



P-220 - CERVICALGIA Y PARESTESIAS A ESTUDIO

M.D. Lara de la Torre^a, A. Tejada Solana^a, A. Fernández Fernández^b, M.M. Roldán García^c, A. Bares García^d y A.M. Rivas Román^e

^aCS Tórtola. ^bCS Magdalena. ^cCS Virgen del Mar. ^dCS Aeropuerto. ^eCS Puerto Real.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 72 años, sin alergias medicamentosas conocidas, presenta como antecedentes: HTA, con buen control. Exfumador hace 30 años de 22 paquetes/año. En tratamiento domiciliario con: atenolol 50 mg. Acude a Consulta de Atención Primaria por presentar desde hace dos meses dolor dorsal en escápula, a nivel cervical y braquial derecho, que se acompaña de parestesias en dedos de mano derecha. Niega clínica respiratoria, digestiva o cardiaca. No refiere traumatismo ni sobreesfuerzo previo. Tras fracaso de analgesia y realización de pruebas complementarias, se decide derivar a Urgencias para completar estudio, donde se produce ingreso hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente, orientado y colaborador. Eupneico en reposo. Buena coloración de piel y mucosas. TA: 173/77 mmHg. FC: 46 lpm. T^a 36,5 °C. SatO₂: 98%. FR: 12 respiraciones/minuto. Dolor a la palpación de zona cervical y hombro derecho, con movilidad cervical y de miembro superior conservada, aunque dolorosa. Auscultación cardíaca: rítmica, no soplos, murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen sin hallazgos de interés. No edemas ni signos de TVP en miembros inferiores. Analítica: hemograma: 14,6 g/dl, hematocrito 44, VCM 89,2. Leucocitos 11.260 (neutrófilos 77,2%, linfocitos 15,7%), plaquetas 213.000- Bioquímica: colesterol total 263, perfil renal, hepático e iones dentro de la normalidad; hormonas tiroideas normales; marcadores tumorales: CEA 474, Ca 19-9 2.981, Ca 125 636, Ca 72,4 78,10; proteinograma: gammapatía monoclonal IgA, Kappa. Sistemático de orina: proteínas totales 3,61. Cadenas ligeras Kappa total: < 6,63, Cadenas ligeras Kappa libres: < 0%. Proteinuria de Bence-Jones negativa. Coagulación normal. Serología: hepatitis C, hepatitis B, toxoplasma negativos. ECG: rítmico, sinusal a 50 lpm, sin alteraciones en la repolarización. Rx columna: signos degenerativos sobre todo a nivel C5-C6, C6-C7, con disminución del espacio intervertebral y esclerosis I de los cuerpos vertebrales con osteofitos. TAC torácico-abdominal: lesiones cervicales líticas entre C7-D1, con masa de partes blandas que no afecta al canal medular, también afectación de la rama ilio-pubiana derecha. Nódulo pulmonar en LSI, en contacto con pleura mediastínica, superior a 20 mm. Espirometría: dentro de la normalidad. Fibrobroncoscopia: se realiza BAS de LSI: Adenocarcinoma de pulmón. Gammagrafía ósea: depósito del radiofármaco a nivel C7-D1, 1º arcos costal, rama iliopubiana derecha. Aspirado medular: < 2% de células plasmáticas en médula ósea. Biopsia de médula ósea: compatible con mieloma múltiple.

Juicio clínico: Mieloma múltiple. Adenocarcinoma de pulmón T2N0M0.

Diagnóstico diferencial: Metástasis. Amiloidosis. Neumonía. Derrame pleural.

Comentario final: Tras el diagnóstico de ambas patologías tumorales, el paciente recibió tratamiento radioterápico frente a mieloma múltiple. Pocos meses después acude nuevamente a nuestra consulta con hemiparesia izquierda, diagnosticándose de enfermedad metastásica, con lesiones cerebrales, hepáticas y óseas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greipp PR, San Miguel J, Durie BG, et al. International staging system for multiple myeloma. *J Clin Oncol.* 2005;23:3412-20.
2. He Y, Wheatley K, Clark O, et al. Early versus deferred treatment for early stage multiple myeloma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003.