



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4219 - DOCTORA, ¿ES ESTO UNA SIMPLE LUMBALGIA?

E. Pacheco Vázquez^a, I. Muñoz Durán^b y M. Moreno Morales^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Benito. Jerez de la Frontera. Cádiz. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Granja Dr. Manuel Blanco. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 70 años con antecedentes de dislipemia, hipotiroidismo e HBP, acude en varias ocasiones al centro de salud por cuadro de dolor lumbar intenso no irradiado desde hace unos dos meses de evolución, que ha coincidido con dos cuadros sincopales y astenia atribuida por el paciente al tratamiento antiálgico. Pérdida de peso no cuantificada.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración no se objetiva déficit motor en miembros inferiores, no signos de mielopatía. Lasègue negativo. No edemas. No adenopatías periféricas palpables. Resto de exploración normal. Se le realiza analítica a destacar: pancitopenia, Cr: 2,2 mg/dl. Ca: 13 mg/dl. LDH: 680 IU/l, VSG: 86 mm/h. Proteinograma: Beta 5,11 g/dl. Gamma: 0,22 g/dl, CM: 4,11 g/dl y se solicita TAC de columna lumbosacra de forma preferente informada como: aplastamientos vertebrales múltiples de aspecto crónico y porótico. Listesis de L5 sobre S1. El paciente es derivado a servicio de Urgencias hospitalarias para ampliación de estudio, cursándose ingreso en servicio de Hematología, donde se le solicita aspirado de MO: (inmunofenotipo: 20% de infiltración de células plasmáticas (C.P.) de fenotipo patológico), medulograma: 79% infiltración de C.P. Se inició tratamiento quimioterápico (se le administró hasta 5 ciclos), que ante la progresión de enfermedad, confirmada en PET, y empeoramiento de la función renal, llegando a precisar hemodiálisis, el paciente fallece a los 6 meses del diagnóstico.

Orientación diagnóstica: Mieloma múltiple IgA Lambda sintomático

Diagnóstico diferencial: Gammapatía monoclonal de significado incierto (MGUS), que puede evolucionar a un mieloma múltiple indolente o asintomático y finalmente al mieloma múltiple sintomático. Algunas enfermedades autoinmunes, carcinomas metastásicos, linfoma, etc. pueden tener manifestaciones clínicas y de laboratorio comunes con el MM.

Comentario final: Casos como éste, nos recuerda la importancia de realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad, donde juega un papel fundamental el médico de familia, el cual debe estar alerta y hacer un correcto diagnóstico diferencial en casos de dolor lumbar de larga evolución refractario a tratamiento analgésico.

Bibliografía

1. Gay F, et al. Maintenance Treatment and Survival in Patients With Myeloma: A Systematic Review and Network Meta-analysis. JAMA Oncol. 2018.

Palabras clave: Gammapatías monoclonales. Mieloma múltiple.