



262/241 - CASO DE MIELOMA MÚLTIPLE EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

T. Kostyrya

Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 64 años acude a la consulta de AP por astenia, disnea, pérdida de peso. Antecedentes personales: fumador, diabetes mellitus de 15 años de evolución. Desde hace 11 meses presenta astenia y disnea. Se realiza analítica en su centro de salud, se detecta anemia, se le envía a urgencias. Anamnesis: afebril. No sintomatología respiratoria ni cardiológica ni infecciosa. En los últimos seis meses ha perdido 10 kg de peso sin causa evidente, no anorexia.

Exploración y pruebas complementarias: Hemograma: hematíes $3,1 \times 10^{12}/l$, hb 8,6 g/dl, VCM 89,1 FL, leucocitos $4,49 \times 10^9/l$, segmentados $2,38 \times 10^9/l$, linfocitos $1,65 \times 10^9/l$, plaquetas $106,0 \times 10^9/l$, VSG: 41,0 mm/h. Pruebas de coagulación: banda monoclonal IgA kappa en zona beta cuantificación del componente monoclonal: 4,64 g/dl. Bioquímica: FE 112,0 Ug/dl, IS 34,0%, transferrina 234,0 mg/dl, ferritina 222,0 ng/ml, beta 2 microglobulina 3,64 mg/l, creatinina 0,8 mg/dl, urea 28,0 mg/dl. Proteinograma: proteínas totales 9,8 g/dl, albúmina 34,6%, alfa1 globulinas 2,0%, alfa2 globulinas 3,6%, betaglobulinas 54,4%, gammaglobulinas 5,4%, dosificación de componente monoclonal 4,64 g/dl, IgA kappa. Inmunología: IgG 245,0 mg/dl, IgA 5.354,0 mg/dl, IgM 13,0 mg/dl. Proteinuria de Bence-Jones en orina: negativo para proteinuria Bence-Jones. Estudio médula ósea: fenotipo compatible con el de una discrasia de células plasmáticas del tipo plasmocitoma/mieloma.

Juicio clínico: Mieloma múltiple (mm) IgA kappa.

Diagnóstico diferencial: Mieloma quiescente, amiloidosis de cadenas ligeras.

Comentario final: El mm es una neoplasia que se caracteriza por la proliferación y acúmulo de células plasmáticas en la médula ósea. Se denomina así porque suele afectar a múltiples localizaciones. En el MM este porcentaje aumenta por encima de un 10% y además se produce un anticuerpo defectuoso que se denomina proteína monoclonal o componente monoclonal que se puede medir en el suero o en la orina o en ambos. Además, la proteína monoclonal puede originar otros daños orgánicos, fundamentalmente en el riñón. Es una enfermedad relacionada con la edad, siendo más frecuente a partir de los 60-70 años. Más del 85% de los casos se diagnostican en pacientes mayores de 55 años y más del 70% son pacientes mayores de 60 años.

Bibliografía

1. Alexander DD, Mink PJ, Adami HO, et al. Multiple myeloma: a review of the epidemiologic literature. *Int J Cancer*. 2007;120Suppl 12:40-61.
2. American Cancer Society. *Cancer facts and figures 2016*. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2015.