurochirurgie. 1989;35:299-303,305-8.