

NO TODO APLASTAMIENTO ES OSTEOPORÓTICO

J. CALVO CATALÁ, C. CAMPOS FERNÁNDEZ, A. BAIXAULI RUBIO
Y M. I. GONZÁLEZ-CRUZ

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

Paciente de 60 años de edad, que refiere cuadro de dolores dorsolumbares de un año de evolución. Está siendo tratada en su centro de salud con alendronato, calcio y vitamina D, tras ser etiquetada de osteoporosis postmenopáusica (menopausia quirúrgica a los 38 años y afectación morfológica de vértebras dorsales que se atribuyen a osteoporosis).

Los dolores axiales se incrementan, lo que le obliga a acudir en tres ocasiones a urgencias, ingresando en nuestro servicio en la última visita.

La paciente tiene intenso dolor en columna dorsal y lumbar, que no mejora con el reposo y que precisa morfina para mejorar. Se acompaña de cuadro constitucional en los últimos 4 meses.

Revisando las visitas previas en el servicio de Urgencias, se había efectuado exclusivamente estudio radiológico de columna dorsal (fig. 1), con vértebras bicóncavas y acuñadas.

Le completamos estudio radiológico, detectando también afectación lumbar (fig. 2) y aplastamiento Th11 que no existía en radiologías previas (fig. 3). En la resonancia magnética nuclear se evidencia componente de partes blandas a ese nivel. Aunque se confirma la osteoporosis me-

dante estudio densitométrico, las características clínicas de la paciente sugieren que los aplastamientos son secundarios a patología neoplásica.

Exploraciones complementarias: anemia normocítica con velocidad de sedimentación (VS) 120 mm. Proteinograma con

pico monoclonal gamma (fig. 4). Incremento IgA (2.125 mg/dl) con 931 lambda. Se confirma infiltrado por plasmocitos en médula ósea. En la radiografía de cráneo, son evidentes las lesiones osteolíticas compatibles con mieloma (fig. 5).

Es evidente que debemos considerar la clínica del paciente y no solo los antecedentes, para evitar diagnósticos erróneos y aplazamientos en la instauración de terapéuticas útiles en nuestros pacientes. Siempre debemos tener presente que «no todo aplastamiento es osteoporótico».



Fig. 2. Afectación dorsolumbar.

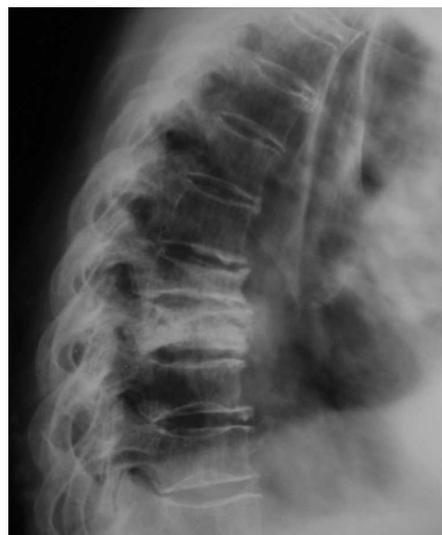


Fig. 3. Aumento de densidad vértebra con acuñamiento (Th 12).



Fig. 1. Vértebra con disminución de altura.

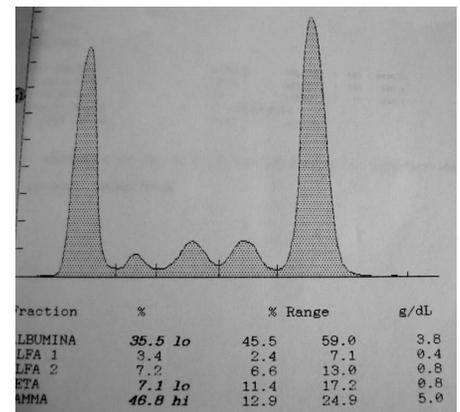


Fig. 4. Pico monoclonal en proteinograma.

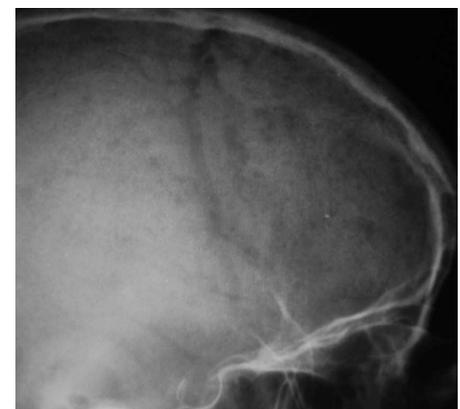


Fig. 5. Radiografía de cráneo con lesiones osteolíticas compatibles con mieloma.