



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/3571 - DE UN HALLAZGO CASUAL, A UNO POCO USUAL: MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

L. Tejada de los Santos<sup>a</sup>, Á. García Roy<sup>b</sup>, J. López Coscojuela<sup>c</sup> y A. Jacinto Martín<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza.

<sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina

Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alzamora. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 54 años, acude a la consulta con resultados de analítica del reconocimiento médico de empresa. Destaca anemia con Hb 12. En la anamnesis, paciente asintomático. No signos de sangrado aparente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física sin hallazgos, salvo leve palidez. Exploración abdominal normal, sin masas ni visceromegalias palpables. Completamos estudio analítico de anemia: Hb 11,8, VCM 85,3, reticulocitos 41.700, fracción reticulocitos inmaduros 0,53, ferritina 306, IST 30%, haptoglobina 292, ácido fólico 11, vitamina B12 370, GGT 144, LDH normal, función renal dentro de valores de normalidad. SOH-. Ecografía abdominal: hígado y bazo de tamaño y ecoestructura conservada, sin lesiones focales. Resto también sin hallazgos patológicos. Derivamos a Hematología con criterio de anemia normocítica no filiada: Analítica: Hb 11,4, VCM 83,9, serie blanca y plaquetaria normal. Añaden proteinograma (proteínas totales 10,2, pico monoclonal de fracción beta); estudio de inmunoglobulinas (destaca IgM 6.590); estudio de inmunoproteínas: IgM Kappa 82,29, IgM lambda 0,08, IgM kappa/IgM lambda 968, cadenas kappa/cadenas lambda libres 5,76 (componente monoclonal IgM Kappa). Realizan aspirado de médula ósea con hipocelularidad en las muestras por lo que recomiendan estudio inmunofenotípico (CD22+, CD25+), biología molecular (mutación en MYD88 positivo), citogenética (deleción 6q) y anatomía patológica de biopsia de médula ósea (infiltración linfoplasmocítica). Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuroparenquimatosas. TAC cérvico-toraco-abdominal: adenopatías cervicales de 11 y 8 mm en nivel IV derecho. Ganglios subcentimétricos cervicales inespecíficos en nivel II bilateral y mediastínicos.

**Orientación diagnóstica:** Macroglobulinemia de Waldenström

**Diagnóstico diferencial:** Anemia normocítica por sangrado activo, hiperesplenismo, hemólisis; aplasia, infiltración o mielodistrofia de médula ósea.

**Comentario final:** La MW es un linfoma linfoplasmocítico, que infiltra médula ósea y en ocasiones órganos linfoides. Suele tener curso crónico, pudiendo permanecer asintomático durante años, por lo que realizaríamos seguimiento periódico del paciente (semestral) para detectar progresión de la

enfermedad o complicaciones, por parte de Hematología y AP; momento en el que precisaría tratamiento. Nuestro papel en esta patología es importante a nivel de seguimiento y al inicio del estudio, descartando otras causas de anemia, previo a la derivación a especializada.

### **Bibliografía**

1. García R. Enfermedad Waldenström. En: Rovira M. Manual práctico de Hematología clínica, 5ª ed. Barcelona: Antares; 2015. p. 427-34.

**Palabras clave:** Anemia monoclonal.