

## CASO CLÍNICO

### “Mujer con impotencia funcional a la marcha”

Paciente mujer de 63 años de edad derivada a CCEE de Reumatología por dolor e impotencia funcional a la marcha.

#### ANTECEDENTES PERSONALES:

- No alergias medicamentosas conocidas. Dieta variada.
- Hipertrigliceridemia, en tratamiento con Gemfibrozilo.
- Condrotipía rotuliana izquierda (diagnosticada por RM en Enero 2007).
- Menopausia a los 52 años.
- No ingesta de otros fármacos.

**ENFERMEDAD ACTUAL:** Dolor e impotencia funcional en EEII, más marcada a la izquierda, de 1,5 años de evolución. Derivada previamente a COT (08/02/2006) para estudio del cuadro actual, siendo orientada como coxartrosis. Remitida también a Neurología (02/02/2007) por el mismo proceso detectándose Infarto en protuberancia derecha, ateromatosis carótida interna derecha que condiciona una estenosis del 62% y hernia discal C5-C6, sin mielopatía secundaria, prescribiéndose Adiro®. Derivada finalmente a Reumatología (26/07/2007) para completar el estudio. En este contexto la paciente sale poco de su domicilio.

**EXPLORACIÓN FÍSICA:** difícil por dolor; limitación dolorosa de ambas articulaciones coxofemorales, aunque destacaba un grado más importante de dolor que de limitación; ramas ilio e isquio-pubianas dolorosas a la palpación; resto de exploración física articular, piel y faneras y por aparatos sin alteraciones.

#### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

1. Rx pelvis: osteopenia. Fractura bilateral de ramas ilio-pubianas. (Figura 1)
2. Gammagrafía ósea: refuerzo de actividad en región sacroilíaca y región pubiana. En la fase ósea, se evidencian múltiples imágenes focales con disposición alineada en los arcos costales bilaterales anteriores y posteriores compatibles con pseudofracturas. Se visualiza también un refuerzo de actividad en calota craneal, mandíbula y captación irregular de la región sacroilíaca, con imagen lineal de leve intensidad en región sacra medial y ala ilíaca derecha. También hay depósitos focales en la rama pubiana superior e inferior bilateral que sugieren también imágenes de fracturas o pseudofracturas. (Figura 2)
3. Analítica: Hb 13,6 g/dL; Hto 39,6%; VCM 89,59 fL; Plaquetas 280000/L; Leucocitos 6790/L (fórmula normal); VSG 25 mm; Creatinina 0,84 mg/dL (0,6-

1,1); AST 19 U/L; ALT 20 U/L; GGT 19 U/L; FA 671 U/L (40-150); Calcio 9,6 mg/dL (8,8-10,3); Fosfato 1,9 mg/dL (2,3-4,7); Calcidiol <7 ng/mL (12-54); Calcitriol 5,7 pg/mL (18-78); PTH 83 pg/mL (10-69); proteinograma normal; Calciuria 94,5 mg/24h (100-300); Fosfaturia 684,45 mg/24h (340-1000); Creatinina 650, 43 mg/24h; Sodio en orina 70,3 mEq/24h; Potasio en orina 39,9 mEq/L; estudio enfermedad celíaca negativa.

4. Ecografía abdominal: hígado parcialmente visualizado, de tamaño normal, homogéneo, con signos de infiltración grasa difusa, sin evidencia de lesiones ocupantes de espacio. Sin otras alteraciones.
5. PET: no se identifican focos hipermetabólicos en territorios ganglionares látero-cervicales, supra/infraclaviculares ni axilares. Correcta distribución de la 18F-FDG en parénquima pulmonar bilateral y mediastino. La distribución de la glucosa en hígado y bazo es homogénea y no existen lesiones hipermetabólicas que sugieran lesiones infiltrativas. No existen depósitos patológicos de glucosa en territorios ganglionares abdomino-pélvicos. Correcta distribución de la 18-FDG en el esqueleto axial y encéfalo.

Se inicia tratamiento con suplementos de calcio (CSFD 2 comprimidos/día), así como de vitamina D (hidroferol 1 ampolla/3 días) con controles analíticos periódicos.

Dada la respuesta metabólica incompleta a pesar de la normalización de los niveles de calcidiol se prescribe tratamiento con Rocaltrol® a dosis de 0,25 mg/día ascendiendo hasta 0,5 mg/día y posteriormente se añade al tratamiento suplementos de fosfato, mediante cápsulas de fosfato monosódico 500 mg/12h, en dosis ascendentes hasta 3g/24h. Finalmente, ante la persistencia de niveles bajos de fosfato y fosfatasas alcalinas elevadas, se realizó una nueva prueba que fue determinante en el manejo terapéutico.

## **ANEXOS:**

Figura 1. Rx pelvis



Figura 2. GGO

