

# HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE

## RADIOGRAPHIC FINDINGS IN PATIENTS WITH MULTIPLE MYELOMA

Carlos Fernando Avilez Soto<sup>1</sup>, Francisco Leonel Ramírez Oliva<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Médico en Servicio Social: Universidad Católica de Honduras

<sup>2</sup>Médico General: Universidad Católica de Honduras

### Correspondencia a:

**Nombre:** Carlos Fernando Avilez Soto

**Correo electrónico:** carlos-soto13@hotmail.com

**Telf. celular:** (+) 504 33300017

**ORCID:** 0000-0003-4226-0516  
0000-0003-3847-233X

**Palabras clave:** Mieloma Múltiple, Células Plasmáticas, Neoplasia

**Keywords:** Multiple Myeloma, Plasmatic Cells, Neoplasm

**Procedencia y arbitraje:** no comisionado, sometido a arbitraje externo.

**Recibido para publicación:** 2 de abril de 2022

**Aceptado para publicación:** 27 de abril de 2023

### Citar como:

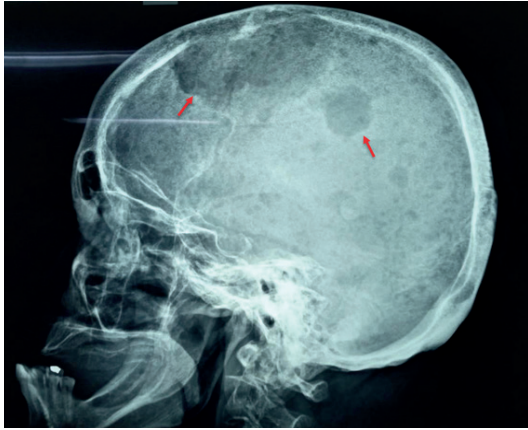
Avilez Soto CF, Ramírez Oliva FL. Hallazgos radiográficos en pacientes con mieloma múltiple. Rev Cient Cienc Med 2023; 26(1): 104-105

### DESARROLLO

El mieloma múltiple es un trastorno maligno, caracterizado por la producción anómala de células B plasmáticas, generando la producción de inmunoglobulinas monoclonales<sup>1</sup>. Representa alrededor del 1% de todos los cánceres y aproximadamente el 10% de todas las neoplasias malignas hematológicas, anualmente se diagnostican alrededor de 32.000 casos nuevos en Norte América y 13.000 personas fallecen a causa del mieloma<sup>2</sup>. El cuadro clínico es: hipercalcemia, lesión renal, anemia y lesiones osteolíticas, siendo esta última la principal causa de morbilidad<sup>3</sup>. Existen cuatro patrones radiográficos: 1) Lesiones líticas múltiples bien definidas, 2) Osteopenia esquelética difusa, 3) Plasmocitoma único y 4) Mieloma osteoesclerosante<sup>4</sup>. Las lesiones osteolíticas se detectan en aproximadamente el 80% de los pacientes con mieloma múltiple, por lo que el estándar imagenológico es la realización de secuencias óseas en busca de dichas lesiones<sup>5</sup>. El tratamiento suele consistir en la administración de agentes alquilantes, inmunomoduladores, inhibidores de la proteosoma y anticuerpos monoclonales<sup>6</sup>.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 62 años, con antecedente de hipertensión arterial tratada con Irbesartan-Hidroclorotiazida, quien ha acudido varias veces a urgencias a pesar de estar siendo manejada con Pregabalina por lumbalgia, y dolor torácico bilateral, ambos de 8 meses de evolución. Al examen físico se observa abombamiento en región parietal derecha, no dolorosa a la palpación, expansibilidad torácica simétrica pero disminuida, con dolor a la palpación a nivel del arco costal derecho y dificultad para deambular. Paciente manifiesta ser conocida por fractura patológica a nivel de columna lumbar. Paraclínicos donde se evidencia anemia y proteína de Bence-Jones positiva. La radiografía de cráneo en proyección lateral (**Ver Fig. 1**) se observa lesión lítica gigante en sacabocado además de compromiso esquelético difuso y en la proyección posteroinferior de tórax (**ver Fig. 2**) se observa igualmente compromiso esquelético difuso, pérdida de la densidad ósea y fractura consolidada en segunda costilla de hemitórax derecho. Se interconsulta con el servicio de Hemato-oncología del Hospital Escuela que concuerdan con el diagnóstico de mieloma múltiple, solicitan además la realización de biopsia de médula ósea y recomiendan iniciar tratamiento con ciclofosfamida 500mg/m<sup>2</sup> días 1, 8 y 15 del ciclo y dexametasona 60mg/m<sup>2</sup> días 1, 4, 8 y 11 y una dosis mensual de 4mg de ácido zoledrónico, y seguimiento por parte del servicio de hemato-oncología.



**Figura 1.** Múltiples lesiones osteolíticas en calota craneal y una lesión dominante más voluminosa que corresponde a masa palpable.



**Figura 2.** Radiografía posteroanterior simple de tórax en la que se observa compromiso óseo difuso, disminución de la densidad ósea y fractura consolidada en el segundo arco costal de hemitórax derecho.

## REFERENCIAS

1. Figueredo Y, Luna C, León M, Marquetis L, Bravo M. Gammapatía monoclonal: mieloma múltiple IgD. Reporte de un caso. Invest Medicoquir. [Internet]. 2019 [citado 21 Ago 2023]; 12(1). Disponible en: <https://revcimeq.sld.cu/index.php/imag/article/view/569/614>
2. Rajkumar S. Multiple Myeloma: 2022 update on Diagnosis, Risk Stratification and Management. Am H Hematol. [Internet]. 2022 [citado 21 Ago 2023]; 97(8): 1086-1107. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9387011/>
3. Schembri E, Mifsud S, Gauci J, Mizzi A, Fsadni P. An unusual presentation of multiple myeloma. BMJ case Rep. [Internet]. 2018 [citado 21 Ago 2023]; 11(1): e226412. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6301485>
4. Trueba R. Instrucción Ortopédica de Posgrado – Imágenes. Resolución del caso. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. [Internet]. 2021 [citado 21 Ago 2023]; 86(2): 281-84. Disponible en: <https://raaot.org.ar/index.php/AAOTMAG/article/view/1329/3930>
5. Pires O, Oliveira A, Morais J, Regadas M. Multiple myeloma: when radiography suggests diagnosis. BMJ Case Reports. [Internet]. 2021 [citado 21 Ago 2023]; 14: e241990. Disponible en: <https://casereports.bmj.com/content/14/4/e241990.info>
6. Rajkumar S, Kumar S. Multiple myeloma current treatment algorithms. Blood Cancer J. [Internet]. 2020 [citado 21 Ago 2023]; 10(9): 94. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7523011/>