



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



O-102 - MIELOMA MÚLTIPLE EN ATENCIÓN PRIMARIA

M. Sancho Ferrer^a, J.M. Jover Barber^a, J. Sanz García^b, M. Bañó Cerdá^c, C. Pérez Ortiz^b e I. Jara Calabui^b

^aCS Cocentaina. ^bCS La Fábrica. ^cCS Ibi II.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 71 años que consulta por síndrome constitucional de un año de evolución, pérdida de 11 kg de peso y astenia. Niega cuadro infeccioso, fiebre, alteración del hábito intestinal, dolores articulares y cefalea.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración se observa buen estado general, normohidratación y ligera palidez cutánea. El resto es normal, incluida la neurológica, sin evidenciarse focalidad. Se solicita una AS completa donde se observa anemia macrocítica leve, elevación de la VSG e hiperferritinemia siendo normal el resto de la bioquímica y hemograma incluido función renal, hepática, tiroidea, PCR, calcio, fósforo, ácido úrico, albúmina (4,1 g/dl) y marcadores tumorales. Se amplía el estudio con proteinograma, cuantificación de inmunoglobulinas, folato, vitamina B12 y Sangre oculta en heces, que muestra la presencia de inmunoglobulina monoclonal tipo IgG con 2.937 mg/dl, β -2-microglobulinemia de 3,89 mg/L y proteinuria de Bence-Jones positiva, siendo el resto del estudio normal. Los resultados obtenidos orientan a una gammopatía monoclonal, sospechándose mieloma múltiple tipo IgG, por lo que se deriva a Hematología para completar el estudio y realizar estadiaje.

Juicio clínico: Mieloma múltiple tipo IgG.

Diagnóstico diferencial: Hepatopatías crónicas, infecciones, enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal crónica, hipercalcemia, arteritis de la temporal y gammopatía monoclonal de significado incierto (60%).

Comentario final: Ante un cuadro de síndrome constitucional de larga evolución con una VSG muy elevada tenemos pensar en una gammopatía monoclonal y solicitar un proteinograma para descartar MM. El MM es una neoplasia de células plasmáticas caracterizada por la proliferación de células malignas plasmáticas en la médula ósea y la presencia de una paraproteína en suero y/u orina. Las manifestaciones clínicas son inespecíficas pudiendo dificultar el diagnóstico al ser tratadas por separado, siendo las más frecuentes los dolores óseos persistentes, la anemia, la hipercalcemia, la insuficiencia renal y el síndrome constitucional. Representa el 1% de todas las neoplasias y el 10% de las hemopatías malignas. Su incidencia es de 30-50 casos/millón de habitantes/año con una edad media de diagnóstico de 65 años. El diagnóstico del MM se basa en la presencia de $\geq 10\%$ de células plasmáticas clonales en la médula ósea y de una proteína monoclonal ≥ 3 g/dl en suero y/u orina. En la AS encontramos la presencia de una banda monoclonal en las regiones gamma y beta con VSG aumentada (típico). La inmunoelectroforesis detecta el tipo de inmunoglobulina aumentada: IgG

(55%), IgA (30%), cadenas ligeras o Bence Jones puro (15%). En orina, la proteinuria de Bence-Jones aparece en el 50% de los casos. En la búsqueda de lesiones líticas óseas "en sacabocados" típicas de la enfermedad hay que solicitar un estudio radiográfico completo de todo el esqueleto y en aquellos que presenten una clínica neurológica sugestiva de compromiso medular hay que solicitar una RMN de columna. El pronóstico es muy variable, con una supervivencia media de 2,5-3 años. A pesar de los avances terapéuticos sigue siendo una enfermedad incurable y un alto porcentaje fallecen precozmente. Es por eso, la importancia del papel del médico de familia en su diagnóstico precoz.