



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

## 452/38 - NO TODA LUMBALGIA ES MECÁNICA: LA IMPORTANCIA DE UNA RADIOGRAFÍA

P. Coomonte Túnez<sup>1</sup>, C. Izquierdo Rodríguez<sup>1</sup>, N. Lanau Bellosta<sup>1</sup>, B. Valle Salazar<sup>1</sup>, L. Val Gil<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 54 años, sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés. Consulta por lumbalgia de 2 meses de evolución, vista en varias ocasiones en servicio de Atención Continuada. Refiere escasa respuesta a analgésicos de segundo escalón (tramadol) y corticoides intramusculares. Está pendiente de realización de radiografía de columna lumbo-sacra, solicitada hace un mes. Además, refiere que en el último mes el dolor se irradia por cara anterior de extremidad inferior izquierda y se exacerba con la tos y al caminar, e interfiere significativamente en su vida cotidiana.. Niega alteraciones motoras o sensitivas.

**Exploración y pruebas complementarias:** buen estado general, normocoloreada y normohidratada. Eupneica en reposo. Afebril en consulta. Tensión arterial 135/75 mmHg. Auscultación cardiaca y pulmonar sin alteraciones. Exploración abdominal anodina. Apofisalgia a la palpación en L4-L5, con dolor en puntos ciáticos y en cadera izquierda. Exploración de cadera y pelvis muy dolorosas. Lasègue y Bragard negativos (el dolor no irradia). Dado que impresiona el dolor que refiere la paciente con la exploración de la pelvis se decide remitir a urgencias para valoración. Allí realizan radiografías que se informan como “osteopenia difusa y patrón lítico de predominio en pala iliaca izquierda (mayor a esperado por edad del paciente). Recomendamos realizar TC programado”. Deciden alta a domicilio. Desde Atención Primaria se contacta con Medicina Interna, quienes indican ingreso para estudio para descartar enfermedad sistémica. En la primera analítica de sangre se objetiva proteínas totales elevadas (11,53 mg/dL), confirmándose en posteriores analíticas la existencia de una gammapatía monoclonal IgG Lambda, siendo diagnóstico de mieloma múltiple sintomático y plasmocitoma en pala iliaca izquierda.

**Juicio clínico:** Mieloma múltiple.

**Diagnóstico diferencial:** Lumbalgia mecánica. Metástasis. Amiloidosis. Hiperparatiroidismo.

**Comentario final:** El mieloma múltiple (MM) representa el 1% de todos los cánceres y el 10-15% de los hematológicos. Afecta más frecuentemente a pacientes mayores de 50 años y suele ser precedido por una enfermedad denominada gammapatía monoclonal de significado incierto, la cual deriva en MM en un 1% aproximadamente. Según el grado de extensión y la aparición de síntomas el MM se clasifica en: plasmocitoma solitario, mieloma asintomático y indolente, mieloma sintomático, mieloma no secretor y leucemia de células plasmáticas. Los síntomas más frecuentes son la anemia normocítica normocrómica, el dolor óseo, hipercalcemia, deterioro de la función renal. El diagnóstico se realiza a través de la determinación de cadenas ligeras libres en suero y la relación kappa/lambda; además de otras muchas determinaciones

analíticas. También suelen realizarse pruebas de imagen como radiografía, tomografía computada y gammagrafía ósea. El tratamiento se reserva para los casos de MM sintomático. Suelen ser necesarias combinaciones de quimioterápicos para controlar la enfermedad, pasando posteriormente al trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos (que no es curativo) y finalmente a una terapia de mantenimiento. Nuestra paciente ha seguido tratamiento con quimioterapia durante unos 8 meses, hasta que se ha realizado trasplante, con buena respuesta hasta el momento. Además se realizó radioterapia sobre la lesión de pala ilíaca.

## Bibliografía

Alvarado-Ibarra M, Álvarez-Vera JL, Anaya-Cuéllar I, De la Peña-Celaya A, et al. Primer Consenso Nacional de Mieloma Múltiple por Hematólogos del ISSSTE. Rev Hematol Mex. 2015;16:306-32.

**Palabras clave:** Mieloma múltiple. Lumbalgia.