



## Artritis periférica como forma de presentación atípica de un mieloma múltiple

### Peripheral arthritis as a form of atypical presentation of a multiple myeloma

Leymer Carlos Aliaga Carrazana<sup>1</sup> , Roxana González Figueredo<sup>1</sup> , Melissa Emilia Hevia Surós<sup>1</sup> , Maricelis Virgen Carrazana Ayala<sup>1</sup> 

**Citación:**  
Aliaga Carrazana LC,  
González Figueredo R,  
Hevia Surós ME,  
Carrazana Ayala MV.  
Artritis periférica como  
forma de presentación  
atípica de un mieloma  
múltiple. *Revdosdic*  
[Internet].  
2020 [citado: fecha  
de acceso];3(4): e65  
[aprox. 3 p.].

<sup>1</sup>Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Facultad de Ciencias Médicas de Bayamo Dr. Efraín Benítez Popa. Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes.

#### RESUMEN

**Introducción:** El mieloma múltiple es una neoplasia maligna de células plasmáticas caracterizada por infiltración de la médula ósea y destrucción esquelética extensa que produce anemia, dolor óseo y fracturas. Representa el 1 % de los tumores malignos y un poco más del 10% de todas las hemopatías malignas. **Presentación de caso:** se presenta el caso de un paciente de 69 años de edad, procedencia urbana, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y osteoartritis. Acude al servicio de Medicina Interna por presentar dolor en las articulaciones de ambos miembros superiores e inferiores, de gran intensidad y de larga duración acompañado de fatiga que alivia con los analgésicos. Los exámenes complementarios arrojaron cifras de hemoglobina en 105 g/L, eritrosedimentación 131 mm/h, además de Kappa y Lambda aumentadas con proteína de Bence Jones de 1,365 g/24h. Radiografía simple y tomografía axial computarizada simple de tórax que descartan neoplasia pulmonar y lesiones óseas a ese nivel. El medulograma concluyó con un diagnóstico de mieloma múltiple. **Conclusiones:** aunque las lesiones osteolíticas, con dolor del esqueleto axil son la forma de presentación del mieloma múltiple, no excluye que la no aparición de lesiones óseas, la presencia de osteoesclerosis o artritis periférica puede ser otra forma de presentación. Se consideran además las comorbilidades del paciente como un elemento clínico para sospechar de presentaciones atípicas o poco comunes de la enfermedad.



#### Correspondencia a:

Leymer Carlos  
Aliaga-Carrazana.  
leymercarlos@infomed.  
sld.cu

#### Editora correctora:

Ismara Zamora León   
Universidad de Ciencias  
Médicas de Granma.

#### Revisado por:

Jesús Daniel   
de la Rosa Santana  
Universidad de Ciencias  
Médicas de Granma.

Carlos Enrique   
Medina-Campaña  
Universidad de Ciencias  
Médicas de Holguín.

#### Palabras clave:

Mieloma Múltiple;  
Artritis; Células de  
la Médula Ósea;  
Hematología;  
Reumatología;  
Cadenas lambda de  
Inmunoglobulina.

#### Keywords:

Multiple Myeloma;  
Hemathology; Arthritis;  
Bone Marrow Cells;  
Rheumatology;  
Immunoglobulin  
lambda-Chains.

#### ABSTRACT

Multiple myeloma is a malignant neoplasm of plasma cells characterized by bone marrow infiltration and extensive skeletal destruction resulting in anaemia, pain in the bone and fractures. It represents 1% of malignant tumours and a little more than 10% of all malignant hemopathies. **Case report:** We present the case of a 69-year-old patient, urban origin, with a personal pathological history of arterial hypertension and osteoarthritis. He goes to the Internal Medicine service for presenting pain in the joints of both upper and lower limbs, of great intensity and long duration accompanied by fatigue that he relieves with analgesics. Complementary examinations showed haemoglobin figures of 105 g/L, erythrocyte sedimentation 131 mm/h, as well as Kappa and Lambda, increased with Bence Jones protein of 1,365 g/24h. Plain X-ray and plain CT scan of the chest ruled out lung neoplasia and bone lesions. The myelogram concluded with a diagnosis of multiple myeloma. **Conclusions:** although osteolytic lesions, with the pain of the axillary skeleton, are the form of presentation of multiple myeloma, it does not exclude that the non-appearance of bone lesions, the presence of osteosclerosis or peripheral arthritis may be another form of presentation. In addition, the patient's comorbidities are considered a clinical element to suspect atypical or uncommon presentations of the disease.

**Recepción:** 2020/06/19  
**Aceptación:** 2020/09/25  
**Publicación:** 2020/11/07



## INTRODUCCIÓN

El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia maligna incluida en el grupo de las enfermedades por trastornos de las células plasmáticas. Representa el 1 % de todas las enfermedades neoplásicas y de un 10-15 % de los cáncer hematológicos. En los Estados Unidos se reportan 5,3 casos por cada 100 000 habitantes y en países en vía de desarrollo como Perú se reporta una frecuencia de 1,2 casos por cada 100 000 habitantes cada año<sup>(1-4)</sup>.

Los principales mecanismos fisiopatológicos del MM incluyen la infiltración de la medula ósea y otros órganos, una producción anormal de la citoquinas y la proteína monoclonal que traen consigo lesiones osteolíticas diversas. Estos mecanismos justifican que los principales motivos de consulta sean la fatiga, anemia, fracturas óseas frecuentes y los dolores óseos<sup>(1,5-7)</sup>.

Las artropatías como forma de presentación de las enfermedades neoplásicas se presentan en el 10% de los pacientes con cáncer en el momento del diagnóstico. Entre las formas más frecuentes están la osteoartropatía hipertrófica, las vasculitis y la poliartritis carcinomatosa<sup>(8,9)</sup>.

Se describe en la literatura que las lesiones osteolíticas están presentes en el 70 % de los pacientes diagnosticados con MM, siendo esta la lesión ósea que predomina en la mayoría de los casos, a pesar de este alto porcentaje, se debe tener en cuenta una posible variación en las características de las lesiones óseas, como son algunas recogidas en la literatura<sup>(3, 5,10)</sup>, entre las que se pueden mencionar a las lesiones de osteoesclerosis difusa o pacientes con escasas lesiones osteolíticas<sup>(9,11)</sup>.

Las formas más frecuentes de presentación del MM son la fatiga marcada, el dolor de huesos planos, dolor de espalda y lumbar, anemia y trastornos renales, todo esto resultado de los cambios fisiopatológicos de la enfermedad<sup>(1,6)</sup>. En el caso que se presenta a continuación el motivo de consulta fue dolor con signos de inflamación en las articulaciones de las manos de ambos miembros superiores que resultó ser una presentación atípica de un mieloma múltiple, en el cual no prevalecían las lesiones osteolíticas, y el dolor óseo con características típicas que generalmente

muestra este trastorno de células plasmáticas.

En Cuba no se recogen datos estadísticos específicos sobre MM aunque se aproxima a que este representa de un 10-15 % del total de neoplasias hematológicas. Excluyendo el cáncer de mama y las leucemias, los tumores del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos mostraron tasas de mortalidad de 8,6 y 8,5 por cada 100 000 habitantes en 2018 y 2019 respectivamente, con aproximadamente 960 defunciones cada año<sup>(12)</sup>.

En el ámbito local del Hospital Carlos Manuel de Céspedes, Bayamo Granma, no se han descrito en la literatura casos de formas de presentación atípica de mieloma múltiple, lo que representó una motivación científica, para desarrollar la misma se planteó el objetivo de describir la conducta diagnóstica ante un paciente con una forma de presentación atípica de MM.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 69 años de edad, procedencia urbana, color de la piel oscura, fumador de aproximadamente 30 años, con antecedentes de hipertensión arterial y osteoartrosis. Acude al servicio de medicina interna por presentar dolor en las articulaciones de las manos con signos de inflamación de dos días de evolución lo cual fue comprobado al examen físico. El dolor fue de gran intensidad, en cualquier momento del día, y aliviaba con la administración de analgésicos. Al examen físico se observa palidez cutáneo-mucosa, se encontró además, disminución de la amplitud de movimiento.

La analítica sanguínea mostró cifras de hemoglobina de 105 (120-150 g/L) g/L, hematocrito 34 % (0,40-0,50 %), velocidad de sedimentación globular 131 mm, constante hemoglobínica corpuscular media 321 g/L, reticulocitos  $37 \times 10^{-3}$  ( $5-18 \times 10^{-3}$ ), Prueba de Huck negativa, Fe 6,23 (8,93-30 mmol/L) mmol/L macroplaquetas, plaquetas adecuadas, hipocromía X. Proteínas totales: 81 g/L (60-80 g/L), albumina: 26 g/L (38-54 g/L) (disminuida), globulinas: 55 g/L, calcio 1,98 mmol/L (2,02-2,6 mmol/L) (disminuido), fosforo 0,82 mmol/L (1,0-1,5 mmol/L) (disminuido), gamma glutamil transpeptidasa (GGT) 47 u/L (5-43 u/L), hierro 6,23 umol/L (8,93-30 umol/L).

Factor reumatoideo negativo. El parcial de orina



al igual que el ultrasonido abdominal resultaron normales. El servicio de urología realizó su valoración y resultó normal.

Radiografía simple de tórax (Ver Anexo 1) que no muestra imágenes sugerentes de neoplasia de pulmón, tampoco muestra lesiones osteolíticas.

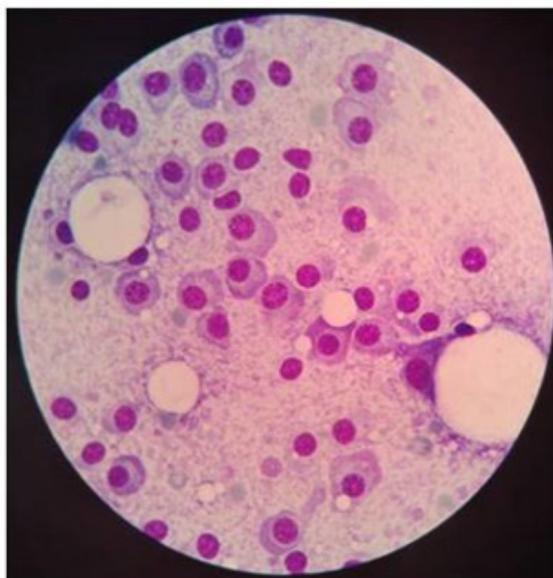
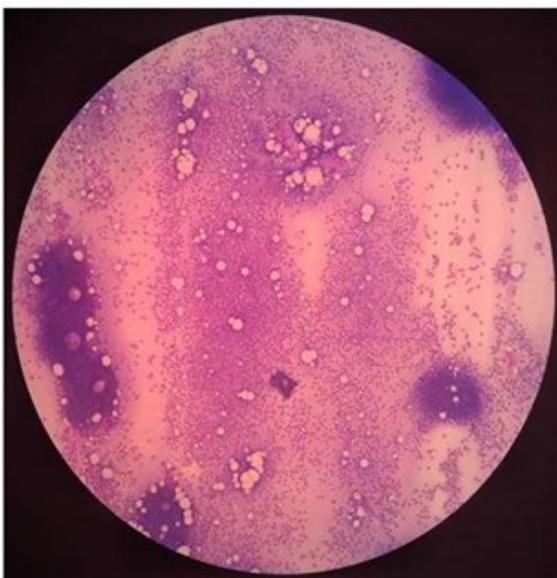
La tomografía axial computarizada (TAC) de tórax resultó normal negativa y no arrojó lesiones osteolíticas. La proteína de Bence Jones en orina fue positiva a cadenas libres Kappa 6,279 g/L (1,55-4,01 g/L) y Lambda 3,300 g/L (0,93-2,42 g/L), proteinuria de Bence Jones valor total 1365 u/L.

El medulograma arrojó en sangre periférica aniso-

preferentemente en huesos planos y largos, con un grado variable de afectación renal producto a la infiltración medular, el exceso en la producción de la proteína de mieloma y citoquinas que afectan anormalmente a huesos y órganos, además de las lesiones osteolíticas encontradas aproximadamente en el 70 % de los casos<sup>(1,5,10)</sup>.

Como se ha señalado las lesiones osteolíticas caracterizan al MM, sin embargo en 1933 Rypins reporta por primera vez otra variante de lesión ósea, al referirse a las lesiones osteoescleróticas como el hallazgo predominante. Posteriormente Schey<sup>(3)</sup> reporta que esta variedad de lesión ósea se pueden encontrar en el 3% de los pacientes con MM.

En el presente caso el interrogatorio y el examen físico



poiquilocitosis, leucocitos y plaquetas adecuados, médula con celularidad normal sistema megacariopoyético, sistema granulopoyético íntegro, sistema eritropoyético íntegro, azul de prucia positivo, citoquímica menos 5 % blastos. Se observa aumento de células plasmáticas mayor del 10 % y algunas con vacuolas citoplasmáticas. Se concluye el caso con un diagnóstico de mieloma múltiple.

## DISCUSIÓN

El mieloma múltiple se caracteriza por presentarse en la mayoría de los pacientes como es el caso descrito por Ramírez<sup>(13)</sup> con manifestaciones clínicas de astenia marcada, anemia, dolores óseo

arrojaron fatiga y palidez cutáneo-mucosa lo cual se constata en los exámenes de sangre al obtener una hemoglobina de 105 g/L lo que coincide con la clínica general de los pacientes con MM<sup>(2,3)</sup>.

Sin embargo, el dolor articular en las manos de los miembros superiores con disminución de la amplitud de movimiento de los mismos, y el aumento de volumen de estos referido por el paciente y constatados a la inspección no corresponde con el dolor óseo característico del MM, el cual predomina en huesos largos y planos como los del cráneo, la columna vertebral, las costillas y el esternón<sup>(1,5)</sup>, clínica clásica de esta afección como es la reportada por Escalona<sup>(14)</sup>.

El factor reumatoide negativo, la falta de nódulos subcutáneos y dolor articular de menos de 6 semanas excluirían el diagnóstico de artritis reumatoide<sup>(10,15)</sup>.

Por toda la sintomatología general presentada por el paciente: fatiga, anemia, velocidad de sedimentación globular acelerada y dolores articulares en ambas manos, se sospecha de una artritis paraneoplásica secundaria de un tumor primario desconocido. En 2012 García y Vera<sup>(9)</sup> abordaron el tema de las artritis paraneoplásicas como forma de presentación de enfermedades malignas.

Por ser un paciente masculino, de 65 años edad y fumador de más 30 años de evolución, y la gran incidencia que existe en la población mundial, se consulta con Urología y se indica TAC de tórax para descartar cáncer de próstata y cáncer de pulmón respectivamente.

La TAC resulta ser normal y llama la atención la ausencia de lesiones osteolíticas presentes en el 70% de los casos<sup>(1,5,6)</sup>, aunque en la literatura se recogen casos con escasas lesiones líticas o lesiones de osteoesclerosis difusa<sup>(3,11)</sup>.

Agreda Pantoja<sup>(2)</sup> en un artículo publicado en la Revista Cubana de Medicina en el año 2016, describe que aproximadamente el 1 % de los casos de MM no presentan en sangre ni en orina proteína anormal, lo que constituye un mieloma no secretor, en el presente caso la proteína de Bence Jones en orina fue positiva a cadenas Kappa 6,279 g/L Lambda 3,300 g/L, proteinuria de Bence Jones valor total 1365 u/L.

La proteinuria de Bence Jones positiva, acompañada de la anemia, fatiga, afectación ósea, en un paciente de color de la piel oscura obliga a la realización de un medulograma pensando en patologías como MM o a la exclusión del mismo.

El medulograma concluyó con diagnóstico de mieloma múltiple, al observarse un aumento del 10% de células plasmáticas.

En el MM ocurre una proliferación descontrolada de células plasmáticas que se depositan en la medula

ósea afectando la estructura y función de la misma, esto trae consigo anemia y fatiga. También como resultado de la actividad de sustancias secretadas por las células de mieloma, se favorece la actividad de los osteoclastos causando lesiones osteolíticas y dolores óseos principalmente en el esqueleto axil<sup>(1,5,10)</sup>, sin embargo, Valdivieso reporta lesiones de osteoesclerosis difusa sin predominio de lesiones líticas, esto se reporta aproximadamente en el 3% de los pacientes diagnosticados<sup>(9)</sup>.

## CONCLUSIONES

Las enfermedades neoplásicas se manifiestan con una clínica muy diversa por lo que siempre se debe tener en cuenta las formas de presentación atípicas y las comorbilidades del paciente que pueden enmascarar el diagnóstico.

Es posible afirmar que las comorbilidades presentadas por el paciente como la edad, osteoartrosis, hipertensión arterial (enfermedad sistémica que provoca lesiones vasculares a todos los niveles) y la ausencia de las lesiones osteolíticas características del mieloma múltiple influenciaron en la presentación atípica del mismo.

## CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

## CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

LCAC y RGF participaron en la concepción y diseño de la investigación.

MEHS y MVCA participaron en la búsqueda y descarga de la información.

Todos los autores participaron en la redacción del manuscrito, así como en la revisión y aprobación de la versión final.

## FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldman-Cecil. Tratado de Medicina Interna. 25.ª Edición. Barcelona: Elsevier; 2016.



2. Agreda Pantoja A, Chao Pereira C, Hernández Barraza D, Roca Campaña V. Mieloma múltiple en paciente joven. *Rev cubana med* [Internet]. 2016 Dic [citado 12 Feb 2020]; 55(4): 319-323. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232016000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000400006&lng=es).
3. Valdivieso Herrera M, Vargas Ruiz L, Morales Luna D. Mieloma múltiple con osteoesclerosis difusa. *Gaceta Mexicana de Oncología* [Internet]. 2016 [citado 12 Feb 2020];15(3):177-180 Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gamo.2016.05.011>
4. Peña C, Rojas Ch, Rojas H, Soto P, Cardemil D, Aranda S, et al. Mieloma múltiple en Chile: pasado, presente y futuro del programa nacional de drogas antineoplásicas (PANDA). Revisión de 1.103 pacientes. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2018 Jul [citado 12 Feb 2020]; 146(7): 869-875. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000700869>.
5. Farreras Rozman. *Temas de Medicina Interna*. 18va Edición. Barcelona: Elsevier; 2016.
6. Johana Sigcho A. Mieloma múltiple: revisión de literatura, a propósito de un caso. *Rev. Salud Humana* [Internet]. 2017 [citado 12 Feb 2020]; 1(1): 51-60. Disponible en: [https://pdfs.semanticscholar.org/1fa1/a089ef3971cdee66da4b6e3ecc089a3ed5cb.pdf?\\_ga=2.209840149.1487170614.1592821492-1297466926.1592821492](https://pdfs.semanticscholar.org/1fa1/a089ef3971cdee66da4b6e3ecc089a3ed5cb.pdf?_ga=2.209840149.1487170614.1592821492-1297466926.1592821492)
7. Díaz García JD, Parra Landázury NM, Venegas Fuentes A. Linfoma maligno enmascarado como mieloma múltiple. *Rev Actual. Med.* [Internet]. 2017 [citado 12 Feb 2020]; 102(802): 173-175 Disponible en: <https://doi.org/10.15568/am.2017.802.cc02>
8. González Naranjo LA. Síndromes reumáticos paraneoplásicos. *latreia* [Internet]. 2011 Mar [citado 12 Feb 2020]; 24(1): 65-75. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-07932011000100007&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-07932011000100007&lng=en)
9. García Ramos AE, Vera Lastre OL. Síndromes reumáticos paraneoplásicos. *Revista Alergia México* [Internet]. 2012 Mar [citado 12 Feb 2020]; 59(2):72-78. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?l-DARTICULO=38252>
10. Harrison. *Principios de Medicina Interna*. 19 Ed. Estados Unidos: McGraw-Hill Interamericana. Vol 2 Capítulo 136 Trastornos de las células plasmáticas edición 19. Disponible en: <https://www.pdfdrive.com/harrison-principios-de-medicina-interna-19edicion-volumen-2-d158080294.html>
11. Mendoza Sánchez D, Tinoco Valerio J. Mieloma múltiple IgA, con colapso vertebral y escasas lesiones osteolíticas. *Revista Médica Carrionica* [Internet]. 2016 [citado 12 Feb 2020]; 3(2): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/113>
12. Bess Constantén S. Anuario Estadístico de Salud de Cuba. *Rev Méd Electrón* [Internet]. 2019 [citado: 22 Jul 2020];38(5). Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
13. Ramírez Vargas R, Vera Marmanillo V, Velazque Rojas L, Pari Caller CG. Mieloma múltiple asociado con hiperbetaglobulinemia en paciente cirrótico. Reporte de caso. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 2019;17(3):132-140. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8370>
14. Escalona González SO, González Milán ZC, Vázquez González LA. Mieloma múltiple como presentación de enfermedad crónica terminal. *Revista EsTuSalud* [Internet]. 2020; 2(1). Disponible en: <http://revistaestudiantil.ltu.sld.cu/index.php/revestudiantil/article/view/14>.
15. Roca Goderich. *Temas de Medicina Interna*. 5ta Ed. Tomo 3. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.