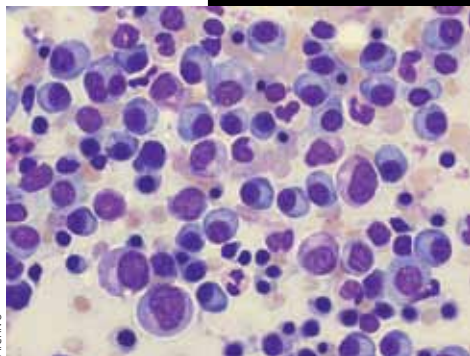


Mieloma múltiple

Caso de la CONAMED

*María del Carmen Dubón Peniche**



SÍNTESIS DE LA QUEJA

La paciente refirió que acudió al hospital demandado pues no podía caminar y presentó sangrado de tubo digestivo alto, pero no se le realizó el protocolo de estudio completo para determinar con certeza el padecimiento de fondo, por lo que asistió a otro hospital, donde le fue diagnosticado y tratado mieloma múltiple.

RESUMEN CLÍNICO

Mujer de 58 años de edad que en agosto de 2010 asistió al hospital demandado refiriendo hipotiroidismo de 6 años de evolución, diabetes mellitus de un mes de diagnóstico, fractura de L2 operada el 24 de julio de 2010, fractura por compresión de T2 y L5 (diagnosticado el 7 de agosto en el hospital demandado), así como dificultad para articular palabras, pérdida gradual de la fuerza muscular en hemicuerpo derecho, incapacitante para la deambulación. Se solicitaron estudios de laboratorio clínico y se inició manejo médico (conservador).

Durante el internamiento presentó sangrado de tubo digestivo bajo el 24 de agosto de 2010 (1,500

cc) y choque hipovolémico que fue manejado mediante diversas transfusiones (paquetes globulares, plasma fresco y concentrados plaquetarios). Así mismo, el 25 de agosto de 2010 fue intervenida quirúrgicamente con diagnóstico preoperatorio de sangrado de tubo digestivo alto secundario a úlcera sangrante. La hoja de operaciones reportó realización de ventana gástrica, teniendo como hallazgos: gastritis erosiva en cuerpo y antro.

La evolución no fue satisfactoria, permaneció en Terapia Intensiva reportándose hiperglucemia, estado hiperosmolar, desequilibrio hidroelectrolítico y ácido-base, cetoacidosis, deshidratación severa, anemia severa, trombocitopenia, insuficiencia renal aguda prerenal, hiperazoemia, insuficiencia respiratoria crónica agudizada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica no aguda e infección de vías respiratorias bajas, y ameritó asistencia mecánica ventilatoria hasta el 27 de agosto de 2010. Durante su estancia en dicho servicio fue tratada con soluciones parenterales, haemaccel, ceftriaxona, captopril, vitamina C, oligoelementos, calcio, magnesio, plasma fresco, paquetes globulares, concentrados plaquetarios, bicarbonato, hidrocortisona, clonixinato de lisina, ranitidina.

El 30 de agosto de 2010, presentó sangrado transrectal (2,000 cc), y se le indicó: colocación de sonda

*Dirección de la Sala de Arbitraje Médico. CONAMED. México, D.F.

nasogástrica, haemaccel, carga rápida de solución Hartmann, paquetes globulares y plasma, dopamina, omeprazol, metoclopramida, sucralfato, metronidazol, vitamina K, salbutamol spray, insulina con esquema de dextrostix cada 4 h, reportándose muy grave. El 3 de septiembre de 2010 se reportó mejoría del sangrado de tubo digestivo, corrección de anemia y trombocitopenia, se le indicó dieta líquida por sonda nasogástrica. El día 5 del mismo mes y año, ingresó al Servicio de Medicina Interna, se le indicó dieta para diabético de 1,600 calorías, sucralfato, ceftriaxona, captopril, metoclopramida y soluciones parenterales; fue egresada el día 12 con diagnósticos de sangrado de tubo digestivo alto y bajo remitido, neutropenia corregida. Se indicó: sucralfato, ceftriaxona, senócidos AB, levotiroxina, dextropopoxifeno, cita abierta a Urgencias y cita a Ortopedia.

En Consulta Externa fue valorada por Ortopedia, reportándose persistencia de dolor lumbar, marcha claudicante a expensas de miembro pélvico izquierdo, uso de bastón. Las radiografías mostraron aplastamiento vertebral T11, T12, L2 y L4; se le indicó reposo relativo, celecoxib, radiografías y cita de control.

Por persistencia del dolor lumbar, la paciente asistió a otro hospital, y en la historia clínica se reportó pérdida de peso (10 k en 7 meses), astenia, adinamia, palidez de piel y tegumentos. Se realizó electromiografía que mostró disfunción de raíces lumbo-sacras L4 bilateral, se diagnosticó fractura-aplastamiento de varios cuerpos vertebrales con alta probabilidad de mieloma múltiple, por ello fue hospitalizada, y se solicitó valoración por los Servicios de Hematología, y Endocrinología, para completar su estudio, los que confirmaron el citado diagnóstico.

ANÁLISIS DEL CASO

Para el estudio del caso se estiman necesarias las siguientes precisiones:

En términos de la literatura especializada, la anemia es una cantidad subnormal total de eritrocitos. La concentración normal de hemoglobina en seres humanos es de 14 g/dl, con hematocrito de 42%.

Las causas de anemia incluyen producción inadecuada de eritrocitos, pérdidas agudas o crónicas y hemólisis. Dentro de las causas de producción inadecuada se encuentran: deficiencia en la función de médula ósea y falta de nutrientes esenciales como hierro, ácido fólico y vitamina B₁₂. Por su parte, la hemólisis puede ocurrir por defectos intracorpúsculares debidos a alteraciones estructurales de los eritrocitos y extracorpúsculares, éstos últimos comprenden agentes físicos y químicos, infecciones (paludismo o septicemia), neoplasias, enfermedades del tejido conectivo, esplenomegalia e inmunización.

El abordaje diagnóstico debe incluir interrogatorio completo y examen físico minucioso, así como realización de estudios de laboratorio, a fin de determinar la etiología de la anemia; el volumen corpuscular medio (VCM) puede orientar, pues se eleva cuando existe deficiencia de vitamina B₁₂, en casos de anemia refractaria y enfermedad hepática, y se observa disminuido en casos de pérdida aguda de sangre, uremia, enfermedades crónicas, hemólisis y deficiencia de médula ósea, también cuando existe deficiencia de hierro, talasemia y anemia sideroblástica.

Dentro de los estudios de laboratorio, además de la biometría hemática completa, debe determinarse el número de reticulocitos y bilirrubinas, así como la prueba de Coombs directa, si se sospecha hemólisis. Posteriormente debe realizarse frotis de sangre periférica, donde pueden encontrarse datos que orienten al origen de la anemia, en casos de anemia hemolítica pueden observarse esferocitos, dianoctos, esquistocitos, eritrocitos falciformes, acantocitos, eritrocitos aglutinados o cuerpos de Heinz. Posteriormente, si es necesario, debe realizarse aspirado de médula ósea para evaluar defectos de la misma. Los síntomas de la anemia, dependen de la agudeza con que se produzca, en casos graves puede existir disnea, fatiga, palpitaciones e ictericia en caso de hemólisis.

Una causa de anemia es el mieloma múltiple, el cual se caracteriza por proliferación de células plasmáticas malignas y subsecuente sobreproducción de paraproteínas monoclonales. La enfermedad es poco común, su incidencia es 4.3 casos/100,000 habitantes, es más frecuente en mujeres que en hombres

con relación de 3 a 2 respectivamente. El cuadro clínico del mieloma múltiple comprende variedad de síntomas y puede presentarse desde una forma asintomática, hasta un cuadro severo con complicaciones que requieren tratamiento urgente, como son: sangrado, infección, hipercalcemia y falla renal.

A nivel local, el mieloma múltiple puede ocasionar fracturas patológicas y compresión radicular en la médula espinal. La proliferación de células plasmáticas en la médula ósea puede interferir con la producción de células sanguíneas, ocasionando anemia, leucopenia o trombocitopenia. Debido a la alteración de la inmunidad humoral, los pacientes tienen alto riesgo de presentar infecciones, particularmente las producidas por neumococo. Es común que los pacientes tengan historia previa de dolor óseo, fracturas patológicas, hemorragia a cualquier nivel, usualmente asociada a trombocitopenia, infecciones de repetición y eventos relacionados a hipercoagulabilidad como infarto de miocardio, enfermedad vascular cerebral o trombosis. También pueden ocurrir manifestaciones neurológicas como meningitis, neuropatía periférica y síndrome de túnel del carpo. En la exploración física es común la presencia de palidez, equimosis, dolor a la palpación de huesos, y datos de amiloidosis a cualquier nivel.

El diagnóstico del mieloma múltiple se integra cuando se encuentra más de 30% de células plasmáticas en aspirado de médula ósea, o bien, si existe 10 a 30% de células plasmáticas, más inmunoglobulinas monoclonales elevadas y afectaciones líticas óseas. Dentro de la ruta diagnóstica, deben incluirse: realización de biometría hemática completa, panel metabólico completo, electroforesis de proteínas, y determinación de proteínas de Bence-Jones. Debe realizarse depuración de creatinina en orina de 24 h, determinación de inmunoglobulinas IgG, IgA e IgM, beta 2 microglobulina, y proteína C reactiva. En los estudios de imagen, debe realizarse serie de radiografías de cráneo y de huesos largos, para búsqueda de afecciones líticas, las cuales son clásicas; sin embargo, puede detectarse solamente osteopenia que sugiere compromiso medular antes de que las afectaciones líticas sean aparentes. El aspirado de médula ósea es relevante,



y no sólo debe evaluarse la citología, sino la biopsia de hueso.

En términos de la literatura especializada, el mieloma múltiple se clasifica de grado 1 a 3. El grado 1 incluye pacientes con hemoglobina igual o mayor a 10 g, calcio menor a 12 mg. Radiografías normales o con plasmocitoma solitario, y niveles séricos bajos de proteínas M. En el grado 2, pacientes con criterios mixtos que no puedan clasificarse en los estadios 1 o 3. Finalmente, el grado 3, incluye pacientes con hemoglobina inferior a 8.5, calcio mayor a 12, radiografías con afectaciones líticas óseas y niveles altos de proteína M. El mieloma, también puede subclasificarse atendiendo a la presencia de compromiso renal; considerándose tipo B cuando existe y tipo A si no existe. Otras clasificaciones toman en cuenta los niveles de beta 2 microglobulina.

En el tratamiento debe ser mediante quimioterapia y terapia de soporte, a fin de tratar las complicaciones asociadas (hipercalcemia, insuficiencia renal). También puede emplearse el trasplante de

En el mieloma múltiple el dolor óseo es un síntoma muy frecuente, el cual es de carácter mecánico y se localiza frecuentemente en columna y parrilla costal. Puede existir osteoporosis y fracturas patológicas. En ocasiones se producen compresiones medulares o radiculares, tanto por la afectación mielomatosa como por aplastamientos vertebrales, que cursan con dolor y en los casos más graves pueden originar paraparesia espástica.

médula ósea y radiación, particularmente en pacientes con compromiso renal. Otros síntomas inespecíficos que pueden presentarse son fatiga y pérdida de peso no intencional; en ambos casos es importante el interrogatorio y examen físico minucioso. En la historia clínica debe prestarse especial atención a la pérdida de peso real, si existe o no aumento de apetito, composición de la dieta, síntomas gastrointestinales.

Por su parte, la hemorragia del tubo digestivo, requiere rápida valoración inicial para identificar la necesidad de intervención inmediata. Debe observarse el aspecto general del paciente, los signos como confusión, diaforesis, piel fría y húmeda, dolor abdominal, que generalmente indican la necesidad de intervención inmediata. Dentro de los estudios de laboratorio, es esencial realizar biometría hemática, a fin de evaluar la necesidad de transfusión sanguínea. Los síntomas ayudan a establecer la causa de la hemorragia; la hematemesis y la melena habitualmente indican que el origen es en tubo digestivo alto; debe realizarse tacto rectal, para evaluar la magnitud de la hemorragia y las características de las heces. Las causas de hemorragia digestiva más comunes en pacientes sin hepatopatía son: úlceras de estrés, gastritis, esofagitis y los tumores malignos, en menor proporción. El empleo de antagonistas H_2 , como la ranitidina o bloqueadores de la bomba de protones (omeprazol), resultan de utilidad en el tratamiento de la enfermedad ulcerosa y

la gastritis en general. Si la hemorragia digestiva es muy grave, puede requerirse tratamiento quirúrgico.

Por lo que respecta a las fracturas vertebrales, es necesario mencionar, que las vértebras torácicas son asiento relativamente fácil para el desarrollo de afectaciones, debido principalmente a su menor irrigación y mayor extensión. Las vértebras lumbares, tienen mejor irrigación vascular, pero no están exentas de afectaciones. Las fracturas vertebrales se clasifican, de acuerdo al mecanismo de producción, en 4 grupos: fracturas por flexión-compresión, fracturas por compresión axial, fracturas por flexión-distracción, y fracturas-dislocaciones por rotación.

Entre las condiciones que favorecen la aparición de fracturas, una de las más importantes es la osteoporosis. Las mujeres tienen mayor riesgo de presentar osteoporosis y fracturas. Otra situación agregada que favorece las fracturas, es la presencia de neoplasias, particularmente metastásicas. Ocasionalmente el cáncer es primariamente óseo, las fracturas en estos casos afectan el cuerpo vertebral, tanto de las vértebras torácicas como de lumbares, lo que ocasiona deformidad, aumento de la cifosis y compresión de la espina o de la cauda equina. Otras enfermedades que pueden asociarse a fractura, son la presencia de infección, particularmente la tuberculosis.

Las radiografías simples son de primera elección para el diagnóstico, seguidas de tomografía computarizada e incluso resonancia magnética de la región afectada. La densitometría puede ser de utilidad para la prevención de nuevas fracturas, si éstas han ocurrido por osteoporosis. El tratamiento debe ir dirigido a no incrementar la afectación, inmovilizar al paciente, evaluar y, en su caso, tratar otras patologías. El manejo no quirúrgico de las fracturas, debe decidirse con base en la extensión de la afectación y a las condiciones del paciente.

En el presente caso, el 23 de agosto de 2010, la paciente asistió al Servicio de Urgencias del hospital demandado refiriendo dificultad para articular palabras y pérdida gradual de la fuerza muscular en hemicuerpo derecho que la incapacitaba para deambular.

En la Hoja de Urgencias, se estableció que presentaba confusión de ideas, Glasgow 15, palidez

tegumentaria (++), ruidos cardiacos rítmicos, campos pulmonares ventilados, abdomen sin alteraciones, extremidades con disminución de tono y fuerza muscular del lado derecho 3/5. Se reportó antecedente de fractura de columna lumbar a nivel L2, diabetes mellitus de un mes de diagnóstico e hipotiroidismo tratado mediante levotiroxina. Se diagnosticó evento vascular cerebral, indicándose su ingreso a Observación Adultos; se solicitó biometría hemática, química sanguínea, electrolitos séricos, examen general de orina, perfil tiroideo, tomografía de cráneo simple y contrastada, así como valoración por los Servicios de Ortopedia y Neurología.

El 24 de agosto de 2010, se indicó oxígeno por puntas nasales, colocación de sonda Foley y sonda nasogástrica, soluciones parenterales, expansor de plasma, omeprazol, sucralfato, metoclopramida, ketorolaco y transfusión de un paquete globular, se solicitó radiografía de tórax y endoscopia, así como su ingreso al Servicio de Medicina Interna, no se observaron irregularidades por cuanto a estas atenciones se refiere, pues, ante el cuadro clínico de la paciente, estaba indicada su hospitalización, así como la realización de auxiliares de diagnóstico.

Ahora bien, la paciente presentó sangrado de tubo digestivo bajo y choque hipovolémico con evidencia de rectorragia franca (1,500 cc), por ello se solicitó valoración por Cirugía General, ante la sospecha de úlcera perforada. El laboratorio reportó: hemoglobina 5.7, hematocrito 16.9, plaquetas 48,000, glucosa 110, urea 145, creatinina 2.2, sodio 139.6, potasio 4.92, cloro 109.8. Se transfundió plasma fresco, 2 paquetes globulares y concentrados plaquetarios.

El Servicio de Cirugía General reportó estado de choque grado III-IV descompensado con sangrado de tubo digestivo alto, secundario a úlcera gástrica (2,500 cc), estimando necesario efectuar tratamiento quirúrgico. La paciente fue intervenida quirúrgicamente el 25 de agosto de 2010, se le realizó ventana gástrica, mediante la cual se encontró gastritis erosiva activa en mucosa de cuerpo y antro, sin evidencia de úlceras o tumoraciones. En el transquirúrgico presentó hipotensión, y se estimó necesario su ingreso a Terapia Intensiva.

En el citado servicio se diagnosticó: hipergluce-

mia, estado hiperosmolar, desequilibrio hidroelectrolítico y ácido-base, cetoacidosis, deshidratación severa, sangrado de tubo digestivo alto controlado, anemia grave, trombocitopenia, insuficiencia renal aguda prerenal, hiperazoemia, insuficiencia respiratoria crónica agudizada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica no aguda e infección de vías respiratorias bajas. Por laboratorio se reportó: tiempo de protrombina 20 s, tiempo parcial de tromboplastina 42 s, leucocitos 7,200, hemoglobina 5.7, plaquetas 48,000, glucosa 110, urea 145, creatinina 2.2, sodio 139.6. Se indicó plasma fresco congelado cada 6 h, un paquete globular cada 8 h y 20 concentrados plaquetarios, según lo acreditó la nota de ingreso a Terapia Intensiva el 25 de agosto de 2010. Ese mismo día, se reportó sangrado en el sitio de colocación de catéter subclavio.

En la nota de evolución del 27 de agosto de 2010, se reportaron los resultados de laboratorio siguientes: albúmina 2.4 g, pruebas de funcionamiento hepático en parámetros normales y trombocitopenia grave. Se indicó continuar mismo manejo.

En ese sentido, fue demostrado que ante el cuadro clínico de la paciente, el personal médico del hospital demandado la estudió de manera insuficiente, incumpliendo sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento. En efecto, había sido operada en julio de 2008 en medio privado, debido a fractura del cuerpo vertebral L2, presentaba dolor óseo y el 7 de agosto del mismo año fue valorada por Ortopedia del hospital demandado, que diagnosticó fractura por compresión de T2 y L5, con sospecha de neoplasia e insuficiencia renal; sin embargo, durante la atención reclamada, el personal médico no estimó lo anterior, concretándose a transfundir plasma, paquetes globulares y concentrados plaquetarios, sin determinarse la causa del sangrado de tubo digestivo.

La paciente permaneció en Terapia Intensiva, cursando con citopenias importantes, como fue anemia persistente e incorregible con niveles que variaron de 5.7 a 11.5 g/dl, leucopenia persistente en niveles de 2,900 que ocasionalmente se elevaban, así como trombocitopenia muy marcada en niveles de 23,000 la mínima y que se elevaba mediante la aplicación de plaquetas.

El tratamiento debe brindarse conforme al diagnóstico (el cual debe estar sustentado), y no sólo utilizarse para mejorar la sintomatología sin el debido razonamiento clínico.

A mayor abundamiento, en la nota de evolución del 27 de agosto de 2010 a las 4:00 h, se reportó que la paciente presentó sangrado en capa debido a trombocitopenia grave, por lo que se zafaron puntos de sutura de la herida quirúrgica. Así mismo, entre los resultados de laboratorio se señaló: hemoglobina 10.2, plaquetas 23,000, albúmina 2.4, por ello continuaron el manejo establecido, sin sospechar que la paciente cursaba con mieloma múltiple, pese al cuadro clínico evidente: dolor óseo crónico, anemia persistente, leucopenia, trombocitopenia, proteinuria, altos requerimientos transfusionales, fracturas patológicas.

Sobre el particular, la literatura especializada establece, que dentro de la ruta diagnóstica debe incluirse la realización de biometría hemática completa, panel metabólico completo, electroforesis de proteínas y determinación de proteínas de Bence-Jones; depuración de creatinina en orina de 24 h, determinación de inmunoglobulinas IgG, IgA e IgM, beta 2 microglobulina, proteína C reactiva, así como estudios de imagen, entre ellos: radiografías de cráneo y de huesos largos, para búsqueda de afecciones líticas, lo cual no ocurrió en este caso, pues el estudio de la paciente fue insuficiente, debido a la mal *praxis*, por negligencia, en que incurrió el personal médico, al incumplir sus obligaciones de medios de diagnóstico y tratamiento.

Cabe mencionar, que pese a los sangrados abundantes, tampoco se solicitó interconsulta al Servicio de Hematología. De igual forma, se debe mencionar, que las pruebas de funcionamiento hepático fueron incompletas, pues no se reportaron cifras de proteínas, sólo determinación de globulina de 4.4 g (elevada), el 8 de septiembre de 2010, albúmina de 2.4 g, el 27 de agosto de 2010, con el resto de la

función hepática normal; no se determinaron proteínas en orina de 24 h, ni electroforesis, serie ósea metastásica, tomografía o resonancia magnética de columna vertebral. Esto confirma la mala práctica en que incurrió el personal médico.

El hospital demandado argumentó que la paciente no presentó síntomas de mieloma múltiple y que la atención se apegó en todo momento a la literatura médica, así como a las Normas Oficiales Mexicanas correspondientes; sin embargo, no acreditó tales aseveraciones.

Por el contrario, se demostró que la paciente tenía antecedentes de cirugía de columna vertebral por fracturas patológicas, sangrados crónicos en vías digestivas, dolor óseo crónico, anemia persistente, leucopenia, trombocitopenia, proteinuria, fracturas patológicas y discrasia sanguínea por hiperviscosidad, lo cual era sugestivo de mieloma múltiple y no fue tomado en cuenta por el personal médico, debido a la negligencia en que incurrió.

El 29 de agosto de 2010, la paciente fue egresada de Terapia Intensiva al Servicio de Cirugía, y se sugirió manejo conjunto con Medicina Interna; empero, Cirugía General el día 30 reportó sangrado trasrectal abundante, por ello indicaron soluciones parenterales, expansor del plasma, paquetes globulares y plasma fresco, y se reingresó a la paciente a Terapia Intensiva con inestabilidad hemodinámica (la nota de reingreso reportó sangrado de 2,000 cc), por lo que se solicitó colonoscopia.

La paciente permaneció en Terapia Intensiva los días 1°, 2, 3 y 4 de septiembre de 2010; durante esta atención, la colonoscopia reportó enfermedad diverticular, y el 5 de septiembre egresó de la citada unidad e ingresó al Servicio de Medicina Interna para continuar su atención; se reportó evolución hacia la mejoría, motivo por el cual fue egresada el 12 de septiembre de 2010 con diagnósticos de sangrado de tubo digestivo alto y bajo remitido, neutropenia corregida, y se indicó manejo mediante: sucralfato, ceftriaxona, levotiroxina, dextropoxifeno, así como cita abierta a Urgencias y cita a Ortopedia con radiografía de columna lumbar AP y lateral.

La paciente fue atendida por Ortopedia los días 26 de septiembre, 10 y 24 de octubre de 2010, se le indicó reposo relativo y paracetamol, pese a que pre-

sentaba persistencia de dolor irradiado a glúteos y miembros pélvicos, así como limitación funcional.

Ante la persistencia del cuadro clínico y las omisiones observadas por el personal médico del hospital demandado, la paciente fue atendida en otro hospital, donde sospecharon discrasia de células plasmáticas (mieloma múltiple), y se le efectuó serie ósea que mostró lesiones líticas (sacabocado) en fémures, tibias, húmero derecho y pelvis, así como osteoporosis severa en columna, con colapsos vertebrales múltiples a nivel L2, L3 y L4. En radiografía de tórax se observaron atelectasias basales bilaterales y pleuras engrosadas en regiones mediastinales. El ultrasonido de abdomen reportó esplenomegalia. Electroforesis de proteínas e inmunofijación en suero y en orina de 24 h, mostraron gammapatía monoclonal IgG lambda; inmunoglobulinas séricas: IgG 10,300 (parámetros normales 700-1.600), IgA < 6 (68-385), IgM 32 (60-260). La beta 2 microglobulina elevada 9.7 (menos de 2.0); proteína C reactiva 0.18. Así mismo, el aspirado de médula ósea mostró infiltración masiva por células plasmáticas malignas. El diagnóstico fue de mieloma múltiple etapa III A de Durie-Salmon.

APRECIACIONES FINALES

En el mieloma múltiple el dolor óseo es síntoma muy frecuente, el cual es de carácter mecánico y se localiza frecuentemente en columna y parrilla costal. Puede existir osteoporosis y fracturas patológicas. En ocasiones se producen compresiones medulares o radiculares, tanto por la afectación mielomatosas como por aplastamientos vertebrales, que cursan con dolor y en los casos más graves pueden originar paraparesia espástica.

En este caso, la paciente presentaba mieloma múltiple en etapa muy avanzada, pese a lo cual el personal médico del demandado no sospechó dicha patología.

Debido a la negligencia observada fue atendida en otro nosocomio, donde se estableció el diagnóstico y se brindó tratamiento.

No se realizaron pronunciamientos de la atención brindada por facultativos distintos al demandado, al no formar parte de la controversia.

RECOMENDACIONES

La anamnesis aporta información de extraordinario valor para el diagnóstico. La descripción detallada de los síntomas, orienta al facultativo y le permite descartar gran número de posibilidades.

La exploración física complementa al interrogatorio y es fundamental para apoyar cualquier razonamiento diagnóstico.

No se debe olvidar la realización de diagnóstico diferencial apropiado con otras patologías.

Así mismo, existen diversos métodos y procedimientos auxiliares para llegar al diagnóstico, los cuales tienen sus méritos; sin embargo, el empleo y combinación de varios de ellos, aporta mayor certeza.

El tratamiento debe brindarse conforme al diagnóstico (el cual debe estar sustentado), y no sólo utilizarse para mejorar la sintomatología sin el debido razonamiento clínico. ●

BIBLIOGRAFÍA

- Berdugo J, Nieto S, Garzón J. Mieloma múltiple extraóseo con afección retro peritoneal: Reporte de un caso. *Rev Colomb Radiol*. 2008;19(4):2539-41.
- Bladé J, Rozman C. Ganmapatías monoclonales. En: Farreras, Rozman, ed. *Medicina Interna* (13ª ed). Barcelona: Mosby Doyma libros; 1995 p. 1753-60.
- Conte G. Nuevos conceptos en mieloma múltiple. *Revista HCUCH*. 2006;17:238-41.
- Edmundowicz AS, Zuckerman GR. Hemorragia gastrointestinal. En: Woodley M, Whelan A. editores. *Manual de Terapéutica Médica*. 8ª edición. México: Editorial Masson-Salvat; 1994. p. 355-66.
- Faride Ch, Gómez J, Guajardo R. Vertebroplastía: Efectividad en las metástasis vertebrales. *Rev Inst Cancerología*. 2006;1:245-25.
- Grethlein SJ. Multiple Myeloma. Disponible en www.emedicine.medscape.com Hematology. Actualizado al 12 de Agosto de 2009.
- Jiménez VH, Martínez E. Enfermedad ósea en mieloma múltiple: biología y tratamiento. *Med Int*. 2007;23:126-32.
- Karsh HB. Unexplained Weight Loss. En: Friedman HH, editor. *Problem-Oriented Medical Diagnosis*. 5ª edición. Estados Unidos: Editorial A Little-Brown Manual; 1991. p. 4-6.
- Nese M, Díaz L, Pieri S. Consenso Nacional de Mieloma múltiple y Discrasias plasmáticas. *Pautas de diagnóstico y tratamiento en Hematología*. 2005;1(1):1-13.
- San Miguel JF, García S, Mateos V. Mieloma Múltiple. En: M. González Barón. *Oncología Clínica*. Tercera Edición. Ed. Iberoamericana; 2010, Cap.39, Vol. II. p. 793- 823.