



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3023 - La persistencia para el diagnóstico

G. Ortiz Quintana<sup>a</sup>, M.Á. Gómez Torres<sup>b</sup>, R.S. Fernández Márquez<sup>c</sup>, C. Álvarez López<sup>d</sup>, S. González Garrido<sup>a</sup>, E.M. Sánchez Fuentes<sup>a</sup>, F.J. Ruíz Moruno<sup>e</sup>, J. Cuevas<sup>e</sup> e I. Sánchez Fuentes<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sector Sur. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente. Córdoba. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 57 años con antecedentes de espondiloartrosis y escoliosis lumbar, que refiere pérdida de peso de 7 kg en 6 meses, acompañado de dolor lumbar intermitente desde hace varias semanas. Inicialmente mantenemos tratamiento con AINE. Se solicitó analítica con valor de VSG: 102 mm/h. Por lo que derivamos medicina interna que descubre renina y aldosterona elevadas y nódulo suprarrenal en TAC, se decide valoración por endocrino. A pesar de ello, la paciente continúa con dolor en parrilla costal y síndrome constitucional en progresión, y ante nuevo episodio de dolor inguinal se realiza radiografía que muestra lesiones líticas en pelvis. Radiología informa las imágenes como sugestivas de mieloma/metástasis. Ante las alteraciones analíticas, sumadas a la clínica de dolor óseo y las lesiones líticas en pelvis y fémur se decide ingreso en hematología por alta sospecha de mieloma.

**Exploración y pruebas complementarias:** Aceptable estado general consciente y orientada. ACR: tonos rítmicos a buena frecuencia, no soplos. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no masas ni megalías, no irritación peritoneal. Analítica: VSG 102 mm/h, LDH 237 U/L, calcio 10,7 ?g/dl, metanefrinas 457 ?g/24h, renina 109,7 ng/L, aldosterona 584,13 ng/dl, B2-microglobulina 3.681,3 ug/L, cadena lambda en suero 258,94 mg/L, proteinograma: pico en beta y alfa 2. Gammagrafía ósea: captación aumentada en cuerpo vertebral D10, D8 y D5 y en parrilla costal izquierda. Medulograma: aspirado medular hipocelular con infiltración 30% por células plasmáticas atípicas. Mieloma múltiple, % de células plasmáticas patológicas: 100%, fenotipo CD 56, CD 19, CD 45, CD 117+.

**Juicio clínico:** Mieloma múltiple.

**Diagnóstico diferencial:** Leucemia linfática crónica. Plasmocitoma. Gammapatías monoclonales. Macroglobulinemia Waldenstrom.

**Comentario final:** Con el diagnóstico de esta paciente observamos como el hecho de derivar para estudio a diferentes especialidades, puede no terminar de solventar el problema, y es en esos casos cuando el conocimiento global y unificado del paciente por parte del médico de atención primaria lleva a un seguimiento continuo de los paciente permaneciendo alerta para que ante la posterior aparición de nuevos datos clínicos, analíticos o de imagen así como ante la progresión de un cuadro, podamos detectarlo y actuar consecuentemente.

### Bibliografía

1. Anderson KC, Alsina M, Bensinger W, Biermann JS, Chanan-Khan A, Cohen AD, et al. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology: multiple myeloma. *J Natl Compr Canc Netw.* 2009;7:908-42.
2. Bladé J, Dimopoulos M, Rosiñol L, Rajkumar SV, Kyle RA. Smoldering (asymptomatic) multiple myeloma: current diagnostic criteria, new predictors of outcome, and follow-up recommendations. *J Clin Oncol.* 2010;28:690-7.

*Palabras clave:* *Mieloma múltiple. Dolor óseo. Hipercalcemia.*