



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

482/926 - DOLOR ÓSEO COMO SÍNTOMA PRINCIPAL DE MIELOMA MÚLTIPLE

M. Sánchez Velasco¹, C. Moñiz Pérez², M. Franco Márquez¹ y L. Adame Sanz³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Matrona Antonia Mesa Fernández. Cabra. Córdoba. ³Residente de 2^o de año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena II. Lucena. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 75 años. No hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. Hipertenso y diabético tipo 2. En tratamiento con gliclazida, insulina aspart, telmisartán/hidroclorotiazida y amlodipino. Refería dolor costal y de hombros de meses de evolución de tipo sordo, continuo, que no se modificaba con el movimiento ni con la respiración y que persistía en reposo. Inició analgesia de primer escalón sin mejoría clínica, no asociaba disnea pero sí astenia, no pérdida de peso.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica, sin soplos, roces ni extratonos, murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. EKG: ritmo sinusal a 80 lpm, eje eléctrico normal, PR normal, QRS estrecho, sin alteraciones agudas de la repolarización. Sat O₂: 98%. Rx tórax PA y lateral: cardias de tamaño normal, sin signos de condensación pulmonar, senos costofrénicos libres, cambios degenerativos degenerativos cervicales y dorsales. Rx hombro AP bilateral: pequeñas lesiones líticas a nivel de ambas cabezas humerales. Analítica básica de centro de salud: hemograma con Hb: 9,0 g/dL, VCM: 90,1 fL, hto: 23,4%, leucocitos $7,720 \times 10^3$ /μL, neutrófilos $5,310 \times 10^3$ /μL, plaquetas 138×10^3 /μL, reticulocitos 1,77%. Bioquímica con glucosa 116 mg/dL, proteínas totales 8,7 g/dL, urea 174 mg/dL y creatinina 2,8 mg/dL, calcio 12,8 mg/dL. VSG: 140 mm/h. Se amplía analítica de estudio de anemias con ferritina, transferrina, IST, vitamina B12, ácido fólico, TSH y T4, autoinmunidad, SOH, serologías víricas, proteinograma e inmunoglobulinas. En el proteinograma se obtuvo un CM en suero de 2,98 g/dL, con IF en suero Ig A lambda, cociente kappa/lambda 0,08, Ig A total en sangre: 4,803 mg/dL. Resto de analítica normal. Ante los hallazgos se decide derivar urgente a Hematología, donde se amplió el estudio con análisis de orina, mapa óseo y aspirado de MO siendo finalmente diagnosticado de mieloma múltiple IgA lambda.

Orientación diagnóstica: Mieloma múltiple productor de Ig A.

Diagnóstico diferencial: Gammapatía monoclonal de significado incierto. Macroglobulinemia de Waldenström. Enfermedad de cadenas pesadas. Enfermedad reumatólogica. Tumores óseos.

Comentario final: Ante un dolor óseo crónico hay que tener presente el mieloma múltiple como posible causa del mismo. Una adecuada anamnesis junto con pruebas de imagen y analítica pueden orientarnos en el diagnóstico.

Bibliografía

1. Moraleda JM. Pregrado Hematología, 4^a ed. 2017.

Palabras clave: Dolor óseo. Mieloma múltiple.