Semergen. 2015;41 (Espec Congr):932

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1580 - DOCTOR, HE NOTADO UN 'CHASQUIDO' EN MI CUERPO

M. Porta Tormo[a], M. Camarasa Vidal[b], J. Prieto Nave[c], L. Fernández Salinas[d], Á.H. Góngora Tirado[e], Z.M. Correcher Salvador[f], H., Rodríguez[f], M.J. Díaz Mora[g], M. Ferrer Esteve[d] y E.C. Castillo Espinoza[h]

[a]Médico Residente de 2º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón. [d]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. [f]Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria de 4º año. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. [g]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. [h]Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria de 2º año. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 66 años con HTA en tratamiento con Openvas 4 mg/día, dislipemia en tto con simvastatina 1 mg/día, obesidad, osteopenia y depresión en tto con citalopram 30 mg/día y lormetazepam 0,5 mg/noche. Acude a consulta por dolor torácico tipo pleurítico y sensación disneica, refiriendo cuadro respiratorio la semana anterior con tos y febrícula. La auscultación pulmonar presenta murmullo vesicular disminuido con crepitantes en base izquierda. Se solicita Rx de tórax, en la cual se identifica un aumento de opacidad en base pulmonar izquierda sugestiva de derrame pleural. Se pauta levofloxacino 500 mg/24h durante 10 días e ibuprofeno 600 mg/8h. Dos meses más tarde, la paciente acude de nuevo por un cuadro de dolor torácico de características pleuríticas y sensación disneica, pero ante la normalidad de la auscultación y del ECG se envía a casa con analgesia. Unos días más tarde, acude al servicio de Urgencias nuevamente por el mismo motivo y además refiere haber notado “un chasquido” tras realizar un mal gesto estando sentada. Se solicita Rx de tórax, mostrando fracturas costales izquierdas. Reinterrogando a la paciente nos cuenta que desde hace unos meses presenta también dolor de espalda importante, que le limita la movilidad y que no mejora con analgésicos. Ante la clínica de la paciente y la sospecha de fracturas patológicas se realiza analítica sanguínea y en vista de los resultados, se decide estudio por parte de Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica con hemostasia, bioquímica y hemograma normal, excepto: proteínas totales 8,90 g/dl, calcio 10,7 mg/dl, IGG 4.675 mg/dl, β2microglobulina 3,9 mg/l, Hb 10,2 g/dl, Hto 30%, VCM 90,2 fL, HCM 30,6 pg, VSG 71 mm/h. Analítica orina: destaca proteinuria día 478 mg. Electroforesis: destaca pico monoclonal IGG. Kappa 44,76%. TAC abdominopélvico: alteración de densidad ósea de forma generalizada. Pérdida de altura de los cuerpos vertebrales dorsales de D4, D8 y D10. Osteopenia difusa. A valorar lesiones secundarias a mieloma múltiple o lesiones secundarias a un primario desconocido. Biopsia M.O: 100% células

plasmáticas.

Juicio clínico: Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Macroglobulinemia de Waldenström, amiloidosis primaria, enfermedades de las cadenas pesadas.

Comentario final: La paciente inicia tratamiento con poliquimioterapia y seguimiento por Hematología. Es importante valorar con cautela las consultas repetidas por dolores óseos, principalmente dolores de espalda y costillas, ya que muchas veces se clasifican como patología osteomuscular. En un paciente de edad media (68 años) con dolor óseo que se desencadena con los movimientos y no cede con analgesia, tenemos a nuestro alcance los medios en la consulta para realizar radiografía y analítica sanguínea, que frecuentemente mostrarán fracturas patológicas y alteraciones típicas como anemia normocítica normocrómica, aumento de VSG, elevación de proteínas y de calcio. Además, no olvidemos que muchos de estos pacientes antes o durante la enfermedad tienen infecciones bacterianas, sobretodo neumonías y pielonefritis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al. Trastornos de las células plasmáticas, 17ª ed. Harrison. Principios de Medicina Interna. capítulo 106, pp.701-7.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.