

¿METÁSTASIS ÓSEAS ASINTOMÁTICAS?

J. CALVO CATALÁ, C. CAMPOS FERNÁNDEZ, A. BAIX AULI RUBIO
Y R. BENÍTEZ BERMEJO

REUMATOLOGÍA Y METABOLISMO ÓSEO.
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA.
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO. VALENCIA.



Figura 1



Figura 2

Se trata de una mujer de 66 años que es remitida a nuestro Servicio con el diagnóstico de «metástasis óseas» ante cuadro de dolor mal definido y que afecta a pelvis y columna dorsolumbar y en menor intensidad a ambas rodillas, con estudio radiológico sospechoso de metástasis. No hay presencia de síndrome sistémico, ni otra semiología por aparatos. Ausencia de prurito.

Como antecedentes destacan: no alergias a fármacos; diverticulosis colónica; infección severa respiratoria en la infancia; fumadora de 15-20 cigarrillos/día; cervicalgias y cefaleas ocasionales; sin tratamiento habitual.

Exploración: buen estado general, consciente y orientada. Apirética y normotensa. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Abdomen sensible en hipocondrio derecho sin peritonismo. No hepatoesplenomegalia. Cambios cutáneos (eritema palmar, chapetas males) sugestivos de he-



Figura 3

patopatía crónica. Extremidades sin hallazgos. Exploración neurológica normal. No adenopatías accesibles. Exploración articular anodina.

Analítica: hemograma: leucocitos 6.500 (fórmula normal), Hb 14,3, PLT 170.000, VSG 67. Bioquímica: destaca GOT 43, GPT 36, Fosfatasa alcalina 504, GGT 85 (que eran normales un año antes). Bili-rrubina total 0,78. Marcadores tumorales: CEA 3,8, CA 19,99 54,31, β 2-microglo-

bulina 2.247,2. Proteinograma: pico β y γ policlonal. Aumento de IgG (1.910) e IgM (592). PCR 0,8, FR 40,2, ANA y ENA negativos, antimitocondriales > 1/320. Normalidad de calcio y fósforo, tanto en sangre como en orina de 24 horas. PTH normal. Vitamina D: 1,25 dihidroxi: 13 ng/ml (N:18-78); 25 – hidrox: 9 ng/ml (N:12-96).

Explicaciones complementarias: radiografía serie ósea metastásica: (figs. 1, 2 y 3)

Correspondencia: J. Calvo Catalá
Avda. Tres Cruces, s/n.
46014 Valencia.
Correo electrónico: jcalvoc@medynet.com

cambios líticos y esclerosos en cuerpos vertebrales dorso-lumbares, pelvis y fémures, con aspecto nebuloso del hueso. Esclerosis distal en fémur distal compatible con infarto óseo calcificado, y alguna zona lítica dudosa en tibia derecha. Ausencia de líneas de Looser. Densitometría ósea DEX A normal según criterios de la OMS. Ecografía abdominal normal. Mamografía normal. Estudio ginecológico: normal. Tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominopélvica normal.

La imagen radiológica era muy sugerente de osteomalacia por lo que efectuamos biopsia de cresta ilíaca que lo confirma. Igualmente se efectúa biopsia hepática, que también confirma el diagnóstico de cirrosis biliar primaria.

DIAGNÓSTICO

Osteomalacia secundaria a malabsorción de vitamina D. Cirrosis biliar primaria.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Sans Valeta J. Osteomalacia y otras enfermedades óseas metabólicas. En: Manual SER de las enfermedades reumáticas. Madrid. Ed. Médica Panamericana, 2000; p. 703-7.
- Khosla S, Melton III LJ. Secondary osteoporosis. En Riggs BL, Melton III LJ, editors. Osteoporosis. Philadelphia: Lippincott – Raven, 1995; p. 183-204.
- Guañabens N, Pares A, Marinoso L, Brancos A, Pierra C, Serrano S, et al. Factors influencing the development of metabolic bone disease in primary biliary cirrosis. Am J Gastroenterol 1990;85:1356-62.