



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/702 - DOLOR ÓSEO: DESAFÍO DIAGNÓSTICO

A. Asensi Zapata^a, C. Fortuny Henriquez^b, A. Asensi Pernas^c y M. Zapata Medín^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Eulalia Sud. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. ^bMédico de Familia. A Coruña. ^cMédico de familia. Centro Salud Betanzos. A Coruña.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 66 años acude por dolor persistente de un mes de evolución en extremidad superior izquierda (ESI) y lumbar. Aumenta en noche y movilización. Antecedentes personales: HTA, DM2, hipotiroidismo, hiperuricemia, dislipemia.

Exploración y pruebas complementarias: Locomotor: dolor proximal MSI. Limitación funcional por dolor. No alteraciones sensitivas. Dolor palpación apófisis espinosas lumbares, Lasègue -. Radiografía hombro: lesión lítica humeral proximal festoneado endóstico sin disrupción cortical ni reacción perióstica. A descartar metástasis o proceso mielo-linfoprolifrativo. Radiografía lumbosacra: no lesiones líticas. Se realiza e-interconsulta Hematología y citan ingreso. Laboratorio: Hb 11,9 mg/dl, VCM 97 mg/dl, VSG 27 mm, LDH 4,73 UI/l, B2 microglobulina 4,07, GGT 144 mg/dl, albúmina 3,58. Alfa 1 0,48, alfa 2 0,96, gamma 0,78. Cadena ligera Kappa libre/s 29,72. Cadena ligera. Lambda libre/s 31,09. Relación kappa/lambda 0,956. Kappa libre/o 0,31, lambda libre/o 0,21. Cuantificación componente monoclonal (CM) IFE: no se detecta. Inmunofijación urinaria: No se detecta PBJ. Biopsia médula ósea: infiltración masiva por neoplasia células plasmáticas.

Orientación diagnóstica: Mieloma múltiple no secretor (MNS).

Diagnóstico diferencial: Lesión lítica: tumores primarios óseos, metástasis en huesos, mieloma múltiple, quiste óseo simple, tumor células gigantes, displasia fibrosa y osteomielitis.

Comentario final: El mieloma múltiple, neoplasia de células B, excesiva proliferación células plasmáticas anormales, causan gammapatía monoclonal, anemia, hipercalcemia, lesiones líticas óseas y fallo renal. Rara vez no se detecta CM orina y/o sangre constituyendo el MNS (incidencia 1-5% de todos casos MM).

Bibliografía

- Dimopoulos M, Kyle R, Fermand JP, et al. Algoritmo identificación mieloma múltiple pacientes acuden urgencias dolores óseos recurrentes. Congreso Sociedad Española Hematología y Hemoterapia (SEHH), 2016.
- Healy C, Murray JG, Eustace S, et al. Multiple myeloma: a review of imaging features and radiological techniques. Bone Marrow Res. 2011.

Palabras clave: Mieloma múltiple.