



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/89 - NO TODOS LOS DOLORES ARTICULARES SON FIBROMIALGIAS. LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA

D. de Freitas Clemente¹, M. Hernández Larrea¹, M. García Domínguez² y J. Zarauza Pellejero³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fermín. Madrid. ²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guayaba. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente 75 años, con antecedentes de HTA, osteoporosis en tratamiento con calcio y vitamina D. Independiente, visitó la consulta de atención primaria en varias ocasiones aquejando poliartralgias cervicales, dorsolumbares, costales, de carácter matutino, asociando pérdida de 8 Kg en 4 meses, con hábito asteniforme, hiporexia, sin fiebre ni diaforesis, con estudio reumatológico negativo.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 118/57 mmHg; no se palpan adenopatías; auscultación cardiopulmonar rítmica con refuerzo del primer tono, crepitantes basales derechos; abdomen no doloroso donde no se palpan masas ni megalias. Se realizó analítica: Hemoglobina 10,1 g/dl; leucocitos $4,8 \times 1.000/\text{ul}$ ($7.200 \times 1.000/\text{ul}$); neutrófilos $4,1 \times 1.000/\text{ul}$; linfocitos $0,7 \times 1.000/\text{ul}$; monocitos $0,1 \times 1.000/\text{ul}$; creatinina 7,36 mg/dl (0,85 mg/dl); Na 130 mEq/l; K 6,23 mEq/l; calcio 8,4 mg/dl; LDH 256 U/l; PCR 6,74 mg/dl; orina: Proteínas 30 mg/dl; pH 5,5; creatina 84,4 mg/dl; sodio 66 mEq/l; EFNa 4,427%; proteinograma: banda monoclonal con paraproteínas Lambda.

Orientación diagnóstica: Hematología se comunicó con su médico de familia por sospecha de proceso mieloproliferativo cursando ingreso. Tras confirmarse los resultados analíticos, se realizó estudio de médula ósea: 27% de células plasmáticas atípicas, TAC: lesiones sólidas de aspecto neoplásico en T7, T10, paraesternal derecha, arco costal izquierdo, pala ilíaca derecha que sugieren lesiones por mieloma. Diagnóstico: mieloma múltiple de cadenas ligeras lambda D-S III, ISS-R III con proteinuria de Bence-Jones. Tratamiento: dexametasona, hemodiálisis, bortezomib, ciclofosfamida.

Diagnóstico diferencial: Neoplasias malignas, amiloidosis, trastornos psiquiátricos, síndrome de POEMS, enfermedad renal avanzada.

Comentario final: El mieloma múltiple tiene una mediana de edad al diagnóstico de 65 a 74 años una incidencia anual aproximada de 7 por 100.000 por año. Se caracteriza por la proliferación neoplásica de células plasmáticas que producen una inmunoglobulina monoclonal. La mayoría de los pacientes presentan signos o síntomas relacionados con la infiltración de células plasmáticas en el hueso con compresión de la médula espinal y otros órganos, insuficiencia renal, hiperviscosidad: si bien, un porcentaje suele tener una clínica subaguda. El retraso en el diagnóstico se asocia con un impacto negativo en el pronóstico aunque algunos progresan rápidamente a pesar del tratamiento.

Bibliografía

1. Gupta R, Evans AT. Approaching the patient with unintentional weight loss (internet). USA: UpToDate; 2020 (revisado abril de 2020; consultado 27 mayo 2020). Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-patient-with-unintentional-weight-loss>
2. Laubach JP. Multiple myeloma: clinical characteristics, laboratory manifestations and diagnosis (internet). USA: UpToDate; 2020 (revisado abril de 2020; consultado 27 mayo 2020). Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/multiple-myeloma-clinical-features-laboratory-manifestations-and-diagnosis>

Palabras clave: Mieloma múltiple. Pérdida de peso. Proteinuria.