



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3014 - UN BULTO SOSPECHOSO

A. Luiña Madera^a, N. González García^b, R.L. Villoslada Muñiz^a, N. Núñez Barros^b, J. Cuevas Fernández^c, B. García López^c, I. Olaya Velázquez^d, C. Villalibre Calderón^e, R. Rodríguez Blanco^c y L. López Álvarez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. ^bMédico Residente. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. ^cMédico de Familia. Área III. Avilés. ^dMédico de Familia. Hospital San Agustín. Avilés. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de Sabugo. Avilés.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 76 años, hipertensa, tendinopatía manguito rotador de hombro derecho; no cirugías. No hábitos tóxicos. Consulta por bultoma en región supraclavicular derecha, que ha aumentado de tamaño progresivamente en 2 semanas, provoca molestias locales y dolor mecánico. No traumatismo previo. Sin otra clínica.

Exploración y pruebas complementarias: Tumoración supraclavicular derecha, violácea, caliente, consistencia pétreas, adherida a planos profundos, inmóvil. Limitación para la movilizar miembro superior derecho (ya existente). No adenopatías. Resto de la exploración normal. Radiografía hombro y ecografía: lesión lítica tercio distal clavicular y apófisis acromio-clavicular. Área heterogénea en el espesor de trapecio, 4,5 cm, sugiere patología infiltrativa. Tendinopatía. RMN: masa partes blandas infiltra fibras superficiales de trapecio, contacto con extremo distal clavicular con interrupción focal de cortical e infiltración medular. Múltiples lesiones nodulares en médula ósea. Ingresó para completar estudio: TAC toracoabdominal y mamografía normales. Analítica normal, incluida función renal e iones. Proteinograma: pico banda monoclonal región gamma, IgG/kappa. Beta2microglobulina 2,39 mg/l. Orina 24 horas: pico gamma, proteinuria Bence-Jones positiva. Aspirado médula ósea: infiltración de células plasmáticas, 10%, compatible con mieloma múltiple. Biopsia masa células plasmáticas anormales, compatible con plasmocitoma.

Juicio clínico: Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Origen metastásico. Sarcoma. Enfermedad de células plasmáticas (mieloma múltiple, plasmocitoma óseo solitario...).

Comentario final: Estudio de TAC toracoabdominal y mamografía descartaron tumores primarios causantes de las lesiones líticas. La alteración analítica orientó a enfermedad hematológica; se realizaron pruebas complementarias que confirmaron la sospecha. La anatomía patológica compatible con plasmocitoma cambia el diagnóstico a Mieloma múltiple sintomático. Nuevamente se manifiesta el papel del médico de atención primaria para mantener un enfoque clínico que permita, a partir de la anamnesis y la exploración, solicitar los estudios y valoraciones necesarias para alcanzar un diagnóstico, y plantear un tratamiento dirigido. Actualmente la paciente está con quimioterapia, en seguimiento por hematología y atención primaria.

Bibliografía

1. Munshi NC, Longo DL, Anderson KC. Trastorno de células plasmáticas. En Fauci, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18ª ed. McGraw-Hill, 2012.
2. Instituto Nacional del Cáncer. Neoplasias de células plasmáticas.

Palabras clave: *Plasmocitoma. Mieloma múltiple. Tumoración. Sarcoma.*