

2. Raoult D. Clinical manifestations and diagnosis of Q fever. Uptodate. Literature review current through: oct 2015. [consultado 18 Nov 2015] Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-q-fever?>
3. Baziaka F, Karaïskos I, Galani L, Barmapouti E, Konstantinidis S, Kitas G, et al. Large Wessel vasculitis in a patient with acute Q-fever: A case report. IDCases. 2014;1:56–9.
4. Rui-Seco MP, López-Rodríguez M, Estébanez-Muñoz M, Pagan B, Gómez-Cerezo JF, Barbado-Hernández FJ. Fiebre Q: 54 nuevos casos de un hospital terciario de Madrid. Rev Clin Esp. 2011;211:240–4.
5. Ramos JM, Masía M, Rodríguez JC, Gutiérrez F. Fiebre Q aguda en la Comunidad Valenciana. Estudio de 30 casos. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2005;23:507–13.
6. Roca B, Fiebre Q. An Med Interna (Madrid). 2007;24:558–60.

J. Morera-Montes, M.J. Lucena Martín, M. Gómez-García* y S. Castellanos-Redondo

Medicina Familiar, Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), Centro de Salud Mirasierra, Área Norte, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mangomezg@telefonica.net (M. Gómez-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.011>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La realización de densitometrías sin criterio aumenta la prescripción innecesaria de fármacos para la osteoporosis



Performing densitometry uncritically increases unnecessary prescription of drugs for osteoporosis

Sr. Director:

Muchas Guías de Práctica Clínica, tales como la U. S. *Preventive Services Task Force* americana (USPSTF), recomiendan realizar densitometrías por *dual-energy X-ray absorptiometry* (DXA) a las mujeres mayores de 65 años o menores de esta edad pero con riesgo elevado de fractura¹. Esta práctica permite la prescripción de medicación contra la osteoporosis a las mujeres según los resultados de la DXA. El problema es que la utilización de esta prueba genere un sobrediagnóstico y un sobretratamiento de este factor de riesgo de fractura; y que la medicación no sea acorde con los resultados de la DXA y los factores de riesgo de fractura por fragilidad ósea en la mujer. La densidad mineral ósea es un predictor de fractura en ausencia de fracturas previas, y un dato para detectar a los pacientes en riesgo de fragilidad ósea. Sin embargo, el método DXA no es absoluto, y la información aportada por este puede inducir un exceso de prescripción inapropiado².

Un estudio recientemente publicado analiza los datos aportados por una cohorte retrospectiva (13 centros de atención primaria de Sacramento, EE. UU.) utilizando bases de datos electrónicas que identificaron a mujeres entre 40-85 años a las que se les practicó un cribado mediante DXA entre enero de 2006 y diciembre de 2011, al tiempo que se identificaba el tipo de tratamiento prescrito (nuevas prescripciones)³.

Las mujeres eran clasificadas según la presencia de 6 factores de riesgo: índice de masa corporal inferior a 20, utilización de corticoides, osteoporosis secundaria, fractura de alto riesgo previa (humeral o de Colles), artritis

reumatoide, o abuso de alcohol. Según la técnica aplicada se calcularon los «T-scores», que se clasificaron en normal (T mayor de $-1,0$), osteopenia (T entre $-2,5$ y $-1,0$) y osteoporosis (T inferior a $-2,5$). Para la interpretación de la DXA se utilizó la cara anteroposterior de la columna lumbar y del cuello femoral como los puntos, según la *International Society for Clinical Densitometry* (ISCD), donde practicar la prueba para instaurar el diagnóstico³.

Se incluyeron 6.150 mujeres en el cribado de DXA, de las cuales 1.912 (31,1%) recibieron un tratamiento nuevo para la osteoporosis. El 20,4% de las mujeres (1.254) tenían uno o más factores de riesgo de osteoporosis. De esta población, según la DXA, el 14,2% (871) tuvieron osteoporosis en los lugares fijados por la ISCD, 2.016 (32,8%) osteoporosis en otros lugares no admitidos, y 3.263 (53,1%) mujeres tuvieron osteopenia aislada o «T-scores» normales³.

La mayoría de las mujeres con osteoporosis según la ISCD (73,5%) recibieron algún nuevo fármaco antiosteoporótico, de la misma manera que la mitad de aquellas con osteoporosis en un lugar distinto a lo indicado por la ISCD (o no admitido para el diagnóstico) supusieron el 50,3% de las nuevas prescripciones, y aquellas mujeres con osteopenia, el 15,8%³.

Por otro lado, de las 6.150 DXA realizadas, 3.696 (60,1%) se efectuaron en mujeres entre 40-64 años sin factores de riesgo de osteoporosis en las que no hubiera estado recomendado el cribado según la USPSTF. De las 1.912 mujeres que iniciaron un nuevo tratamiento (50,9% sin factores de riesgo), 1.272 (66,4%) tuvieron DXA o sin osteoporosis o con osteoporosis en sitios no reconocidos³.

Según este estudio, dos tercios de los nuevos tratamientos para la osteoporosis eran potencialmente inapropiados según los postulados actualmente aceptados por las Guías de Práctica Clínica³.

Aunque se trata de un estudio local y sus resultados no pueden generalizarse, sí son indicativos del comportamiento de los médicos y de las pacientes en este aspecto. Tal vez porque se trate de un diagnóstico magnificado, donde se confunda el factor de riesgo con la enfermedad (la fractura ósea), y una cierta medicalización de la sociedad lleven a alcanzar estos resultados en la indicación inapropiada de la DXA y la prescripción sin indicación de medicación para la osteoporosis.

Autoría

Los autores cumplimos los requisitos de autoría.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos la no existencia de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. U. S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis: U. S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2011;154:356–64.
2. Schousboe JT, Shepherd JA, Bilezikian JP, Baim S. Executive summary of the 2013 International Society for Clinical Densitometry Position Development Conference on bone densitometry. *J Clin Densitom.* 2013;16:455–66.
3. Amarnath AL, Franks P, Robbins JA, Xing G, Fenton JJ. Underuse and overuse of osteoporosis screening in a regional health

system: A retrospective cohort study. *J Gen Intern Med.* 2015;30:1733–40.

A. Alcántara Montero^{a,b,*} y C.I. Sánchez Carnerero^c

^a Centro de Salud José María Álvarez, Don Benito, Badajoz, España

^b Grupo de Trabajo de Dolor de SEMERGEN, España

^c Servicio de Cirugía de General y Digestiva, Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.alcantara.montero@hotmail.com (A. Alcántara Montero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.03.013>
1138-3593/

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Múltiples metástasis musculares como forma de presentación de un cáncer de pulmón desconocido



Skeletal muscle metastases as the initial manifestation of an unknown primary lung cancer

Sr. Director:

El músculo esquelético es un sitio poco común de localización de metástasis de origen hematógeno, siendo su incidencia de aproximadamente un 1%. El tumor primario se localiza en: el colon, el páncreas, el riñón, el estómago, el ovario, el cérvix, la próstata y el pulmón. Presentamos el caso de un paciente con enfermedad metastásica muscular como primera manifestación de un adenocarcinoma de pulmón.

Varón de 56 años, fumador de 40 paquetes/año, que acude a la consulta por presentar dolor a nivel del músculo trapecio derecho, después de un partido de tenis. Entre sus antecedentes personales destaca un infarto de miocardio inferior 15 años antes, a tratamiento con simvastatina 10 mg, AAS 100 mg y atenolol 50 mg. A la exploración se palpaba una discreta tumefacción dolorosa en el músculo trapecio. El cuadro es interpretado inicialmente como una contractura muscular tratándolo con AINE, relajantes musculares y fisioterapia. Un mes más tarde acude nuevamente a la consulta por astenia y empeoramiento del dolor que se había extendido a la musculatura pelviana y antebrazo derecho. No refería cefalea, tos, disnea ni fiebre. En la analítica destaca una VSG de 70 y PCR 4. Se realiza una radiografía de tórax donde se aprecia una masa parahiliar derecha. El TAC torácico y abdominal evidencio una masa hiliar derecha de 5,5 cm y múltiples metástasis musculares, al menos

en el subescapular derecho (fig. 1), psoas izquierdo, recto anterior izquierdo y musculatura glútea (fig. 2).

La localización de metástasis en el músculo es rara y se descubre principalmente durante la autopsia. Metástasis del músculo esquelético pueden ocurrir en el caso de la leucemia, linfoma, melanoma, tiroides, tracto gastrointestinal y carcinoma de mama. Sin embargo, la etiología más frecuente es el cáncer de pulmón. Aunque el músculo esquelético representa un 50% de la masa corporal total, el compromiso metastásico es muy raro. Muchos factores fisiológicos como el flujo de la sangre al tejido, la presión y el metabolismo se han citado como posibles razones por las que las metástasis en el músculo esquelético del cáncer de pulmón es un hallazgo poco frecuente: en la mayoría de los casos solo se reportan metástasis individuales, mientras que múltiples metástasis musculares de carcinoma de pulmón son aún más excepcionales. Mas inusual aun es la presentación clínica de unas metástasis musculares como forma de presentación de un tumor maligno primario desconocido¹. El síntoma principal es la presencia de una masa, la mayor



Figura 1 TAC torácica que evidencia un nódulo en el subescapular derecho.