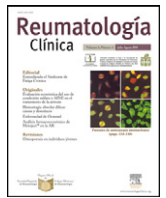




Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología Clínica en Imágenes

Mieloma múltiple no secretor

Non secreting multiple myeloma

Berta Magallares López*, Cilia Peralta Ginés, Erardo Meriño Ibarra, José Luis Sierra Monzón y Concepción Delgado Beltrán

Servicio de Reumatología, Hospital Lozano Blesa, Zaragoza, España

Caso clínico

Mujer de 70 años, sin antecedentes de interés, que presentaba dolor costal de 8 meses de evolución, diurno y nocturno, de intensidad progresiva, acompañado de una pérdida ponderal de 8 kgs en los últimos 4 meses. En la exploración se apreció una disminución marcada de la movilidad lumbar con intenso dolor a la palpación de articulaciones condroesternales y rodillas.

El hemograma y la bioquímica fueron normales. VSG: 16 mm/1.ª h. Inmunoglobulinas: IgG 649 mg/dl (690–1400), IgA 118 mg/dl (70–370), IgM 32,8 mg/dl (40–240), IgD <23,3 UI/ml (0–100), IgE 29,5 UI/ml (0–100). Proteínas totales: 7,1 g/dl. Proteinograma (%): Albúmina 61,9, globulinas α 1 4,5, globulinas α 2 12,4, globulinas β 12,4 y globulinas γ 8,8. Inmunoelectroforesis: sangre: Cadenas Kappa 180 mg/dl (200–440), cadenas Lambda

92,7 mg/dl (110–240); orina: cadenas Kappa 6,7 mg/dl, Cadenas Lambda <0,39 mg/dl; conservación del arco de precipitación de IgG, IgA e IgM, equilibrio de cadenas ligeras en suero con mínima eliminación urinaria.

En la radiología simple se evidenciaron lesiones osteolíticas, sin bordes esclerosos de distintos tamaños y sin destrucción cortical en fémures (fig. 1), húmeros (fig. 2), parrilla costal, clavículas y cráneo (fig. 3), sin captación gammagráfica (Tc99) de las mismas.

Ante el diagnóstico diferencial de dichas lesiones (mieloma múltiple, metástasis de carcinoma de mama, pulmón, riñón y tiroides, enfermedad granulomatosa, mastocitosis, enfermedad de Gaucher) se realizó un aspirado de médula ósea que mostró una infiltración por células plasmáticas dismórficas del 23% y permitió confirmar el diagnóstico de MM no secretor (tabla 1).

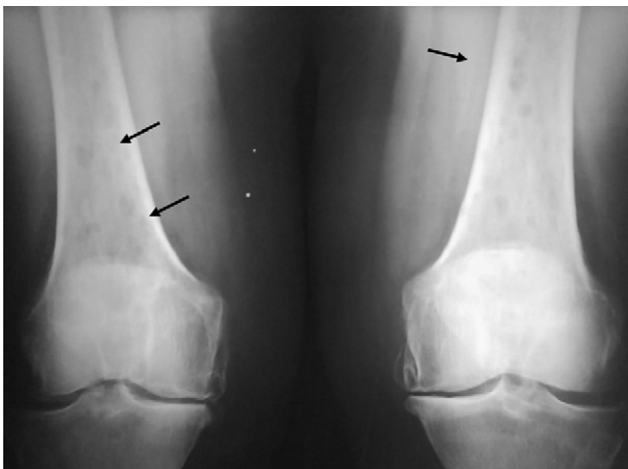


Figura 1. Radiografía simple de rodillas que muestra las lesiones líticas sin bordes esclerosos de distintos tamaños sin destrucción cortical en ambos fémures.



Figura 2. Detalle de radiografía simple de parrilla costal que muestra múltiples lesiones osteolíticas sin actividad osteoblástica visibles en húmero, clavícula y varias costillas.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: berpauma@hotmail.com (B. Magallares López).



Figura 3. Radiografía simple lateral de cráneo que muestra las lesiones en sacabocados características de mieloma múltiple.

Discusión

El MM no secretor representa alrededor del 1–4% del total de todos los MM¹. Su presentación clínica, supervivencia y respuesta al tratamiento no difieren del MM clásico, aunque sí suele cursar con menor incidencia de insuficiencia renal dado que existe una ausencia de excreción urinaria de cadenas ligeras^{1,2}.

La gammagrafía ósea con Tc99 tiene poco valor en la evaluación de las lesiones del MM debido a la resorción ósea excesiva-ausencia de actividad osteoblástica que las caracteriza; sin embargo, la gammagrafía con Tc99-sestamibi es un procedimiento alternativo que puede detectar lesiones adicionales³.

Tabla 1
Criterios diagnósticos de mieloma múltiple⁵

- Presencia de componente M en suero y/o orina más células plasmáticas monoclonales en médula ósea y/o plasmocitoma documentado.
- Más uno o más de los siguientes:
 - Elevación de calcemia (> 11,5 mg/dl)
 - Insuficiencia renal (Creatinina > 2 mg/dl)
 - Anemia (Hemoglobina < 10 g/dl o descenso de 2 g/dl con respecto a base)
 - Enfermedad ósea: lesiones líticas u osteopenia

En pacientes con componente M no detectable, una relación sérica anormal de cadenas ligeras libres puede sustituir y satisfacer este criterio.

Para pacientes sin componente M detectable y relación de cadenas ligeras normal: la médula ósea basal debería presentar > 10% de células plasmáticas clonales (mieloma no secretor)

El MM no secretor es una patología de gran dificultad diagnóstica por su baja incidencia y escasa expresividad analítica⁴, adquiriendo especial relevancia una prueba tan sencilla y de bajo coste como es la radiografía simple. Por ello debe siempre considerarse en el diagnóstico diferencial del enfermo con dolor óseo persistente, particularmente costal y vertebral, pues se trata de una patología grave cuyo pronóstico mejora con un diagnóstico precoz.

Bibliografía

1. Gutierrez-Macías A, Lizarralde-Palacios E, Arriola-Martínez P, Martínez Odriozola P. Mieloma no secretor. *Gac Med Bilbao*. 2007;104:129–30.
2. Galán F, Pérez R, Carrasco F, Hevías A, Malagón F, Benítez A, et al. Estudio inmunológico y ultraestructural de un mieloma múltiple IgG no secretor. *Rev Clin Esp*. 1985;176:46–8.
3. D'Sa S, Abildgaard N, Tighe J, Hall M. Guidelines for the use of imaging in the management of myeloma. *Br J Haematol*. 2007;137:49–63.
4. Reilly BM, Clarke P, Nikolinakos P. Easy to see but hard to find. *N Engl J Med*. 2003;348:59–64.
5. Durie BG, Harousseau JL, Miguel JS, Bladé J, Barlogie B, Anderson K, International Myeloma Working Group. International uniform response criteria for multiple myeloma. *Leukemia*. 2006;20:1467–73.