



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

160/1746 - Fracturas patológicas

A.I. Seoane Novás^a, A. Viña Almunia^a, M. Bernuz Rubert^b, A. García Porras^c, E. Tórtola Ventura^c, A. Tamarit Latre^d, A.B. González Navalón^e, M.T. Cabezuelo Barber^f, D. Lumbreras Manjón^f y A. Núñez Villén^g

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia. ^fMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Zona Hospital Peset. Valencia. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch. Valencia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años, con AP de anemia ferropénica, hipertrofia benigna de próstata, osteoporosis, y con episodios en los últimos 4 años de fractura de húmero, fractura de Colles y fractura subtrocantérea del cuello del fémur, que acude a consulta de atención primaria por persistencia de dolor óseo a nivel lumbar. A tratamiento con calcio carbonato/colecalciferol 600 mg/1.000 UI, ferroglicina 80 g, denosumab 60 mg (una inyección cada seis meses), tamsulosina 0,4 mg.

Exploración y pruebas complementarias: En la auscultación cardíaca se aprecia un soplo sistólico de intensidad II/VI. En la auscultación pulmonar y abdominal no se encuentran hallazgos patológicos. Pero sí dolor a la digito-presión de apófisis espinosas de L4 y L5. En Rx lumbar se aprecia un acuñamiento en las vértebras L4 y L5. En la analítica, destaca una Hb de 11,9, VCM 27,3, VSG de 35 mm/h, creatinina 0,76, restos de parámetros analíticos dentro de la normalidad, incluyendo niveles de vitamina D, calcio y hormona paratiroides. En orina: proteinuria de Bence Jones positiva. Proteinuria de 24 horas elevada, 0,28 g/24h. Ante estos hallazgos se realiza interconsulta a hematología y se le realiza al paciente una biopsia de médula ósea con 33% de células plasmáticas en médula ósea.

Juicio clínico: Mieloma múltiple.

Diagnóstico diferencial: Hiperparatiroidismo. Osteomalacia. Osteomielitis aguda. Osteoporosis. Procesos tumorales primarios o metastásicos.

Comentario final: El mieloma múltiple es una neoplasia de células plasmáticas que derivan de un mismo clon. Generalmente afecta más a varones con una edad entorno a los 68 años. El síntoma más frecuente es el dolor óseo constante (> 75%, por aparición de lesiones osteolíticas), seguido de las infecciones (por alteraciones en la inmunidad humoral). No obstante, hasta un 20-30% de los pacientes se encuentran asintomáticos siendo este un diagnóstico causal. La principal causa de muerte de estos pacientes son las propias infecciones seguida de la insuficiencia renal (provocada por la excreción de cadenas ligeras y por la hipercalcemia). El tratamiento dependerá de las características del paciente y de la clínica que presente. Si es asintomático no se trata. Si edad inferior a 70 años se realizará un trasplante autólogo. En caso de tener una

edad superior se tratará con melfalán. El pronóstico dependerá de la respuesta al tratamiento. En nuestro caso el paciente evoluciona favorablemente al tratamiento con melfalán manteniendo su enfermedad estable. En cuanto al dolor óseo, este tipo de pacientes responden muy bien a la radioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kyle RA, Rajkumar SV. Multiple myeloma. *N Engl J Med.* 2004;351:1860.
2. Base de datos Abucasis. Centro de Salud Ingeniero Joaquín Benlloch, Valencia.