



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/4316 - UNA LLAMADA URGENTE DEL LABORATORIO

M. Arenas García^a, J. Monsalve de Torre^b, A. Ferrando Domingo^c y L. Sáenz de Pipaon Ayala^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartero. La Rioja. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. La Rioja.

^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. La Rioja. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Presentamos el caso de un varón de 71 años que acude nuestra consulta de Atención Primaria en reiteradas ocasiones durante 15 días por un dolor que no cede con la medicación analgésica habitual. Refiere un dolor dorsal y costal difuso que empeora con los movimientos y la digitopresión, Objetivamos en la región acromioclavicular una protrusión ósea no conocida. Tras la realización de Radiografía de columna donde se aprecia un aplastamiento vertebral a nivel dorsal y analítica completa, nos avisan de Laboratorio para alertarnos sobre una hipercalcemia de 14,7 y una creatinina de 1,8 previamente normales, por lo que nos ponemos en contacto con el paciente para que acuda a urgencias a realizarse estudio de extensión.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, no focalidad neurológica, bulto óseo en articulación esternoclavicular derecha, Dolor a la palpación costal en hemitórax derecho. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen anodino. Analítica: glucemia 88, urea 80, creatinina 1,8, ácido úrico 12,1, fosfatasa alcalina 101, calcio 14,8, proteínas totales 10,7, filtrado glomerular 42. Proteinograma: con banda monoclonal, albúmina 3,2, alfa 1 0,3, alfa 2 0,7, beta 5,3, inmunotipaje IgA lambda. Hemograma: VSG 120, hemoglobina 12,2, hematocrito 36,8 PTH 10. Radiografías: la columna dorsal muestra signos degenerativos aunque únicamente se aprecia pérdida de altura en D12.

Orientación diagnóstica: Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Gammapatía monoclonal, hiperparatiroidismo primario, tumores sólidos, polimialgia reumática.

Comentario final: A la hora de valorar los dolores óseos en población anciana refractarios a tratamiento analgésico habitual, es conveniente ampliar la perspectiva. En nuestro caso, dada la edad del paciente decidimos extender el estudio con una analítica completa que fue la que finalmente nos dio uno de los datos más claves como es la hipercalcemia a pesar de no encontrarse siempre al diagnóstico de la enfermedad. En esta ocasión el diagnóstico fue llevado a cabo en Atención Primaria, siendo el servicio de Hematología el que ha continuado el tratamiento volviendo a nosotros para realizar su control evolutivo.

Bibliografía

1. Álvarez-Cordovés MM, Mirpuri PG, Pérez-Monje A. Diagnóstico de mieloma múltiple en atención primaria. Sospecha ante una historia clínica adecuada. *Semergen*. 2013;39(6):e21-4.

Palabras clave: Mieloma múltiple. Calcio. Tumor.