



Paciente de 71 años con dolor óseo: a propósito de un caso

T. GARZÓN GARZÓN, N. RIERA NADAL, E. SEQUEIRA AYMAR
Médicos de Familia. ABS Sant Roc. Badalona. Barcelona

A 71 years old patient with bone pain: review of one case

RESUMEN

Se trata de un paciente de 71 años que consulta por coxalgia mecánica izquierda de un mes de evolución. Se solicita una radiografía de pelvis que es informada como aumento difuso de la densidad ósea sugestivo de enfermedad de Paget.

El cambio de dolor a inflamatorio nos llevó a ampliar el estudio y a plantearnos posibles diagnósticos diferenciales. Se evidencia así una analítica alterada con anemia normocítica normocromica, aumento de la VSG, de la fosfatasa alcalina y del PSA. La gammagrafía ósea confirma la presencia de metástasis óseas.

Con este caso queremos destacar la importancia de describir imágenes radiológicas pero no dar diagnósticos y en segundo lugar profundizar en el diagnóstico diferencial de los signos y síntomas de los dolores óseos.

Palabras clave: Dolor óseo. Metástasis óseas. Elevación del PSA.

ABSTRACT

Case about a 71 years old patient consulting for mechanical left hip pain of one month evolution. We ask for a pelvis X-ray because there is a difficulty for adduction in the physical exploration. This is written by the radiologist like diffuse elevation of the bone suggesting Paget disease.

The change of the pain to inflammatory induces us to investigate further and think about differential diagnosis. We got in the blood test normochromic normocytic anemia, ESR elevation, AF elevation and a high SPA. The bone gammagraphy shows bone metastasis.

With this case we want to show the importance of describing radiology findings without giving diagnostics and in the other hand go through the differential diagnosis of the bone pain.

Key words: Bone pain. Bone metastasis. SPA elevation.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de próstata ocupa en cuanto a mortalidad el tercer lugar tras el cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal, siendo causante del 11% de las muertes por cáncer en hombres¹. El diagnóstico de carcinoma de próstata se realiza habitualmente cuando la enfermedad ya ha pro-

gresado pues en muchas ocasiones son los síntomas secundarios a metástasis los primeros en aparecer. De hecho en el momento del diagnóstico un 29-35% de los cánceres de próstata están en estadio C (tumor con extensión extracapsular pero todavía clínicamente localizado) y el 24% en estadio D (tumor con metástasis demostradas)².

Acceptación: 15-04-02

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 71 años que consulta por coxalgia mecánica de un mes de evolución. El dolor aparece con la deambulacion, no irradia, cede con el reposo y analgésicos suaves (paracetamol 500 mg/8 h) y no se acompaña de ninguna otra sintomatología. A la exploración física destaca limitación a la abducción de la cadera izquierda con dolor a la extensión y abducción. Se solicita una radiografía de pelvis que es informada por el radiólogo como densidades óseas algodonosas compatibles con enfermedad de Paget. El cambio en las características del dolor (despierta por la noche, no calma con el reposo y necesita un aumento de la analgesia) nos lleva a ampliar el estudio y a confirmar el diagnóstico radiológico así como a plantearnos posibles diagnósticos diferenciales atendiendo tanto a la clínica como a la radiografía encontrada. Primeramente solicitamos una analítica completa en la que además de hemograma y bioquímica básica, incluimos también fosfatasas alcalinas, calcio, hormonas tiroideas, proteinograma y antígeno prostático específico (PSA), para establecer el diagnóstico diferencial con entidades que pueden cursar con imágenes radiológicas similares. En la analítica destaca: Hb 10,7 g/dl (VCM 92 fl, CHCM 31,9 g/dl), VSG 77 mm, ferritina 56,1 ng/ml, ácido úrico 7,4 mg/dl, calcio 9,1 mg/dl, electroforesis de proteínas normal, FA 1699 U/l, TSH 1,33 µg/ml, PSA 2607 n/ml. Clínicamente el paciente no refería síndrome prostático ni síndrome tóxico y no se disponían de valores previos de PSA. Tras estos resultados y con la orientación de dolor secundario a metástasis osteoblásticas de un carcinoma de próstata se solicita una gammagrafía ósea urgente que nos confirma la diseminación metastásica.

Con los resultados obtenidos se remite el paciente al hospital de referencia donde se confirma el diagnóstico con una biopsia transrectal de próstata evidenciándose el tumor (estadio D: tumor con metástasis demostradas) e iniciando tratamiento hormonal.

Actualmente el paciente se encuentra estable y es controlado en la clínica del dolor.

DISCUSIÓN

El cáncer de próstata constituye el segundo cáncer en frecuencia en Europa después del cáncer de pulmón. En cuanto a mortalidad ocupa el tercer lugar, tras el cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal, siendo causante del 11% de las muertes por cáncer en hombres. La tasa de mortalidad en España es de 18,1 por 100.000 habitantes y año, por lo que aproximadamente 7.200 hombres fallecen todos los años por cáncer de próstata¹.

La historia natural del cáncer de próstata es variable e impredecible. Como factores de riesgo se

habla de la edad (mayores de 65 años), factores hormonales (andrógenos), genéticos (familiares de primer grado afecto), raza (americanos negros), dieta (grasas), exposición laboral (radiaciones, metales pesados, cadmio), historia sexual e historia médica (vasectomía, hipertrofia prostática benigna)². En el caso expuesto el paciente sólo presentaba la edad como factor de riesgo y no constaba clínica de afectación prostática previa ni actual.

El carcinoma localizado de próstata es típicamente asintomático. Conforme aumenta la extensión del tumor aparecen síntomas: disuria, hematuria, polaquiuria, dificultad para iniciar la micción, pérdida de peso, anemia y dolor óseo secundario a metástasis óseas, constituyendo éste último, en muchas ocasiones, el primer síntoma en aparecer^{2,3}.

Las metástasis óseas constituyen la causa más frecuente de malignidad en el esqueleto. Pueden ser silentes o producir síntomas: dolor, tumefacción, deformidad, compresión de las estructuras vecinas o fracturas patológicas. Los tumores que con más frecuencia metastatizan en el hueso son los carcinomas de mama, próstata, pulmón, riñón, tiroides y vejiga. También pueden dar metástasis ósea, entre otros, el linfosarcoma y la enfermedad de Hodgkin. La vía de difusión suele ser hemática y la invasión por contigüidad^{3,4}.

Las metástasis óseas del carcinoma prostático suelen contener componentes osteoblásticos y osteolíticos. La pelvis ósea y las vértebras lumbares son las estructuras que se afectan con mayor frecuencia aunque también se pueden producir metástasis en vertebras dorsales, costillas, cráneo y huesos largos.

En el caso que nos ocupa el paciente no presentaba ninguna sintomatología sugerente de afectación prostática y la coxalgia, inicialmente mecánica y sin otra clínica acompañante, nos hizo pensar más en una patología degenerativa. Es el cambio del ritmo del dolor (Tabla I) que pasa a ser inflamatorio y las imágenes radiológicas (aumento de densidad ósea en toda la pelvis sin un claro aumento del tamaño óseo a pesar del diagnóstico del radiólogo de imágenes compatibles con enfermedad de Paget) lo que nos anima a seguir el estudio y a plantearnos otros diagnósticos que pueden cursar con un patrón clínico y radiológico similar: enfermedad de Paget, mieloma, linfoma, osteoesclerosis y metástasis óseas osteoblásticas⁵.

La enfermedad de Paget se presenta con una frecuencia algo mayor en hombres que en mujeres y la prevalencia aumenta con la edad, alcanzando el máximo hacia los 65 años. Las lesiones afectan a un hueso o a varios. La pelvis, la columna lumbar, el fémur, el cráneo y la tibia son las localizaciones más frecuentes. Clínicamente se manifiesta como dolor óseo de inicio insidioso e intensidad moderada que no se modifica con el movimiento a excep-

Tabla I

SIGNOS CLÍNICOS DE ALARMA FRENTE AL DOLOR ÓSEO

Dolor constante y sordo
 No alivio con el reposo
 Necesidad creciente de analgesia
 Empeoramiento nocturno
 Fractura patológica
 Fiebre
 Síndrome tóxico
 Inicio de la clínica en mayores de 65 años

* Elaboración propia atendiendo a la bibliografía^{2,7}.

ción de la afectación coxal. *Per se* no altera el hemograma, la VSG ni la bioquímica general. Tanto los parámetros bioquímicos de formación como los de resorción están elevados. De todos ellos, la fosfatasa alcalina en suero y la hidroxiprolina en orina, son los más utilizados. Como norma, las lesiones iniciales presentan un patrón osteolítico y posteriormente adquieren un aspecto de condensación algodonsa siendo el aumento local de tamaño óseo algo característico y que permitirá hacer el diagnóstico diferencial con otras entidades. La gammagrafía nos informará de la extensión de las lesiones⁵.

El mieloma es una neoplasia de las células plasmáticas que afecta con mayor frecuencia a hombres de edad avanzada. Clínicamente se manifiesta por dolores óseos, infecciones, anemia y síndrome tóxico. Los huesos más afectados son el cráneo, las costillas, vértebras, pelvis y epífisis huesos largos. En la analítica encontraremos anemia, aumento de la velocidad de segmentación globular, hipercalcemia

y una paraproteína en sangre/orina aumentada. La radiografía nos mostrará imágenes osteolíticas sin aumento del tamaño óseo y la gammagrafía nos informará de la extensión de las lesiones⁶.

En las metástasis óseas el dolor es característicamente inflamatorio. Analíticamente suelen dar aumento de las fosfatasas alcalinas e hipercalcemia. Las metástasis con carácter destructivo, osteolíticas, suelen estar mal delimitadas y no tienen reacción esclerosa circundante y derivan, con mayor incidencia, de tiroides, riñón e intestino grueso. A veces, la lesión metastásica es condensante, osteoblástica y suelen ser características del carcinoma de próstata. La gammagrafía confirmará el diagnóstico y nos dará el grado de extensión^{6,7}.

Así, lo primero que hacemos es pedir un análisis de sangre en el que además de pedir un hemograma y una bioquímica básica, solicitamos también una fosfatasa alcalina, un calcio, electroforesis de proteínas y un PSA por ser el cáncer de próstata en el varón el que más típicamente puede manifestarse con metástasis óseas osteoblásticas. Tras los resultados obtenidos en el análisis se solicita una gammagrafía ósea para completar el estudio radiológico y ayudar a confirmar el diagnóstico.

Las series óseas tienen un bajo nivel de sensibilidad en la detección debido a que para que sean positivas debe estar afectada una porción importante del tejido óseo. La gammagrafía ósea con radioisótopos tiene un mayor grado de sensibilidad, aunque su especificidad no es la suficiente debido a que se pueda observar positividad en cualquier proceso óseo metabólicamente hiperactivo: zonas de inflamación, cicatrización de fracturas, osteoartritis y enfermedad de Paget. Por tanto, cuando se obtiene positividad en la gammagrafía durante el estu-

Tabla II

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR ÓSEO

	Analítica rutinaria	Metabolismo óseo	Radiología
E. de Paget	Normal	Elevación importante de FA/HTP	Condensación algodonsa difusa y aumento del tamaño óseo
Metástasis óseas (condensante)	Alt. Hemograma Elevación de VSG	Elevación de FA/HTP normal Elevación de Calcio s/o, fósforo	No aumento del tamaño óseo. Patrón destructivo
Linfoma/Mieloma	Alt. Hemograma Elevación de VSG / Alt. EEF	Elevación de FA/HTP normal Elevación de Calcio s/o, fósforo	No aumento del tamaño óseo. Patrón destructivo
Osteoesclerosis (generalizadas)	Normal	Normal	Tamaño óseo puede o no estar aumentado

FA: fosfatasas alcalinas, HTP: hormona paratiroidea, EEF: electroforesis de proteínas, VSG: velocidad de segmentación globular.



Figura 1
Aumento de densidad ósea en toda la pelvis

dio inicial de las metástasis óseas, se debe excluir la presencia de otras lesiones mediante radiología convencional y datos analíticos (Fig. 1 y Tabla II)^{5,7}.

Con este caso queremos destacar en primer lugar la importancia de no dar diagnósticos radiológicos sino describir imágenes que junto a la clínica del paciente pueden hacernos cambiar una primera impresión diagnóstica y ayudarnos a plantear distintos diagnósticos diferenciales atendiendo a la imagen que vemos. En nuestro caso el cambio del ritmo horario también fue decisivo a la hora de ampliar el estudio ya que clínicamente el paciente no presentaba ninguna otra sintomatología. Es por tanto muy importante cuando estamos delante de un dolor óseo hacer una buena anamnesis y atender a aquellos síntomas de alarma como es el dolor que despierta al paciente por la noche o aquel que se acom-

paña de fiebre o síndrome tóxico o el que se inicia en mayores de 65 años, por ejemplo (Tabla I). La exploración física también es fundamental. La clara diferencia entre una cadera y otra así como la edad del paciente y el hecho de que fuera un paciente poco frecuentador es lo que a nosotros nos hizo solicitar la radiografía en la primera visita, ya que en otros casos lo que solemos hacer es dar analgesia, ver evolución y orientar, con demasiada frecuencia, la sintomatología dentro de un proceso degenerativo. Por último nos gustaría hacer referencia a la posibilidad de incluir la determinación de PSA como método de *screening* de pacientes asintomáticos aunque su poca especificidad (aumenta en el carcinoma de próstata pero también la hiperplasia benigna, en las prostatitis y en la instrumentación prostática) dificulta y desaconseja su utilidad⁸.

En la actualidad la detección sistemática de cáncer de próstata en hombres asintomáticos no se puede justificar como política sanitaria nacional. Sólo podría estar justificada en aquella población sintomática que acude a las consultas por prostatismo, siempre y cuando los individuos tengan una edad inferior a los 70 años o su expectativa de vida sea superior a 10 años^{8,9}.

CORRESPONDENCIA:

Teresa Garzón Garzón
C/ Manuel de la Falla 9, 9º 2ª
08034 Barcelona

Bibliografía

1. Dearnaly DP. Current Issues in Cancer: Cancer of the prostate. *BMJ* 1994; 308: 780-4.
2. Howard IS. Hiperplasia prostática y neoplasias malignas. En: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, Wilson JD, Martin JD, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, ed. *Harrison, Principios de Medicina Interna*. 15ª ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2001. p. 719-30.
3. Gamero P. Markers of bone turnover in prostate cancer. *Cancer Treat Rev* 2001; 27: 165-76.
4. Sabando P. Tumores óseos y partes blandas. En: Andreu JL, Barceló P, Figueroa M, Herrero-Beaumont G, Martín-Mola A, Olivé A, Tornero J, directores. *Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*. 2ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996. p. 699-706.
5. Morales A, Bachiller J. Enfermedad de Paget. En: Andreu JL, Barceló P, Figueroa M, Herrero-Beaumont G, Martín-Mola A, Olivé A, Tornero J, directores. *Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología*. 2ª ed. Madrid: Mosby/Doyma; 1996. p. 854-60.
6. Janjan N. Bone metastases: approaches to management. *Semin Oncol* 2001; 28 (4 Supl. 11): 28-34.
7. Coleman RE. Metastatic bone disease: Clinical features, pathophysiology and treatment strategies. *Cancer Treat Rev* 2001; 27: 165-76.
8. Oller M, Jiménez S, Hidalgo A, Calvo E, Pérez RM, Castellanos RM, et al. Actitud del médico de atención primaria en la detección precoz del cáncer de próstata mediante el antígeno prostático específico. *Aten Primaria* 2000; 26: 323-6.
9. Van Der Crujisen-Koeter IW, Wildhagen MF, De Koning HJ, Schröder FH. The value of current diagnostic tests in prostate cancer screening. *BJU Int* 2001; 88: 458-66.