



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/622 - Paciente asintomático, analítica de rutina... Tumores sincrónicos

A.R. Fernández Escudero<sup>a</sup>, F.J. Álvarez Álvarez<sup>b</sup>, R. Gutiérrez García<sup>c</sup>, J.M. Muñoz Pérez<sup>d</sup>, C. Cayón de las Cuevas<sup>e</sup>, S. Crespo González<sup>f</sup>, I. Roiz González<sup>g</sup>, R. Pérez Bol<sup>h</sup>, A. Viejo Casas<sup>i</sup> y T. Tigera Calderón<sup>j</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Saja Cabuérniga. Cantabria. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. Cantabria. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Vicente de la Barquera. Cantabria. <sup>h</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cudeyo. Cantabria. <sup>i</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Alto Pas. Cantabria. <sup>j</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Renedo. Santander. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 58 años, asintomático que en analítica rutinaria (marzo 2014) objetiva aumento VSG y gammapatía monoclonal resto HG y bioquímica parámetros normales. Remitido S. Hematología para completar estudio. Fumador de 53 paq/año. Hemorroides. Estudiado en S. de Neumología por derrame pleural y atelectasia en 2007 sin Dx específico. No tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Proteinograma componente monoclonal Ig G- Kappa 3,6 g/dl. Proteinuria Bence-Jones positiva. Mielograma: imagen medular hiper celular global. (> 18% cels plasmáticas) Citometría flujo: células plasmáticas con inmunofenotipo atípico y patrón tipo mieloma. Cilindro óseo: Aumento de células plasmáticas de localización intersticial y morfología atípica. Inmunohistoquímica Kappa positivo. TAC toraco-abdominal: ateromatosis ao abdominal. RX ósea. Osteopenia columna cervico-lumbar. No lesiones osteolíticas. Mayo 2014: mieloma múltiple quiescente. No criterios tratamiento (ni anemia, ni insuficiencia renal, ni hipercalcemia, ni lesiones osteolíticas) Control en 6 meses. Julio 2014, presenta estreñimiento y rectorragia, iniciando estudio. Ecografía: engrosamiento en pared ampolla rectal, sin otros hallazgos resto. Colonoscopia: neoformación mamelar a 15 cm de margen anal, ulcerada, < 50% de la luz, 4-5 cm longitud. No otras lesiones. TAC abdominal: lesión estenosante en sigma con engrosamiento de la pared, 7 cm longitud. Borrosidad grasa pericólica, adenopatías aprox 1 cm. Lesión quística hepática 6 mm. Osteopenia esqueleto axial. Agosto 2014: proponen IQ: Resección anterior + Ileostomía protección. AP: Adenoca ulcero-infiltrante. Patrón tubular, moderadamente diferenciado. Atraviesa serosa infiltra tejido adiposo. Ganglios negativos. Asocia quimioterapia-capecitabina. Ca sigma (pT4N0).

**Juicio clínico:** Mieloma múltiple quiescente y carcinoma de colon sigmoideo- tumores sincrónicos.

**Diagnóstico diferencial:** Otras neoplasias hematológicas (linfoma, plasmocitoma...) Patología digestiva benigna (pólipos, hemorroides...). Síndrome paraneoplásico.

**Comentario final:** MM es poco frecuente, 1% tumores malignos, 10% hematológicos. Varones, 65-70 años. La asociación con tumor sólido infrecuente, afectando tubo digestivo-colo-rectal (mayor

incidencia), próstata, pulmón y riñón. Cáncer colorrectal muy frecuente, 2º neoplasia Occidente, 10-15% de todas. > 65 años, sin diferencia de sexos. Las neoplasias múltiples se clasifican en sincrónicas o metacrónicas, según el momento de su diagnóstico (intervalo de aparición menor o mayor 6-12 meses) Pudiéndose producir interferencias en el diagnóstico, la evolución (una de estas neoplasias puede enmascarar las manifestaciones clínicas y/o acelerar su progresión) y tratamiento; agravando pronóstico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2014. Atlanta, Ga: American Cancer Society, 2014.
2. Kyle RA, Rajkumar SV: Monoclonal gammopathy of undetermined significance and smouldering multiple myeloma: emphasis on risk factors for progression. Br J Haematol. 2007;139(5):730-43.
3. Cui Y, Liu T, Zhou Y, Ji Y, Hou Y, Jin W, Feng Y. Cancer Res Treat. 2012;44(1):63-8.
4. <http://www.cancer.gov/>.
4. [www.seom.org](http://www.seom.org).