



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

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

On-line el 29 de junio de 2010

#### 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  $\alpha$ 1 4,5, globulinas  $\alpha$ 2 12,4, globulinas  $\beta$  12,4 y globulinas  $\gamma$  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



**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](mailto:berpauma@hotmail.com) (B. Magallares López).



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

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).

### Discusión

El MM no secretor representa alrededor del 1-4% del total de todos los MM<sup>1</sup>. 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<sup>1,2</sup>.

**Tabla 1**  
Criterios diagnósticos de mieloma múltiple<sup>5</sup>

- 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)

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 adicionales<sup>3</sup>.

El MM no secretor es una patología de gran dificultad diagnóstica por su baja incidencia y escasa expresividad analítica<sup>4</sup>, 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.