



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/643 - SÍ, MI DOCTORA ME LO DIAGNOSTICÓ

A. Hernández Costa^a, Á. Velasco Soria^b, F. Arregui Montoya^c, T. Ricart Pena^b, I.B. González Riquelme^d, M.V. Fernández Suárez^e, A. Cayuela López^e, M. Carrión Fernández^f, C. Corbalán Cárcelos^g y L.L. Cabrera Sánchez^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia. ^cMédico Residente de Cardiología. Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla. Murcia. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 50 años, fumadora 35 paquete/año. No otros factores de riesgo cardiovascular. Infecciones respiratorias por gram negativos frecuentes, infecciones del tracto urinario de repetición. Acude a Atención Primaria por lumbalgia mecánica de dos semanas tras tropiezo sin traumatismo. Exploramos sin detectar alteraciones, pautamos antiinflamatorios. Regresa por persistencia del dolor. Rehistoriamos y refiere cansancio de meses. Solicitamos radiografía lumbosacra con posible hernia discal. Programamos RMN lumbar y analítica. Detectamos anemia normocítica normocrónica no conocida y creatinina de 2,30 mg/dL, previa normales. Derivamos a urgencias por posible fracaso renal agudo y solicitamos sangre oculta en heces (SOH). Aporta informe de urgencias, tras hidratación se normalizan cifras de creatinina. SOH positiva, solicitamos estudio de anemia, presentando angiодisplasia gástrica. Sospechando posible discrasia de células plasmáticas, solicitamos proteinograma. En RMN presenta alteración difusa de la señal de los cuerpos vertebrales, sacro, ilíacos y fémures. Proteinograma con componente monoclonal en zona beta. Avisamos a hematólogo de guardia.

Exploración y pruebas complementarias: ACP y ABD anodino. Locomotor: sin deformidades. Marcha no alterada. No alteraciones en flexo-extensión abducción, aducción, ni en rotación interna/externa de la cadera. Test Fabers levemente doloroso. Hemograma: hemoglobina 8,6 g/dL, VCM 99,2 fL. Bioquímica: Cr 2,30 mg/dL, albúmina 10,6 g/dL, GOT 61 U/L. VSG 12 mm/h. Gastro-colonoscopia: angiодisplasia gástrica. Proteinograma: componente monoclonal en zona beta de 61,6% (6,78 g/dL). Rx lumbosacra y RMN de caderas: hernia L5/S1. Alteración difusa de la señal de los cuerpos vertebrales, sacro, ambos ilíacos y fémures compatibles con proceso hematológico.

Juicio clínico: Gammapatía monoclonal. Mieloma múltiple (MM) IgA.

Diagnóstico diferencial: Espondilolisis/listesis, espondiloartopatías y deformidades vertebrales, osteoporosis, tumores. GMSI, plasmocitoma.

Comentario final: Es fundamental la sospecha de MM en adultos con dolor óseo en esqueleto axial,

sobre todo si debilidad, infecciones de repetición o datos analíticos sugerentes de hiperproteinemia, aumento de VSG o deterioro de la función renal.

Bibliografía

1. Terpos E, Kleber M, Engelhardt M, Zweegman S, Gay F, Kastritis E, et al. European Myeloma Network. European Myeloma Network guidelines for the management of multiple myeloma-related complications. *Haematologica*. 2015;100:1254-66.
2. Chinese Society of Hematology, Chinese Medical Association. Guidelines for treatment of myeloma bone disease. *Zhonghua Xue Ye Xue Za Zhi*. 2011;32:721-3.

Palabras clave: *Multiple Myeloma. Low Back Pain. anemia. Renal Insufficiency.*