

CASO CLÍNICO SOCIETAT CATALANA DE REUMATOLOGIA

5 FEBRERO 2016

Varón de 73 años, natural de Badalona, sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumador desde hace 9 años con un consumo acumulado de 80 paquetes/año. Sin antecedentes familiares de interés. Como antecedentes patológicos presenta una insuficiencia renal crónica de grado leve de etiología no filiada y fractura de tibia y peroné bilateral traumática hace 20 años.

Hace 3 años, a los 70 de edad, ingresó a cargo de Reumatología para estudio de posible enfermedad ósea metabólica. Explicaba desde hacía 10 años, dolor óseo en ambos tobillos de patrón mecánico; valorado por traumatólogo se orientó como osteocondritis de astrágalo bilateral. Así mismo refería dolor en rodillas bilateral, de características mecánicas. Se le realizó una RMN que informaba de fractura no desplazada en cóndilo femoral interno, y mesetas tibiales sin poder descartarse componente isquémico. Se realizó además una gammagrafía ósea con tecnecio 99 que presentaba imágenes que sugerían osteomalacia. En los estudios de laboratorio realizados destacaba una discreta anemia y una bioquímica con cifras de calcio, fosfato, PTH, función hepática y renal normales y un calcidiol en el límite bajo de la normalidad (21 ng/mL). En la orina de 24 horas, la calciuria, fosfaturia y glucosuria fueron normales; así como marcadores tumorales negativos y TAC tóraco-abdominal normal. Destacaba en suero la presencia de un componente monoclonal IgG lambda en contexto policlonal. Por este motivo se realizó aspirado y biopsia de médula ósea que no evidenciaba mieloma. Se realizó finalmente biopsia ósea de cresta ilíaca previo marcaje con tetraciclinas (vibracina) que se informó como compatible con osteomalacia. Fue dado de alta en tratamiento con analgesia convencional y suplementos de calcio y vitamina D. De forma ambulatoria se intentó realizar una RMN holocorporal que el paciente no toleró por el dolor; y se practicó un rastreo corporal con octreótido que fue negativo. La densitometría ósea puso de manifiesto un valor de T en columna lumbar de -0,4; y en cuello de fémur de -1,7.

Hace un año ingresó de nuevo en Reumatología para revalorar el diagnóstico establecido. El dolor óseo había ido en aumento a lo largo del último año, y era ya incapacitante, impidiendo incluso la deambulación. Además, había ido perdiendo estatura con el paso de los años. A la **exploración física** destacaba un genu varo acusado bilateral, pies planos, deformidad en ambos tobillos sin artritis pero con dolor a la movilización tanto activa como pasiva y limitación de la flexo-extensión en ambos tobillos (más acusado en el derecho). Limitación a la movilidad activa y pasiva en ambas rodillas con dolor y sin artritis y dolor a la palpación esternal y de arco costal derecho. Sin dolor a la palpación de las apófisis espinosas y maniobras sacroilíacas negativas. El resto de exploración física por aparatos fue normal

Se realizaron las siguientes **exploraciones complementarias**:

- **Analítica:** Hemograma normal excepto anemia con Hb de 10.4 g/dL con estudio de anemias compatible con anemia por inflamación, VSG de 30mm. Bioquímica general normal excepto leve insuficiencia renal (urea 72 mg/dL, creatinina 1,3 mg/dL, FG 60 mL/min/1,73m²), con valores de calcio y fosfato normales. En el proteinograma se observa una banda de movilidad restringida en la zona gamma que se analiza para descartar componente monoclonal. En el estudio de paraproteínas en suero se observa la presencia de un componente monoclonal IgG lambda en contexto policlonal. Dosificación de inmunoglobulinas (IgM, IgG e IgA) normales. TSH 1,54 µUI/mL, PTH 34,8 pg/mL, calcidiol 31,5 ng/mL, calcitriol 29 pg/mL, triptasa 6.45 µg/L, piridoxina 5.69 ng/mL.

- **Estudio orina de 24 horas:** calcio 2,60 mg/dL, excreción de calcio 22,10 mg/24h, fosfato 58,19 mg/dL, excreción de fosfato 494 mg/24h, proteinuria 0,6 g/24h, glucosuria 0,4 mmol/24h. Proteinuria Bence-Jones: pérdida policlonal (kappa y lambda), cadenas kappa libres en orina 1,6 mg/dL, cadenas lambda libres en orina 0,21 mg/dL, índice kappa-lambda en orina 7,62.

- **Radiografías óseas** (se adjuntan las imágenes al final del documento): tobillo (imágenes 1 y 2); rodillas (imagen 3); columna dorsal (imagen 4); y tibia-peroné (imágenes 5 y 6).

- **Gammagrafía ósea** (se adjunta imagen al final del documento, imagen número 7): hiperfijación del trazador en epífisis de huesos largos, arcos costales, ambas clavículas, tarsos, ambos codos, rodillas, tobillos y pequeñas articulaciones de las manos.

Se revisan las pruebas de laboratorio y de imagen, y la biopsia ósea llegando a un diagnóstico.

Imagen 1

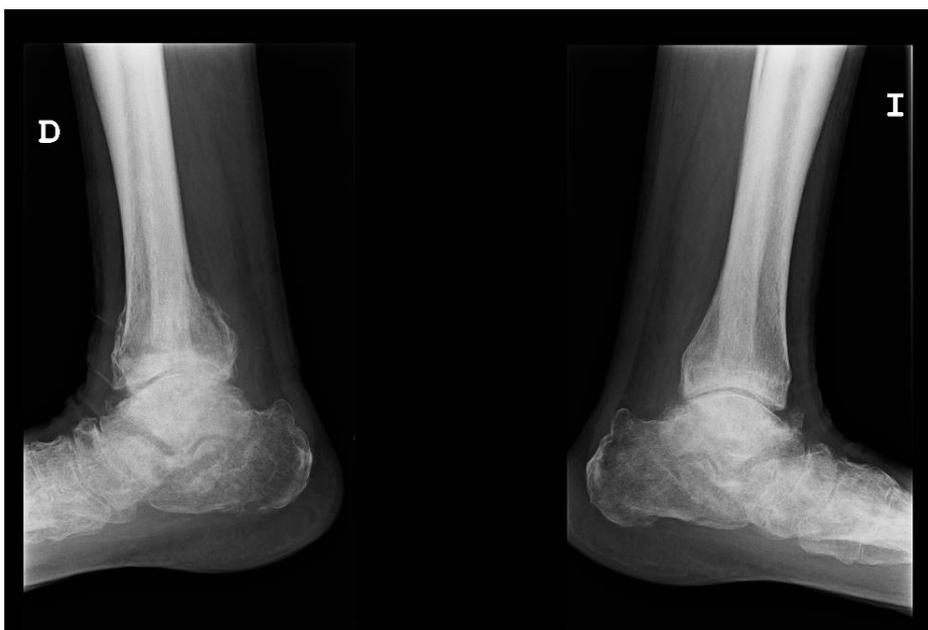


Imagen 2



Imagen 3



Imagen 4



Imagen 5



Imagen 6



Imagen 7

