



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2851 - Lesión craneal osteolítica como debut de mieloma múltiple

R. Coma Nieto^a, B.M. Borzdynska Michalska^b y M. Cánovas Argudo^c

^aCentro de Salud Reyes Magos. Alcalá de Henares. ^bCentro de Salud Luis Vives. Alcalá de Henares. ^cCentro de Salud Buenos Aires. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años de raza negra, que consulta por tumoración frontal dolorosa, de un mes de evolución y pérdida de peso. Niega traumatismos previos. Afebril. Sin otra sintomatología. Originaria de Guinea Ecuatorial. Sin factores de riesgo cardiovascular. Hepatitis B pasada. Cataratas bilaterales. Herniorrafia inguinal bilateral. No alergias medicamentosas conocidas. No recibe ningún tratamiento de manera habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Cabeza y cuello: tumoración redondeada de 2 cm en región frontal derecha, fluctuante, dolorosa a la palpación. No eritematoso o aumentado de temperatura. Sin salida de contenido a la aspiración. No adenopatías laterocervicales. Mamas: no se palpan nódulos. No adenopatías en cadenas ganglionares accesibles. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, soplo sistólico. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen y extremidades: normal. Neurológico: sin focalidad grosera. Bioquímica elemental en suero y en orina, así como gasometría venosa y electroforesis en suero: normales. Hemograma: leucopenia leve. Rx de cráneo AP y lateral: numerosas imágenes líticas distribuidas por la calota craneal, junto con aumento de partes blandas en región parieto-occipital con alteración de la morfología de la cortical externa subyacente. Radiografía de tórax PA y lateral: Imagen radioluciente de bordes no esclerosos en acromion derecho con interrupción de la cortical inferior y alteración de la morfología de arco lateral de 9ª costilla izquierda. PAAF de LOE craneal: Abundante celularidad con patrón plasmocitoide y perfil de inmunohistoquímica compatible con Mieloma de células plasmáticas (predominio de tinción para cadena ligera lambda).

Juicio clínico: Mieloma múltiple oligosecretor.

Diagnóstico diferencial: Tumores craneales primarios: benignos: osteoma. Condroma. Quiste óseo aneurismático. Hemangioma. Tumor de células gigantes. Tumor epidermoide. Fibroma osificante. Osteoblastoma. Malignos: condrosarcoma. Sarcoma osteogénico. Fibrosarcoma. Cordoma. Metástasis craneales: diseminación de neoplasias de mama, pulmones, próstata, tiroides o riñón. Linfomas. Leucemias. Mieloma múltiple (MM). Neuroblastoma. Sarcoma de Ewing. Meningioma. Tumores nasofaríngeos. Simuladores de tumores craneales: absceso. Osteomielitis. Quiste leptomeníngeo. Cefalohematoma. Enfermedad de Paget. Sarcoidosis. Granuloma eosinófilo. Displasia fibrosante. Mucocele. Hiperostosis frontal interna.

Comentario final: El MM es una neoplasia maligna que afecta las células plasmáticas de la médula

ósea. Constituye la segunda neoplasia hematológica más frecuente tras los linfomas (1% de todos los diagnósticos de cáncer). Aproximadamente el 85% de los casos se diagnostica después de los 55 años y es mucho más frecuente en la raza negra. Los casos de lesiones osteolíticas craneales como primera expresión de MM o plasmocitoma son escasos pero deberían ser tenidos en cuenta en su diagnóstico diferencial siendo fundamental la derivación a un Servicio de Hematología para su tratamiento y seguimiento posterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rajkumar SV. Clinical features, laboratory manifestation and diagnosis of multiple mieloma. UpToDate; 2012. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
2. The International Myeloma Working Group. Criteria for the classification of monoclonal gammopathies, multiple myeloma and related disorders: a report of the International Myeloma Working Group. Br J Haematol. 2003;121:749-57.
3. Martínez-Brú C, García R, Martínez-López J. Recomendaciones para el estudio de las gammopatías monoclonales. Documentos de la SEQC. 2009;30-40.