

Dolores óseos y debilidad en miembros inferiores

Cabrera-García P, Herrero-García MV, Fernández-Sepúlveda S

Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de La Axarquía. Vélez-Málaga (Málaga). España

Recibido: 01/05/2016

Aceptado: 01/06/2016

En línea: 30/06/2016

Citar como: Cabrera-García P, Herrero-García MV, Fernández-Sepúlveda S. Dolores óseos y debilidad en miembros inferiores. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Jun); 1(0): 5-7.

Autor para correspondencia: Pablo Cabrera García. pablocg2702@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Mieloma múltiple oligosecretor
- ▷ Dolor óseo
- ▷ Polifarmacia
- ▷ Pluripatología

Keywords

- ▷ *Oligosecretory myeloma*
- ▷ *Bone pain*
- ▷ *Polypharmacy*
- ▷ *Polypathological patient*

Resumen

El mieloma múltiple oligosecretor constituye el 1% de todos los casos de mieloma múltiple y más del 10% de las neoplasias hematológicas. Se caracteriza por la progresión clonal de células plasmáticas malignas en el microambiente de la médula ósea, que segregan una proteína monoclonal en sangre u orina, asociada a disfunción orgánica.

Abstract

Multiple myeloma oligosecretory constitutes 1% of all cases of multiple myeloma and more than 10% of hematological malignancies. It is characterized by clonal progression of malignant plasma cells in the bone marrow microenvironment that secrete a monoclonal protein in blood or urine, associated with organ dysfunction.

Puntos destacados

- ▷ La clínica tan sugestiva adelanta el diagnóstico a pesar de la dificultad de expresión del paciente, la cantidad de fármacos que recibe y su pluripatología.

Introducción

El mieloma múltiple oligosecretor constituye el 1% de todos los casos de mieloma múltiple y más del 10% de las neoplasias hematológicas. Se caracteriza por la progresión clonal de células plasmáticas malignas en el microambiente de la médula ósea, que segregan una proteína monoclonal en sangre u orina, asociada a disfunción orgánica¹⁻⁴.

Historia clínica

Retraso mental moderado. Epilepsia idiopática. Asma persistente severa. Síndrome de apnea-hipopnea de sueño en tratamiento con CPAP. Hipertensión arterial. Acuñaamientos vertebrales D7-8. Intervenido de hernia inguinal izquierda, hipospadias, dilatación meato urinario, lipomas, absceso subcutáneo y varices. En tratamiento habitual con carbamazepina, valproato,

simvastatina, salmeterol-fluticasona, valsartán-hidroclorotiazida, metoprolol y ebastina.

Dos meses antes de su ingreso comienza con dolor lumbar en miembros inferiores, hombro izquierdo y posteriormente el derecho. El dolor permanecía incluso en reposo, sin fiebre ni cuadro constitucional. En las últimas semanas experimentó un incremento progresivo y severo del dolor lumbar, acompañándose de parestesias en miembros inferiores en las últimas 48 horas que le obligaron a disminuir su deambulación. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por caída accidental tras "fallarle las piernas" y dolor en región inguinal izquierda.

Exploración física. PA 140/85 mmHg, eupneico en reposo. Afebril. Buen estado general. Talla 170 cm, peso 118 kg, índice de masa corporal 40,83. Obeso. Bien hidratado y perfundido. Consciente y orientado. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmico a 90 lpm, sin soplos. Hipoventilación generalizada. Abdomen globuloso, blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal y con ruidos conservados. Extremidades sin edemas, pero se aprecia zona indurada en cara interna de tercio distal de miembro inferior izquierdo que parece calcificada. Neurológico: pupilas isocóricas y normorreactivas, sin alteraciones de pares craneales, ni signos meníngeos. Fuerza en miembros superiores normal, con limitación a la movilidad en miembro superior izquierdo por dolor. En miembro inferior derecho paresia 2/5 y en izquierdo paresia 4/5. Reflejo cutáneo plantar flexor bilateral. No se aprecia nivel sensitivo ni otras alteraciones neurológicas. Reflejos osteotendinosos disminuidos de forma simétrica.

Pruebas complementarias

- Analítica. Hemograma: hemoglobina 9,9 g/dl, volumen corpuscular medio 91 fl, hematocrito 30,6%, leucocitos 5.780, plaquetas 216.000. Coagulación: normal. Bioquímica: glucosa 91 mg/dl, creatinina 0,70 mg/dl, calcio 8,3 mg/dl, proteínas 5,7 g/dl, albúmina 3,2 g/dl.
- ECG: ritmo sinusal a 65 lpm, normal.
- Radiografía craneal: escasas lesiones radiolucetas a nivel de la calota craneal, similares a estudio previo de mayo de 2014.
- Radiografía de tórax: incontables lesiones en arcos costales bilaterales y existencia de una masa extrapulmonar en vértice izquierdo en relación con plasmocitoma dependiente de los primeros arcos costales. Lesiones óseas en ambas escápulas.
- Radiografía de columna dorsal y lumbar: acuñamiento anterior de cuerpos vertebrales dorsales medios existencia de múltiples osteofitos anteriores que establecen puentes óseos intervertebrales, sin cambios respecto a radiografía previa. En columna lumbar se aprecian lesiones mixtas blásticas-líticas fundamentalmente en lumbar 3, 4 y 5 y el sacro, con mayor pérdida de altura del cuerpo vertebral lumbar 4.
- Radiografía de pelvis: incontables lesiones líticas y blásticas en toda la pelvis y los extremos proximales de ambos fémures.
- Radiografía de fémures (**Figura 1**): se observan algunas lesiones "en sacabocados", fundamentalmente en tercio proximal de ambos fémures.



Figura 1. Radiografía de fémur y cadera: lesiones líticas y "en sacabocados"

- TC tórax-abdomen-pelvis: se ha realizado una reconstrucción en hueso de columna lumbar y reconstrucción sagital. En la ventana de parénquimas pulmonares no se aprecian lesiones nodulares significativas existiendo alguna pequeña lesión subpleural, creemos de escaso valor. En la ventana de mediastino se aprecia una masa apical derecha de 15 cm

relacionada con el primer arco costal, así como múltiples fracturas costales y múltiples lesiones óseas generalizadas tanto en tórax como abdomen (**Figura 2**).

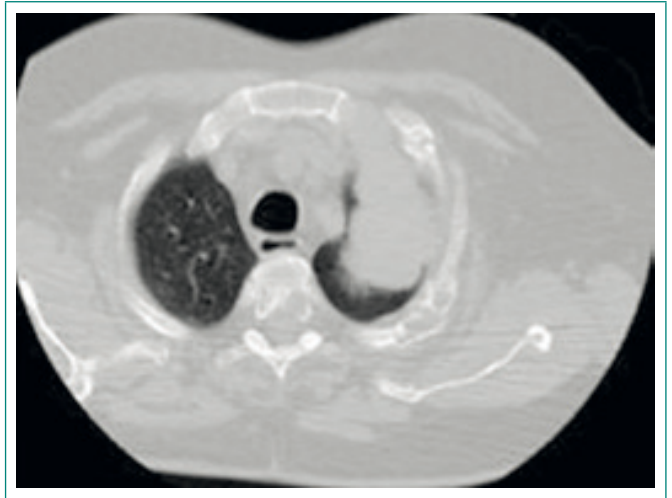


Figura 2. Imagen de TC de tórax: masa apical derecha

No se visualizan adenopatías mediastínicas de tamaño valorable. Cardiomegalia. Abdomen: hepatomegalia difusa sin LOES. Páncreas, bazo sin hallazgos. Riñón "en herradura". De la visualización en ventana ósea y la reconstrucción de columna lumbar se aprecian abundantes lesiones que se asocia a fracturas en la región costal bilateral, así como en la parte anterior de la pala ilíaca izquierda en la ceja cotiloidea anterior acetabular derecha y la vértebra L4, que demuestra masa de partes blandas discreta que estenosa el canal, existiendo también alguna pequeña masa de partes blandas que puede afectar las foraminales izquierdas en dicha localización, lo que recomendamos reevaluar con clínica.

Evolución

Ante los hallazgos obtenidos en las pruebas realizadas en Urgencias se decide ingreso del paciente para estudio solicitando: proteinograma, inmunofijación en orina, PTH, vitamina D, VSG, beta-2-microglobulina, frotis de sangre periférica, ecografía de partes blandas, radiografía craneal y de manos, cariotipo, aspirado e inmunofenotipo de médula ósea. En este momento nos planteamos el siguiente diagnóstico diferencial: metástasis, mieloma múltiple, tumor pardo de hiperparatiroidismo, displasia fibrosa, granuloma eosinofílico o menos probable etiología infecciosa.

Los resultados obtenidos en las pruebas solicitadas a su ingreso en planta fueron:

- Estudio de anemias: hierro, ferritina, transferrina, ácido fólico y vitamina B₁₂ normales.
- Proteinograma: albúmina 2,7, gammaglobulina 0,9, muy débil componente M en fracción gamma. IgG 814, IgA 382, IgM 18. Cadenas ligeras kappa 337, lambda 139, cociente kappa/lambda 2,7.
- Inmunofijación en orina: banda homogénea tipo cadenas kappa.
- PTH: 44 (normal), vitamina D₃ 11,2 (baja).
- VSG 23 mm/h (N), beta-2-microglobulina 2,20 mg/l (N), LDH (N).
- Rx craneal y de manos: normales.
- Frotis de la médula ósea (MO): sin alteraciones.
- Aspirado MO: MO de características reactivas, ligeramente hiperplásica. Hematopoyética, no se observa citológicamente infiltración por células plasmáticas u otras células de estirpe hematopoyética que justifique el cuadro clínico.

- Inmunofenotipo MO: 0,6% de células plasmáticas monoclonales kappa junto a 0,5% de células plasmáticas policlonales (no significativo).
- Cariotipo: 46 XY (N).
- Ecografía de partes blandas: calcinosis de partes blandas.

Llegados a este punto se realiza una prueba que resulta diagnóstica: biopsia de masa torácica que pone de manifiesto una neoplasia de células plasmáticas que sugieren mieloma múltiple (**Figura 3**).

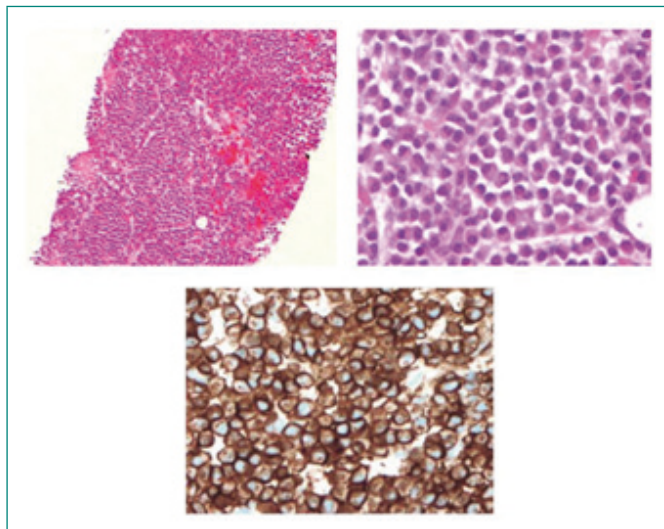


Figura 3. Imagen histológica: neoplasia de células plasmáticas

El paciente ingresa y se instaura tratamiento con analgesia y dexametasona, mejorando de forma progresiva las parestesias y debilidad en MMII, siendo capaz de mantenerse en bipedestación y dar algunos pasos.

Se realiza interconsulta a Traumatología, que recomienda faja dorsolumbar para deambulación y bipedestación. Ante los hallazgos de la biopsia de la masa torácica se inicia tratamiento en planta con bortezomib y dexametasona por parte de Hematología, que se continuó posteriormente en hospital de día y consultas externas.

El paciente ha evolucionado favorablemente y es capaz de deambular; se considera la posibilidad de trasplante de médula ósea (TMO).

Diagnóstico final

Mieloma múltiple oligosecretor.

Discusión

Para diagnosticar un mieloma múltiple sintomático se requieren tres criterios diagnósticos¹:

1. Más del 10% de células plasmáticas clonales en MO y/o biopsia que confirme la presencia de plasmocitoma.
2. Presencia de componente monoclonal en suero y/u orina.
3. Evidencia de daño orgánico relacionado con el mieloma (síntomas CRAB):
 - a) Hipercalcemia: calcio sérico > 11,5 mg/dl.
 - b) Insuficiencia renal: Cr sérica > 2 mg/dl, o ClCr < 40 ml/min.
 - c) Anemia normocítica normocrómica con descenso de Hb > 2 mg/dl respecto al límite inferior de normalidad o < 10.
 - d) Lesiones líticas u osteopenia atribuible a trastorno proliferativo.
 - e) Otros (hiperviscosidad, amiloidosis, infecciones de repetición de más de dos por año).

Las características especiales en el mieloma múltiple oligosecretor son:

- Inmunofijación negativa (IF-) en suero y orina.
- Ratio de cadenas ligeras libres (FLC) normal.
- Células plasmáticas en médula ósea > 10% o plasmocitoma.
- Presencia de uno o más eventos definitorios de mieloma (MDE).
- Muchos necesitan confirmación mediante biopsia.

De los tratamientos aceptados para el mieloma múltiple³, por las características de nuestro paciente elegimos: bortezomib 1,3 mg/m² i.v., los días 1, 4, 8, 11, cada 21 días, junto con dexametasona 40 mg/día, los días del 1-4, y del 9-12, durante los 2 primeros ciclos, posteriormente dexametasona 40 mg/día, los días del 1-4. Realizándose un total de 6-8 ciclos. Además se añadió radioterapia en el plasmocitoma.

Nota. Este caso, utilizado sólo como prueba de gestión y maquetación de RECCMI, ha sido previamente comunicado en: Dolores óseos y debilidad en miembros inferiores. Libro de casos clínicos oncológicos Hospital Comarcal de La Axarquía. Editado por Pérez Díaz JM, Pérez Belmonte LM, San Román Terán CM. Vélez-Málaga. 2015. ISBN: 978-84-608-1503-7. Caso 35. Pág. 167.

Bibliografía

1. Rajkumar SV. Clinical features, laboratory manifestations, and diagnosis of multiple myeloma. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): Uptodate; 2015 [acceso 9 de febrero de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>.
2. Magallanes B, Peralta C, Merino E, Sierra JL, Delgado C. Mieloma no secretor. Reumatología Clínica. 2011; 7: 145-146.
3. Carrera D, Fernández A, Payer A. Protocolos de actuación en Mieloma Múltiple, 1.ª ed. Asturias: Sociedad Asturiana de Hematología y Hemoterapia, 2012.
4. Provan D, Singer Charles RJ, Baglin T, Dokal I. Manual Oxford de Hematología Clínica, 3.ª ed. Madrid. Grupo Aula Médica, 2010.