



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

V-168. - DERRAME PLEURAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DEL MIELOMA MÚLTIPLE IGG Y DE LA MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

M. Romero Martínez, M. Cotugno, L. Guirado Torrecillas, A. Castillo Navarro, N. Ortega López, R. Pérez Luján, J. Montoya Martínez, M. Molina Boix

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Objetivos: El derrame pleural puede ser causado por diferentes etiologías. Entre los exudados más frecuentes (más del 90% de los casos) se encuentran el derrame paraneumónico seguido del derrame pleural maligno, bien sea neoplasias de pulmón, mama y ovario, embolia de pulmón o tuberculosis. Sin embargo, es muy infrecuente que se presente como primera manifestación de mieloma múltiple e incluso más raro aún de su variante IgM o enfermedad de Waldenström, y en la literatura se han descrito pocos casos. Por este motivo presentamos dos enfermos con derrame pleural mielomatoso.

Métodos: Se trata de una revisión de 2 pacientes atendidos en nuestro hospital, que presentan derrames pleurales como manifestación inicial del mieloma múltiple y macroglobulinemia de Waldenström. Los datos se obtuvieron mediante revisión de la historia clínica de los mismos.

Resultados: Caso 1: varón de 78 años que ingresa por disnea. Entre sus antecedentes destaca: hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Desde hace 5 meses presenta disnea progresiva que se asocia a fiebre, tos sin expectoración, junto a dolor pleurítico en la última semana. Ingresa por disnea y se aprecia derrame pleural izquierdo que no presentaba en radiografías anteriores. En la toracocentesis encontramos un exudado, por lo que se realiza cuantificación de inmunoglobulinas en plasma y líquido pleural, encontrando paraproteínas IgG Kappa en ambos y Bence-Jones positivo. Se le realiza aspirado medular y citometría compatible con plasmocitoma/mieloma. Durante el ingreso también aparece derrame pericárdico que obliga a pericardiocentesis sin evidencia de células neoplásicas. Se le hace estudio de extensión que es negativo. Se inicia tratamiento con bortezomib y dexametasona con mala respuesta y fallece. Caso 2: varón de 68 años que ingresa para intervención programada por carcinoma epidermoide de laringe, al que se le practica laringectomía y vaciamiento cervical bilateral. En el postoperatorio presenta anasarca que mejora con diuréticos y posteriormente fiebre junto a derrame pleural derecho compatible con exudado, que se trata con antibióticos de amplio espectro y desaparece la fiebre, pero persiste e incluso aumenta el derrame pleural que no presentaba al ingreso. En el estudio más exhaustivo del derrame pleural encontramos un componente monoclonal IgM tanto en sangre como en líquido pleural y con Bence-Jones negativo. El medulograma y la biopsia ósea confirman la presencia de macroglobulinemia de Waldenström. El paciente es derivado a Onco-Hematología para iniciar tratamiento adyuvante del carcinoma de laringe para valorar el manejo de la macroglobulinemia.

Discusión: Las manifestaciones clínicas más frecuentes del mieloma son insuficiencia renal, anemia, alteraciones óseas. Del Waldenström en concreto, lifandenopatías, hepatoesplenomegalia y síndrome de

hiperviscosidad. Siendo las lesiones óseas menos comunes. Las manifestaciones pulmonares del mieloma y la macroglobulinemia de Waldenström son extremadamente raras, aproximadamente en menos del 3%. Existen muy pocos casos descritos en la literatura que demuestren mediante la citometría de flujo que el derrame pleural sea secundario a esta entidad, como en los casos que presentamos.

Conclusiones: Nuestros casos ilustran la necesidad de considerar en el diagnóstico diferencial de los derrames pleurales, la posibilidad de que se trate de una manifestación pulmonar del mieloma. Con las nuevas tecnologías que hacen posible tanto la inmunolectroforesis como la citometría en el líquido pleural, podríamos excluir esta enfermedad. En ambos pacientes evidenciamos mediante inmunolectroforesis el componente monoclonal en el líquido pleural tanto IgG como IgM, sin lesiones óseas ni afectación renal previa.