



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

212/2954 - MÁS que fracturas...

J. Ballesta Lozano^a, M.M. Antonio González^b, M. Solana Palazón^a, M. Vigil Velis^c, M. Serna Martínez^a, S. Herreros Juárez^a, L. Monteagudo González^d, E. Ruiz García^a, S. Hernández Baño^a y L.M. González Torres^e

^aMédico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^cIntensivista. Hospital General Universitario Reina Sofía. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-Infante. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: AP: No RAM. HTA. Hiperuricemia. Iqxs: 1º) Fractura de hombro derecho. 2º) Fractura de 1/3 distal de húmero izquierdo. EA: tras ingreso por fractura de hombro, se objetiva hipercalcemia, hiperfosforemia y PTH bajo. Se estudia encontrando: hipoproteinemia, eritroblastos en sangre periférica y mononucleares aumentados en contexto de dolores generalizados y se diagnostica de hipercalcemia tumoral por invasión de MO, hiperfosfatemia e hiperuricemia secundaria a osteolisis tumoral, hipocalcemia secundaria e insuficiencia renal aguda. Progresivo deterioro de la paciente, con disminución del nivel de conciencia e hipotensión arterial pese a reposición de volumen por lo que ingresa en UCI.

Exploración y pruebas complementarias: PAS: 85 mmHg. PAD: 50 mmHg. FC: 90 lpm. satO2: 93%. T^a: 36,4 °C. Bajo nivel de conciencia, responde a órdenes sencillas, obnubilada. ACP rítmica, no soplos. Mvc. Abdomen no doloroso. EE edemas maleolares. Hemograma: Hb: 9,3 g/dL Leuc: 14,63 × 10³/uL N: 48% Plaq: 343,0 × 10³/uL Bioquímica: Gluc: 99,0 mg/dL Creat: 2,9 mg/dL Na: 142,0 mmol/L K: 5,3 mmol/L Calcio de 4,8 mg/dL Ac. úrico 9,2 mg/dL P 6,1 mg/dL GSV: pH: 7,15. pCO2: 25,0 mmHg. EB: -18,0 mmHg. Lact: 5,0 mmol/L Coagulación: Act Prot: 78,0%. INR: 1,19. ECG: RS a 107 lpm. Rx tórax: fracturas costales múltiples: 7º derecha y 7º, 6º, 5º y 4º izquierdas. AMO: infiltración parcial por células plasmáticas atípicas. Necropsia: neoplasia de células plasmáticas (mieloma múltiple) con infiltración y destrucción ósea masiva, que origina un síndrome de lisis tumoral con trastorno metabólico desencadenando un estado de shock con una necrosis tubular aguda extensa y FMO responsable último de la muerte.

Juicio clínico: El síndrome de lisis tumoral es una emergencia oncológica caracterizada por elevación de K, P y ác. úrico e hipocalcemia secundario a destrucción de células tumorales. Su sintomatología es la derivada de las alteraciones metabólicas producidas. Aunque puede producirse en neoplasias de distinta etiología, es frecuente en las hematológicas como LNH, LH, linfoma de Burkitt, mieloma múltiple, plastocitomas...

Diagnóstico diferencial: Gammapatía monoclonal. Macroglobulinemia de Waldenström. Plastocitoma. Amiloidosis. Sd. POEMs. Cáncer metastásico.

Comentario final: Mieloma múltiple. Sd. lisis tumoral.

Bibliografía

1. Larson RA, Pui CH. Tumor lysis syndrome: Definition, pathogenesis, clinical manifestations, etiology and risk factors. *Uptodate*, 2016.

Palabras clave: *Mieloma múltiple. Lisis tumoral.*