



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1626 - Gammapatía monoclonal de significado incierto

E. Paños Maturana^a, M. Pardos Lafarga^b, y A. Martínez^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Laguna. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Las gammapatías monoclonales son un grupo muy variado de alteraciones hematológicas que consisten en un aumento del número de células plasmáticas productoras de inmunoglobulinas. Estas IG, todas iguales, se denominan IG monoclonales. El aumento de las células plasmáticas se produce de manera progresiva o estable. Se trata de un proceso muy frecuente en la población que constituye el 1% de todas las neoplasias y hasta un 10% de las hematológicas. Siendo más común en hombres que en mujeres. Nuestro caso trata sobre un hombre de 75 años, sin AP de interés salvo una gota por la que se le realiza un proteinograma en el contexto de una revisión. En este aparece de manera incidental una banda monoclonal tipada como IgM lambda (1.026 mg/dL) y una VSG de 36 mm/h. Se deriva a hematología para estudio que decide repetir la analítica en 3 meses para decidir si ampliar el estudio.

Exploración y pruebas complementarias: En hematología deciden ampliar el estudio con una biopsia de medula ósea y un TAC toraco-abdominal. La BMO se informa como leve infiltrado intersticial de células plasmáticas. La medula es normocelular con adecuada representación de todas las líneas hematopoyéticas. Siendo el porcentaje de linfocitos B maduros normal, así como la subrogación de cadenas ligeras kappa y lambda por lo que no parece probable un linfoma linfoplasmocitario. EL TAC es informado como normal a excepción de unos nódulos pulmonares subcentrímetros de los que seguirán la evolución en el tiempo.

Juicio clínico: Con los datos de la BMO el juicio clínico es de gammapatía monoclonal de significado incierto. La GMSI es un diagnóstico de exclusión cuando aparece este componente monoclonal y no hay criterios de malignidad. La GMSI no necesita tratamiento pero si seguimiento en el tiempo ya que puede evolucionar en una neoplasia hematológica de mayor malignidad, mantenerse en el tiempo e incluso desaparecer.

Diagnóstico diferencial: A la hora de hacer el diagnóstico diferencial usamos los criterios los de diagnóstico de mieloma múltiple (MM). Nos encontramos con un paciente asintomático con menos de un 10% de células plasmáticas en MO (2,66% en este caso), con menos de 3 g/dL de proteína monoclonal (no supera los 1.026 mg/dL en el tiempo de estudio) y sin lesiones osteolíticas. Si encontráramos más de 3 g/dL de proteínas y más de 10% de células plasmáticas podríamos hablar de un mieloma quiescente.

Comentario final: La sospecha de GM aparece al encontrar en un análisis de sangre o de orina una banda, normalmente en un paciente asintomático o con síntomas inespecíficos. Además podemos encontrar aumento de la VSG, debilidad, astenia, infecciones de repetición... El papel principal del médico de Atención Primaria se centra por un lado en la derivación a hematología con la sospecha, para su correcto estudio, siendo

necesario un conocimiento básico de esta entidad, y más importante si cabe, es el seguimiento del paciente una vez diagnosticado, estando alerta ante cualquier cambio en el desarrollo de la misma. En el seguimiento se deben seguir haciendo proteinogramas y valorando parámetros analíticos con atención en los cambios por si suponen una evolución de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rivas Otero B, et al. Gammapatía monoclonal de significado incierto. A propósito de un caso. SEMERGEN. 2006;32(6):299-303.
2. Medina S, et al. Marcadores pronósticos en pacientes con gammàpatia monoclonal de significado incierto. Inmunologia. 2014;33(1):6-10.
3. Anguille S, Bryant C. Monoclonal gammopathy of undetermined significance. CMAJ. 2013;185(15).