



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/3023 - LA PERSISTENCIA PARA EL DIAGNÓSTICO

G. Ortiz Quintana^a, M.Á. Gómez Torres^b, R.S. Fernández Márquez^c, C. Álvarez López^d, S. González Garrido^a, E.M. Sánchez Fuentes^a, F.J. Ruíz Moruno^e, J. Cuevas^e e I. Sánchez Fuentes^e

^aMédico Residente; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 57 años con antecedentes de espondiloartrosis y escoliosis lumbar, que refiere pérdida de peso de 7 kg en 6 meses, acompañado de dolor lumbar intermitente desde hace varias semanas. Inicialmente mantenemos tratamiento con AINE. Se solicitó analítica con valor de VSG: 102 mm/h. Por lo que derivamos medicina interna que descubre renina y aldosterona elevadas y nódulo suprarrenal en TAC, se decide valoración por endocrino. A pesar de ello, la paciente continúa con dolor en parrilla costal y síndrome constitucional en progresión, y ante nuevo episodio de dolor inguinal se realiza radiografía que muestra lesiones líticas en pelvis. Radiología informa las imágenes como sugestivas de mieloma/metástasis. Ante las alteraciones analíticas, sumadas a la clínica de dolor óseo y las lesiones líticas en pelvis y fémur se decide ingreso en hematología por alta sospecha de mieloma.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general consciente y orientada. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no masas ni megalias, no irritación peritoneal. Analítica: VSG 102 mm/h, LDH 237 U/L, calcio 10,7 µg/dl, metanefrinas 457 µg/24h, renina 109,7 ng/L, aldosterona 584,13 ng/dl, B2-microglobulina 3.681,3 ug/L, cadena lambda en suero 258,94 mg/L, proteinograma: pico en beta y alfa 2. Gammagrafía ósea: captación aumentada en cuerpo vertebral D10, D8 y D5 y en parrilla costal izquierda. Medulograma: aspirado medular hipocelular con infiltración 30% por células plasmáticas atípicas. Mieloma múltiple, % de células plasmáticas patológicas: 100%, fenotipo CD 56, CD 19, CD 45, CD 117+.

Juicio clínico: Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Leucemia linfática crónica. Plasmocitoma. Gammapatías monoclonales. Macroglobulinemia Waldenstrom.

Comentario final: Con el diagnóstico de esta paciente observamos como el hecho de derivar para estudio a diferentes especialidades, puede no terminar de solventar el problema, y es en esos casos cuando el conocimiento global y unificado del paciente por parte del médico de atención primaria lleva a un seguimiento continuo de los paciente permaneciendo alerta para que ante la posterior

aparición de nuevos datos clínicos, analíticos o de imagen así como ante la progresión de un cuadro, podemos detectarlo y actuar consecuentemente.

Bibliografía

1. Anderson KC, Alsina M, Bensinger W, Biermann JS, Chanan-Khan A, Cohen AD, et al. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: multiple myeloma. J Natl Compr Canc Netw. 2009;7:908-42.
2. Bladé J, Dimopoulos M, Rosiñol L, Rajkumar SV, Kyle RA. Smoldering (asymptomatic) multiple myeloma: current diagnostic criteria, new predictors of outcome, and follow-up recommendations. J Clin Oncol. 2010;28:690-7.

Palabras clave: *Mieloma múltiple. Dolor óseo. Hipercalcemia.*