



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1829 - DE GONALGIA A LINFOMA LINFOPLASMOCÍTICO

S. Castells Juan<sup>a</sup>, C. Rosello Gregori<sup>a</sup>, D. Díaz Gil<sup>b</sup> y A. Ruíz García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Cullera. Valencia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Benifaió. Valencia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Algemesí. Valencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 58 años con gonalgia recidivante de dos años de evolución con mala respuesta a tratamiento médico. Analítica inicial con hiperuricemia, leucocitosis neutrofílica, trombocitosis leves y aumento reactantes fase aguda. Respuesta parcial a infiltración. Artrocentesis sin cristales, con derrame crónico. Iniciado tratamiento hipouricemiante por su MAP. Valorado por Reumatología con RMN que planteaba diagnóstico diferencial entre isquemia, infartos o infiltración de médula ósea por enfermedad hematológica. Ingresa en Medicina Interna para completar estudio concluyendo en tratarse de una infiltración medular por proceso linfoproliferativo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración con rodilla tumefacta, ligero peloteo rotuliano, no dolor ni limitación funcional, cajones normal, sin bostezos y meniscales negativos. Analítica con urato 9,3, PCR 60, VSG 103, leucos 11.600. Rx anodina. Artrocentesis sin cristales, derrame crónico. RMN: Alteración patrón médula ósea de epífisis de fémur distal, tibia proximal y tróclea con mínima extensión a metáfisis. Patrón parcheado con líneas serpinginosas aunque sin reborde de esclerosis. Discreto derrame articular con engrosamiento sinovial hipercaptante. Resto normal. Ingreso en Medicina Interna: biopsia ósea, inmunohistoquímica, orina 24h, TAC, osteo-G ósea...

**Orientación diagnóstica:** Linfoma linfoplasmocítico asociado a componente monoclonal Ig A y proteinuria de cadenas ligeras.

**Diagnóstico diferencial:** Se descarta mieloma múltiple dado que no hay infiltración plasmocitaria pero componente monoclonal Ig A con presencia de cadenas ligeras lambda. La anemia no parece justificada únicamente por la infiltración de la médula ósea, sugiere anemia inflamatoria, aunque metabolismo férrico algo justo, SOH negativa. Uno de los diagnósticos a valorar sería el S. POEMS aunque ausencia de polineuropatía como criterio mayor lo descarta.

**Comentario final:** Diagnóstico algo controvertido pues se trata de un comportamiento atípico para un linfoma linfocítico, suele asociar componente monoclonal Ig M y no Ig A. La revisión histológica también es concordante con el diagnóstico de linfoma linfoplasmocítico, por lo que se decide inicio de tratamiento ante paciente sintomático (anemia +, lesiones óseas) con vigilancia estrecha del comportamiento de la gammopatía monoclonal Ig A y la proteinuria de cadenas ligeras, durante el tratamiento. Iniciado tratamiento quimioterápico con buena tolerancia y ausencia de importantes efectos secundarios.

**Palabras clave:** Gonalgia. Elevación reactantes fase aguda. Infiltración médula ósea. Linfoma B. Células plasmáticas. Gammopatía monoclonal Ig A.