



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 347/3074 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE LUMBALGIA CRÓNICA

B. Avilés Rodríguez<sup>a</sup>, M. Muñoz Rodríguez<sup>a</sup>, J. Rodas Peral<sup>b</sup> y M. Afan Alamillo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora de Gracia. Carmona. Sevilla. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nuestra Señora Los Montesillos. Dos Hermanas. Sevilla. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud la Fuensanta. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 58 años. Discopatía lumbar L4-L5 y L5.S1. Consultas múltiples en el último mes por lumbalgia tras sobreesfuerzo, refractaria a tratamiento farmacológico, pérdida de peso no cuantificada y astenia. Solicitada Rx y ante el hallazgo de imagen osteolítica L5, se contacta con Radiología, siéndole realizada RNM lumbar con hallazgos compatibles con infiltración ósea o afectación metastásica múltiple. Se contacta con internista y durante el ingreso se realiza estudio, se confirma diagnóstico de mieloma múltiple y se inicia tratamiento.

**Exploración y pruebas complementarias:** Peso 65 kg. Dolor a nivel de glúteo derecho irradiado a cara anterior de MID. Lasègue y Bragard negativos. Marcha de talón y puntillas conservada. Debilidad, frialdad y disestesias distales en pie derecho. Control de esfínteres correcto. Abdomen: no hepato-esplenomegalia. Exploración neurológica normal. No adenopatías. HG: Hb 11,6. Hcto 34,5. VCM 89,4. Serie blanca (N 1,88), plaquetas normales. VSG 71, PCR < 4. PT 11,1. Calcio 10,5, fosfato 4,1, paratinina 24,6.

**Orientación diagnóstica:** Osteolisis. Mieloma múltiple.

**Diagnóstico diferencial:** Gammapatía monoclonal de significado indeterminado. Mieloma múltiple latente. Macroglobulinemia de Waldenström. Plasmocitoma solitario. Amiloidosis primaria. Síndrome de POEMS. Metástasis de tumor primario.

**Comentario final:** La mayoría de los pacientes presentan signos o síntomas relacionados con la infiltración de células plasmáticas o daño renal por exceso de cadenas ligeras (anemia, dolor en los huesos, creatinina elevada, fatiga/debilidad generalizada, hipercalcemia y pérdida de peso). Una o más lesiones osteolíticas  $\geq 5$  mm, aumento de la captación en la PET, osteoporosis o fractura por compresión vertebral nos deben hacer sospechar. Aunque las radiografías simples a menudo orientan el diagnóstico, la confirmación precisa de resonancia magnética. El TAC es el mejor método para descartar enfermedad metastásica torácica.

### Bibliografía

1. Chawla SS, Kumar SK, Dispenzieri A, et al. Clinical course and prognosis of non-secretory multiple myeloma. Eur J Haematol. 2015;95:57.

2. Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. *Lancet Oncol.* 2014;15:e538.
3. Smith A, Wisloff F, Samson D, et al. Guidelines on the diagnosis and management of multiple myeloma 2005. *Br J Haematol.* 2006;132:410.
4. Walker R, Barlogie B, Haessler J, et al. Magnetic resonance imaging in multiple myeloma: diagnostic and clinical implications. *J Clin Oncol.* 2007;25:1121.

**Palabras clave:** Mieloma múltiple. Osteolisis. Dolor lumbar.