

pueden presentarse de forma aislada o relacionados entre sí. En nuestro caso, la radiografía de tórax no presentó ninguno de estos patrones radiológicos descritos.

La afección por *Mycoplasma* suele ser autolimitada y su evolución generalmente es benigna.

El tratamiento de elección es eritromicina en niños pequeños de 30 a 50 mg/kg/día cada 6 h durante 7-10 días, y en niños mayores de 8 años se puede usar como alternativa las tetraciclinas. En nuestro caso la paciente fue tratada de esta forma encontrándose asintomática a los 10 días del tratamiento.

M.S. ESTEBAN, L.M. BIURRUN Y A. DÍAZ
Centro de Salud Guadalajara-Sur. Guadalajara.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Contreras V, Pascual Ruiz V. La infección por *Mycoplasma pneumoniae* en la patología respiratoria infantil. Manifestaciones respiratorias, extrarrespiratorias y hallazgos inmunológicos. Estudio de dos años. An Esp Pediatr 1986; 24: 15-25.
2. Broughton RA. Infections due to *Mycoplasma pneumoniae* in childhood. Pediatr Infect Dis J 1986; 24: 71-85.
3. Levison ME. Enfermedades del aparato respiratorio. En: Harrison, editores. Principios de medicina interna (13.^a ed.). Madrid: Mc Graw-Hill-Interamericana, 1994; 220; 136.
4. Gomez Campderá JA. Neumonías extrahospitalarias en pediatría. Salud Rural. 1996; 12: 17-32.
5. Gomez Campderá A, Izquierdo García A, Ruiz Magro P. Neumonía por *Mycoplasma* en paciente de 15 meses. Acta Pediatr Esp. 1999; 57: 334-334.
6. Copps SC, Allen VD, Suelmann S, Evans S. A community outbreak of *Mycoplasma pneumoniae*. JAMA 1968; 204: 121-126.
7. Bilbao A, García JM, Pocheville I, Gutiérrez C, Corral JM, Samper A et al. Urticaria en relación a infecciones. Allergol Immunopathol (Madr) 1999; 27: 73-85.
8. Sontheimer RD, Garibaldi RA, Krueger GG. Stevens-Johnson syndrome associated with *Mycoplasma pneumoniae* infections. Arch Dermatol 1978; 114: 241-244.
9. Swischuk LE, Hayden CK. Viral vs bacterial pulmonary infections in children (Is roentgeno-graphics differentiation possible?). Pediatr Radiol 1986; 16: 278-284.

Mieloma múltiple. A propósito de un caso

Sr. Director: El mieloma múltiple (MM), también llamado mielomatosis o enfermedad de Kahler, es una proliferación neoplásica de células plasmáticas productoras de inmunoglobulinas. Como se trata de una proliferación clonal, la inmunoglobulina que se secreta es idéntica, dando lugar en suero y/o en orina a una banda monoclonal¹⁻³. Su incidencia es mayor entre los 50 y 70 años de edad, sin presentar un dominio sexual claro, siendo poco frecuente en individuos menores de 40 años. Representa el 1% de todas las neoplasias y alrededor del 10% de las hemopatías malignas⁴.

El objetivo principal de la presentación de este caso es llamar la atención del médico de atención primaria acerca de esta enfermedad, que aunque tiene una incidencia es-

casa (3 casos/100.000 habitantes), su presentación clínica más frecuente nos obliga a considerarla entre los posibles diagnósticos diferenciales. Por otra parte, en este caso destaca la afección renal como primera manifestación de la enfermedad.

Se trata de una mujer de 78 años, obesa, diabética tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales desde hace 10 años, aproximadamente.

Entre sus antecedentes personales destaca una cuadrantectomía de mama derecha realizada hace 6 años por papiloma intraductal, consultas frecuentes por lumbalgia mecánica que ceden a antiinflamatorios no esteroides y miorrelajantes que la paciente toma de forma anárquica, e infecciones urinarias de repetición que han sido consideradas por el urólogo como "secundarias a su diabetes" (ecografía renal normal).

La paciente acude a la consulta por un dolor en la zona renal que se irradia hacia los genitales y disuria de 2-3 días de evolución. La exploración es anodina, con puñoperCUSión. En la analítica de urgencia destaca: glucemia 203 mg/%; orina: glucosa 5,8 g/l; leucocitos 18-20 p/c; hemáties 8-10 p/c y gérmenes: abundantes.

Se diagnostica el caso de infección de las vías urinarias y se prescribe tratamiento con ciprofloxacino 250 mg/12 h, citando a la paciente para revisión al cabo de una semana.

Al segundo día de tratamiento sus familiares solicitan una visita domiciliar por deterioro progresivo de la paciente.

Exploración en su domicilio: obnubilación (Glasgow: 8), febril, taquipneica. Edemas generalizados. PA: 200/80 mmHg; auscultación cardiopulmonar: tonos apagados, sin arritmia. Crepitantes bibasales.

Ante la sospecha de neumonía e insuficiencia renal aguda se deriva al servicio de urgencias del hospital de referencia, donde queda ingresada con el diagnóstico provisional de neumonía basal derecha.

Pruebas complementarias: hemograma, donde destaca: Hb 11,4 g/dl, Ht^o: 32,5%; leucocitos 12.400 (N: 82; L: 10,3; M: 4,4; E: 2,7; B: 0,6); VSG: 127/144. Bioquímica: glucosa 210 mg/%; creatinina 5,1 mg/%; urea 220 mg/%; Na 134,8 mEq/l; K 4,81 mEq/l; Ca 14,3 mg/%; fosfatasa alcalina 504 U/l; proteínas totales 8,7 gr/%. Proteinograma: gamma-2-globulinas: 1,7 g/100 ml; betaglobulinas

Tabla 1. Síntomas y signos iniciales del mieloma múltiple⁴

Hallazgos	Frecuencia (%)
Dolores óseos	68,2
Clínica anémica	35,1
Pérdida de peso	27,9
Infección	10,3
Diátesis hemorrágica	5,2
Fiebre no infecciosa	2,6
Hepatomegalia	18,1
Esplenomegalia	5,2
Plasmocitomas cutáneos	3,9

Serie de 312 pacientes de la Escuela de Hematología Farreras-Valenti.

1,2 g/100 ml. Orina: sangre (+++), leucocitos (+++). Radio tórax: condensación basal derecha; aplastamientos vertebrales en D8, D10 y D12.

A la vista de los resultados, el diagnóstico de confirmación es: mieloma múltiple. A los 3 días de su ingreso la paciente falleció.

La mayoría de las veces los mielomas se diagnostican ante la sospecha clínica⁵, sobre todo ante dolores óseos, anemia y pérdida de peso (tabla 1)⁴, o por determinadas alteraciones hematológicas en analíticas rutinarias (aumento de VSG, de Ca o de fosfatasa alcalina) o alteraciones radiológicas (aplastamientos vertebrales, lesiones osteolíticas en cráneo)⁵. El riñón se afecta en casi la mitad de los pacientes y el 25-30% tienen insuficiencia renal en el momento del diagnóstico, en el resto la insuficiencia renal aparece en el curso de la enfermedad. El 5% de los casos de MM se presentan como insuficiencia renal aguda sin que se halle causa desencadenante¹⁴.

En el caso expuesto, la paciente presentaba frecuentes infecciones urinarias que eran achacadas a su diabetes; posiblemente la infección respiratoria o el tratamiento con ciprofloxacino desencadenaron el desarrollo de la insuficiencia renal aguda, que junto a la propia infección fueron las causas del desenlace final.

La mediana de supervivencia es de 2-3 años, variando mucho de unos pacientes a otros^{2,4}; los principales factores de pronóstico desfavorable son creatinina > 2, Hb < 8,5 y Ca > 11,5. La principal causa de muerte es la infección⁴.

J.C. AGUIRRE^a E I. HERRERA^b

^aMédico. ^bEnfermera. EBAP. Centro de Salud de Armilla. Granada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Judler A. Multiple myeloma review. *Rev Hem* 1997; 32: 132-143.
2. Martín Zurro A, Cano Pérez FJ. Problemas hematológicos. En: Compendio de atención primaria. Madrid: Ediciones Harcourt S.A., 2000: 594-613.
3. Kyle RA. Multiple myeloma. Review of 869 cases. *Mayo Clin Proc* 1975; 50: 29-40.
4. Bladé J, Rozman C. Gammopatías monoclonales. En: Medicina interna (vol II). Barcelona: Doyma, 1992: 1716-1724.
5. Serrano Mallagray L, Gancedo Martínez J, Rodríguez Recio J. Diagnóstico a primera vista. *Jano* 2000; 1347: 80.

La píldora del día después

Sr. Director: Hace unos días el Consejero de Salud ha anunciado la puesta en disposición de la "píldora del día después" en los Servicios de Urgencias de la Sanidad Pública Andaluza, de manera gratuita.

Nuestra asociación quiere hacer públicas las siguientes consideraciones:

– La creciente e indiscriminada demanda, en cualquier punto de asistencia sanitaria, de la "píldora del día después" plantea problemas de diversa índole que hay que abordar y poner medios para su solución.

– Hace años, y debido a la creciente desinformación de la población en general y de los jóvenes en particular, la demanda de esta píldora se ha incrementado, en la creencia de que ya existía. Y se ha usado en muchas ocasiones como medio anticonceptivo.

– En el año 1999, y ante éstas y otras circunstancias, nuestra asociación presentó una memoria de información y formación sanitaria dirigida a jóvenes de distintas provincias andaluzas, ante la ausencia de programas de formación en esta materia.

– Desde la Consejería de Salud se nos contestó que se había agotado el presupuesto –cuando el proyecto que se había presentado, no alcanzaba las 500.000 ptas–. No obstante, lo consideraban interesante y reiteráramos la propuesta a partir del 15 de noviembre de 2000.

– Reiterada nuestra oferta de nuevo el 15 de noviembre, hemos sido sometidos a interrogatorios acerca de la filosofía de nuestra asociación y el contenido que podíamos aplicar a la formación y los programas, habiendo pasado todos los controles ideológicos incluida una reunión en Sevilla en la sede de la Consejería, en la que se nos dice que estamos en su línea de pensamiento, se nos informa que no iremos a centros de enseñanza de la Junta, porque "tienen pensado" programar ellos estas actividades.

– Hasta este momento que sepamos no se llevan a cabo.

– El resultado es el silencio administrativo hasta esta fecha, con la ausencia de programas de formación entre la juventud, sobre como usar la "píldora del día después", sobre medios anticonceptivos, sobre la inutilidad de esta píldora en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, que la Consejería decía eran prioritarios en sus programas.

Por todo ello, hemos de manifestar nuestra sorpresa por el anuncio de la píldora como la panacea de problemas que están pendientes entre los jóvenes andaluces, el retraso con que llega y la ausencia de voluntad de la Junta en recibir colaboración voluntaria de profesionales que tratan el problema a diario.

Sin contar con la actitud del Consejero, al que le hemos solicitado una entrevista en varias ocasiones para tratar las urgencias periféricas y no ha considerado oportuno contestar siquiera. Deben ser nuevas formas de educación que no alcanzamos a entender.

R. VALLEJO RODRÍGUEZ
Presidente de ASUPSPA. Sevilla.