CASO CLÍNICO-RADIOLÓGICO 26-6-2019



Ana Martínez Alonso: Residente Medicina Interna

Marta del Valle: Residente de Radiología

MUJER 37 AÑOS: ANTECEDENTES PERSONALES

- No AMC.
- Niega hábitos tóxicos.
- Trabaja en Centro Logístico de una cadena de supermercados.
- No factores de riesgo cardiovascular.
- Bronquitis de repetición.
- No abortos.
- Dudoso fenómeno de Raynaud.



MUJER 37 AÑOS: ANTECEDENTES PERSONALES

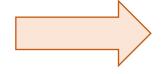
- Antecedentes familiares:
 - Madre diabética.
 - Padre: HTA, colitis ulcerosa, GMSI.
 - Un hijo de 18 meses sano
- Intervenciones quirúrgicas:
 - Tabique nasal
 - Hallux valgus.



- Tratamiento habitual:
 - Vimovo y Armaya fuerte

ENFERMEDAD ACTUAL









Dolor súbito en región dorsal al coger un peso en el trabajo.

Mejoría parcial con antiinflamatorios y fisioterapia.

Acude a un centro privado; se realiza Rx descrita como Fractura-acuñamiento en D8 y D10, motivo por el cual es remitida a la Unidad de Diagnóstico Rápido

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Sobrepeso. Buen estado general.
- No adenopatías periféricas palpables.
- Nódulo en cuadrante supero-interno de mama derecha.
- ACP: normal.
- Abdomen: sin hallazgos.
- EEII: varices.
- Dolor a la palpación en apófisis espinosas de T8 y T10. No dolor a la palpación de la musculatura paravertebral. No alteraciones sensitivas.



PRUEBAS DE LABORATORIO

Bioquímica: Glc 86, Urea 35, Ac úrico 4.01, Cr 0.6, FG normal, GOT 13, GPT 12, FA 85, GGT 15, PT 6.4, Colesterol 166, LDL 87, HDL 6, TG 59, Ca 9.2, P 1.6, LDH 187, BT 0.54, Fe 87, transferrina 257, IST 34%, Ferritina 40, Cl 103, Na 142, K 4.2, PCR 1.5, Vit B12 520, Fólico 4.72, Vit D 11, PTH 83, TSH 1.95

Inmunoglobulinas: IgG 366, IgA 39, IgM 30

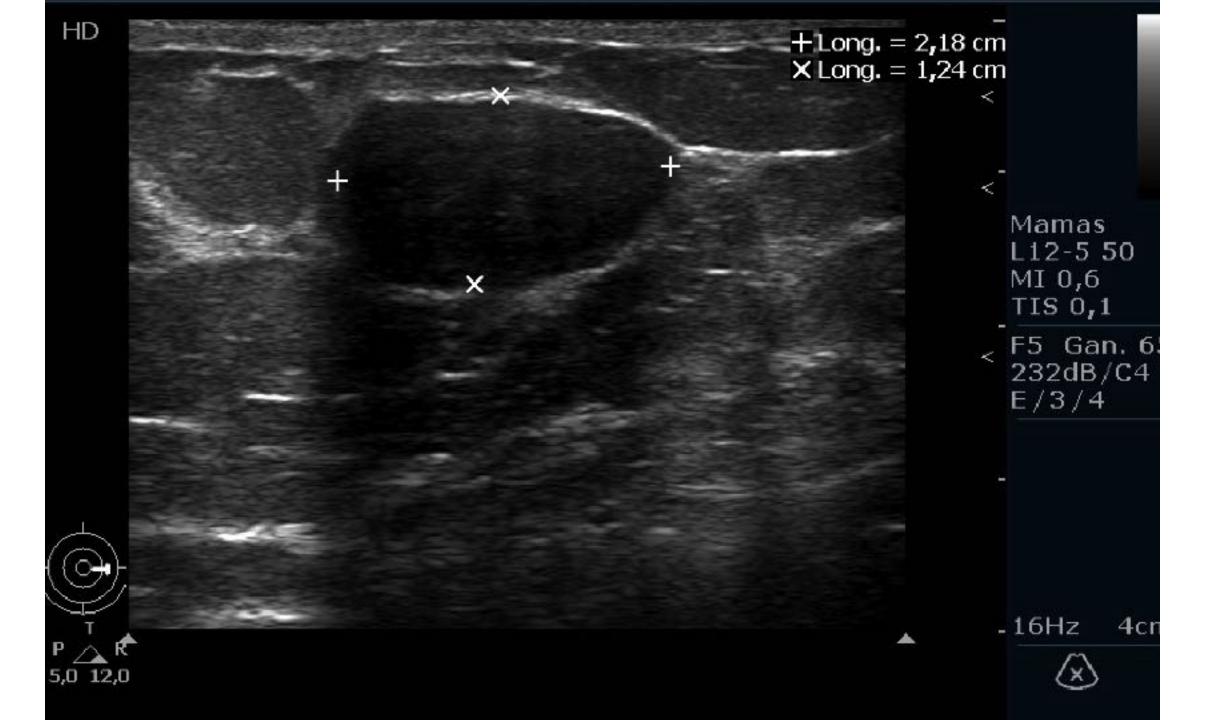
Proteinograma: PT 6.4, Albumina 4.25, alfa1 0.3, alfa2 0.71, beta 0.66, gamma 0.47 Cociente A/G: 2.0833



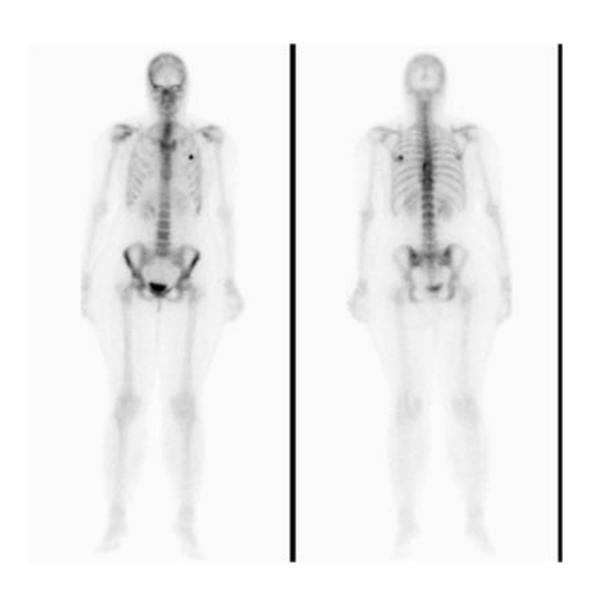
Hemograma y coagulación: Normal. VSG 2

Marcadores tumorales: CEA, Ca 72.4, Ca 15.3, Beta2-microglobulina: en limites normales.

Autoinmunidad: ANA, DNA, FR: negativos



PRUEBAS DE IMAGEN: GAMMAGRAFÍA ÓSEA



- Se aprecia un ligero aumento de actividad osteogénica en D8 y D10 que correlaciono con las fracturas vertebrales ya conocidas. No hay evidencia de otras lesiones hipercaptadoras en el resto de la trama ósea.
- Lesión hipercaptadora pulmonar sin correlato morfológico y de etiología indeterminada que podría corresponderse con una calcificación en fases iniciales aunque sin poder descartar otro origen; a valorar estudio clínicoradiológico.

FRACTURA VERTEBRAL: ETIOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

MECÁNICA

INFLAMATORIO

INFECCIOSO

METABÓLICO

TUMORAL

FRACTURA VERTEBRAL: ETIOLOGÍAS MÁS FRECUENTES

Tabla 1. Causas primarias y secundarias del dolor lumbar

Mecánicas

Inespecificas

Alteraciones degenerativas

Prolapso del disco intervertebral

Artrosis de las articulaciones interapofisarias

Malformaciones adquiridas

Estenosis vertebral

Espondilolistesis

Espondilólisis

Malformaciones congénitas

Espina bifida

Anomalías de transición (lumbarización S1, sacralización L5)

Sobrecarga funcional

Dismetrías pélvicas

Insuficiencia vertebral/trastornos de la estática

De origen coxofemoral

Inflamatorias

Espondiloartritis anquilopoyética

Artritis reumatoide

Neoplasias

Tumores vertebrales primarios o secundarios

Metabólicas

Osteoporosis (si aplastamiento vertebral)

Osteomalacia

Infecciones

Osteomielitis vertebral

Discitis

Sacroileitis

Enfermedad ósea de Paget

Funcionales y psicógenas

CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES ÓSEAS

Typical radiographic presentation to select tumors in bone*

Predominantly osteoblastic	
Prostate	
Carcinoid	
Small cell lung cancer	
Hodgkin lymphoma	
Medulloblastoma	
POEMS syndrome	
Predominantly osteolytic	
Renal cell cancer	
Melanoma	
Multiple myeloma	
Non-small cell lung cancer	
Thyroid cancer	
Non-Hodgkin lymphoma	
Langerhans cell histiocytosis	
Mixed osteoblastic and osteolytic	
Breast cancer	
Gastrointestinal cancers	
Squamous cancers at most primary sites	

METÁSTASIS TUMOR ÓRGANO SÓLIDO

PULMÓN

MAMA

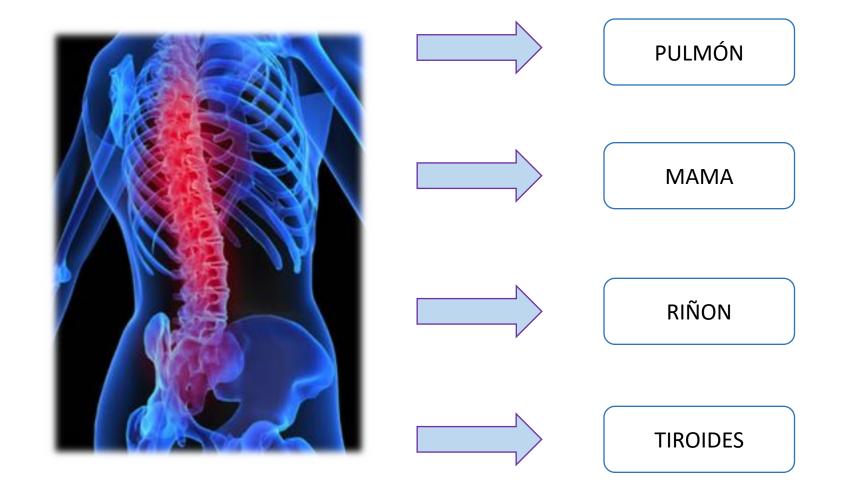


RIÑÓN

TIROIDES

METÁSTASIS TUMOR ÓRGANO SÓLIDO

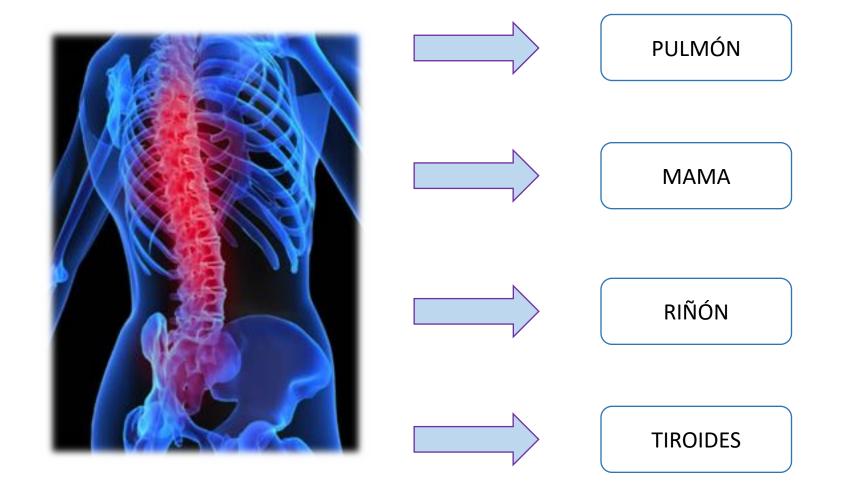




- Dolor: síntoma más frecuente.
- No cede con analgesia
- 1ª manifestación: fractura patológica

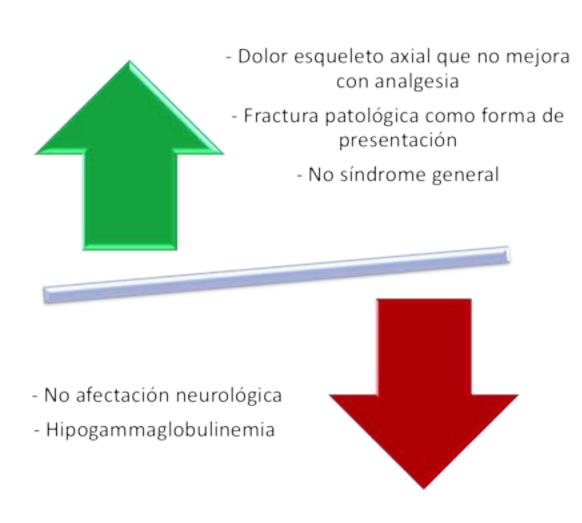
METÁSTASIS TUMOR ÓRGANO SÓLIDO

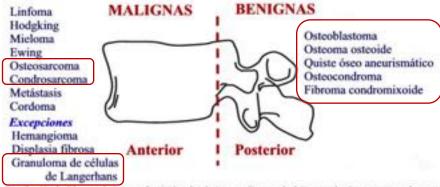




- Más frecuente en pacientes > 50 años
- Región lumbar > región torácica
- Fractura patológica más frecuente en huesos largos
- En ocasiones existe déficit neurológico
- Ausencia de síndrome general
- Marcadores tumorales normales
- No evidencia de neoplasia
- No afectación del pedículo ni muro posterior

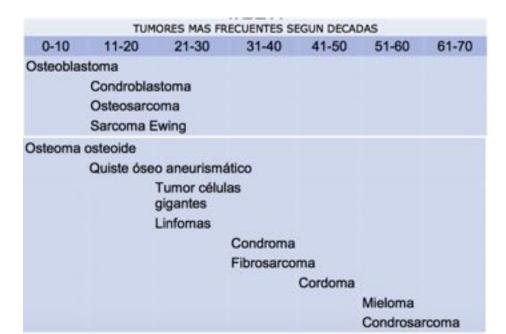
TUMOR PRIMARIO VERTEBRAL





Distribución de diferentes lesiones en la vértebra. Las lesiones malignas se loclaizan, predominantemente, en la parte anterior (cuerpo), mientras que las lesiones benignas se sitúan predominantemente en los elementos posteriores.

Figura 2



NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS

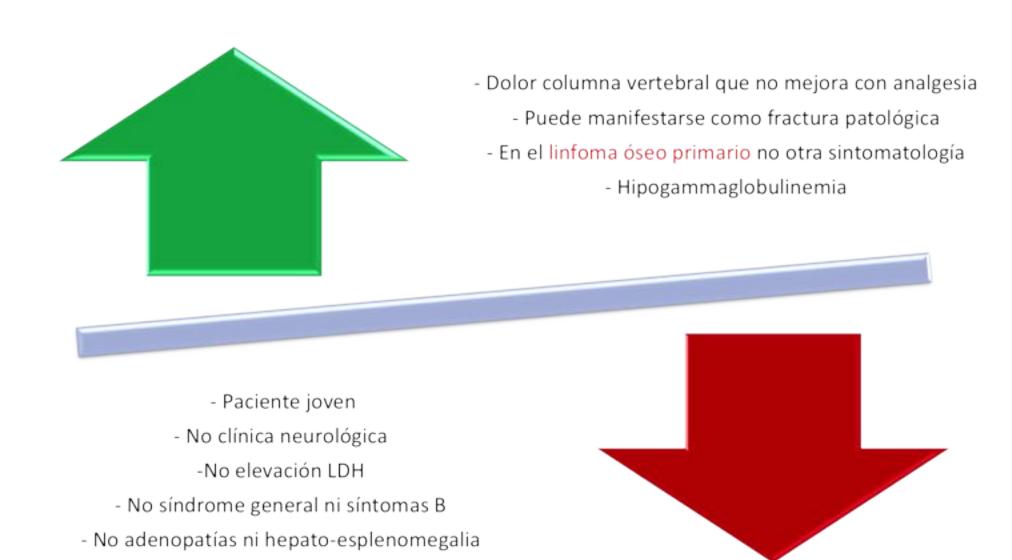
MIELOMA MÚLTIPLE



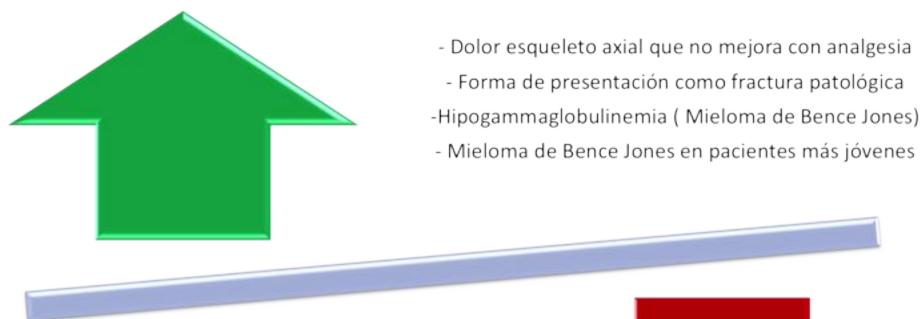




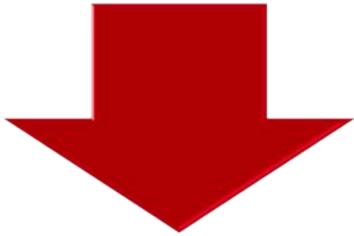
LINFOMA



MIELOMA MÚLTIPLE

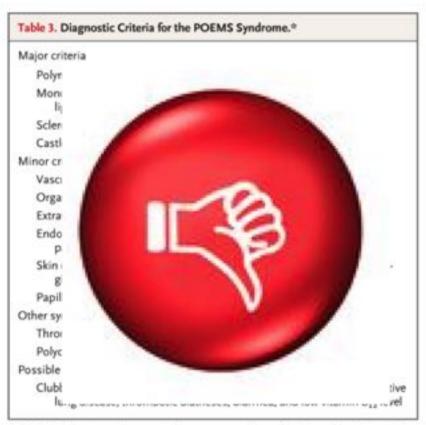


- Más frecuente en > 50 años.
- No otras alteraciones analíticas: anemia normocítica, elevación de VSG, hipercalcemia, insuficiencia renal, pico monoclonal
 - -No astenia ni síndrome general



SÍNDROME POEMS

- Polyneuropathy
- Organomegaly
- Endocrinopathy
- Monoclonal proteins
- **S**kin changes



^{*} POEMS denotes polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, M protein, and skin changes. Polyneuropathy and monoclonal plasma-cell disorder present in all patients; to make a diagnosis, at least one other major criterion and one minor criterion are required. Data are from Dispenzieri,* with permission from the publisher.

[†] Because of the high prevalence of diabetes mellitus and thyroid abnormalities, this diagnosis alone is not sufficient to meet this minor criterion.

[‡] Anemia and thrombocytopenia are distinctively unusual in this syndrome unless Castleman's disease is present.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Mieloma Múltiple
VS
Linfoma Óseo Primario
VS
Tumor Primario Vertebral



PRUEBAS A REALIZAR

• Orina 24 horas: proteinuria Bence-Jones e inmunofijación

• Cadenas ligeras en suero y orina e inmunofijación

• PET?

BMO/ Biopsia



BIBLIOGRAFÍA



- Enfermedad metastásica ósea. Diagnóstico y tratamiento. *Metastatic bone disease. Diagnosis and treatment.* A.J. Garbayo¹, E. Villafranca², A. De Blas³, A. Tejero¹, E. Eslava¹, A. Manterola², P. Romero², M. Martínez⁴
- Aplastamiento vertebral no osteoporótico. *Non-Osteoporotic vertebral crushing*. A. Baixauli Rubio^a, A. Nieto García^a, M. Hernández Peris^a, J. Calvo Catalá^b, C. Campos Fernández^b. ^a Servicio de medicina interna. Hospital Lluís Alcanyís. Xátiva. ^b Sección de reumatología y metabolismo óseo. Servicio de medicina interna. Hospital General de Valencia
- Mieloma de Bence Jones. Diagnóstico de un caso en nuestro medio. Bence Jones Myeloma. A case diagnosis in our hospital. Dra. María Antonia Acosta Valdés; Dra. Ana Isabel Carbajales León; Lic. Edelina Cabrera González; Dr. José Carlos Ramos Rodríguez. Hospital Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Doménech. Camagüey, Cuba.
- Dolor lumbar de origen neoplásico. Diagnóstico y tratamiento conservador . L. M. García*, M. Farré* y A. Montero**

