



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2641 - Taponamiento cardíaco descubre incidentalmente un Mieloma múltiple

S. Falla Jurado^a, D.Á. Rodríguez Palacios^a, F.M. Aceituno Villalba^b, A. Balsalobre Matencio^c, A. Sánchez Martínez^d, C. Bolarín Angosto^e, I.M. Escudero Muñoz^f, C. Castillo Ramos^g, A.C. Menéndez López^h y C. Alcaraz Conesaⁱ

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^cMédico Interno Residente de 3º año. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrepacheco. Murcia. ^fMédico Interno Residente de 3º año. Centro de Salud San Javier. Murcia. ^gMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Terrasa Sud. Barcelona. ^hMédico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. ⁱMédico de Familia. Urgencias del Hospital Universitario de Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 76 años, acude a urgencias por astenia, mialgias generalizadas, distermia, náuseas y vómitos. En la sala de espera presenta dolor abdominal, sudoración profusa y grave hipotensión (65/50). UCI, por shock mantenido a pesar de fluidoterapia intensiva y por los hallazgos en EKG, solicita ecocardiograma descartando patología aórtica aguda. FEVI 35-40%, derrame pericárdico y colapso diastólico de cavidades derechas. Tras optimización de precarga, mejoría del gasto urinario, función renal y acidosis metabólica sin necesidad de pericardiocentesis pasa a planta. No fue necesaria pericardiocentesis. Al ampliar estudio se objetiva pico monoclonal sérico, anemia normocítica-normocrómica, hipercalcemia, VSG y B2-microglobulina elevadas con insuficiencia renal solicitándose aspirado medular y biopsia de grasa abdominal para descartar amiloidosis asociada o no a mieloma.

Exploración y pruebas complementarias: Antecedentes personales: HTA. Hiperuricemia. Enfermedad renal crónica estadio 3. Dolor óseo generalizado desde 2011. Still del adulto en 1988 con total remisión.

Exploración física: Mal estado general. TA: 60/50 mmHg. FC: 57 lpm. T^a: 35 °C. Taquipnea. Disnea.

Auscultación cardíaca y pulmonar sin hallazgos. Abdomen: ligera hepatomegalia. Exploraciones complementarias: EKG: ascenso guinaldoso de 1,5-2 mm en I y aVL con onda T negativa en V1 y II con posterior normalización del ascenso y discreta alternancia eléctrica. Analítica: Enzimas cardíacas seriadas normales. Glu 156, urea 84, Creat 3,3, Na 139, K 6,7. VSG 107, calcio 14 mg/dL. Perfil hepático normal. HbA1c 6,5. Leucos 13.490, Hb 13,8, Hto 41%, VCM 93, Plaq 181.000, calcio 7,6. Gasometría arterial: pH 7,25, pO₂ 90, pCO₂ 34, HCO₃ 14, EB -11, lactato 0,8. Coagulación: AP 68%, fibrinógeno 726. Rx tórax: cardiomegalia. Ecocardiografías seriadas: derrame pericárdico en resolución. FEVI 55%. Cuantificación IgS: IgA e IgM normales, Ig G 1.951. Proteinograma banda monoclonal de 3,5 g/dL. B2-microglobulina 7.820. Proteinuria de Bence-Jones. ANOEs y ENA, serologías VHB, VHC, VIH y VEB negativos. CMV IgG e IgM positivos. TC toraco-abdominal: Derrame pericárdico sin aneurisma en aorta. No derrame pleural. Mantoux: negativo. Serie ósea radiológica: Lesiones osteolíticas en L4-L5. Aspirado medular: Normocelular con buena representación de las tres series objetivándose infiltrado de células plasmáticas del 14%, la mayoría de rasgos atípicos. Punción de grasa abdominal: negativa para depósito amiloide.

Juicio clínico: Mieloma múltiple estadio IIIB.

Diagnóstico diferencial: Miocarditis. Pericarditis. IAM. Disección aórtica. Metástasis óseas. GMSI. Síndrome antifosfolípido. Mielofibrosis. Artritis reumatoide. Espondilitis anquilosante. Polimialgia reumática. Lupus eritematoso. Esclerodermia. Polimiositis. Micosis fungoide. Sarcoma de Kaposi. VIH.

Comentario final: El hallazgo casual de un pico monoclonal sanguíneo o urinario aparece frecuentemente en la práctica clínica habitual. Múltiples patologías benignas o malignas pueden ser responsables. Llegar al diagnóstico definitivo determinará un tratamiento adecuado, evitar pruebas cruentas innecesarias y la modificación del pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Collins D. Aetiology and Management of Acute Cardiac Tamponade. 2004;6:54-8.
2. Spodick D. Acute Cardiac Tamponade. N Engl J Med. 2003;349:684-90.
3. Kyle RA, Rajkumar SV. Monoclonal gammopathies of undetermined significance: a review. Inmunol Rev 2003; 94:112-39.
4. Kyle RA, Therneau TM, Rajkumar V, Oxford JR, et al. Prevalence of monoclonal. N Engl J Med. 2006;354:1362-9.