

Hipercalemia e insuficiencia renal aguda en paciente con dolor óseo

Consolación Rosado-Rubio¹, Pilar Fraile-Gómez¹, Rubén Díez-Bandera²,
Cyntia González-Álvarez¹, Cristina Lucas-Álvarez¹, Pedro García-Cosmes¹

¹ Servicio de Nefrología. Hospital Universitario de Salamanca

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca

Nefrología Sup Ext 2012;3(6):97-8

doi:10.3265/NefroPlus.pre2011.Aug.10956

Presentamos el caso de un varón de 51 años, sin antecedentes de interés, que ingresó por insuficiencia renal aguda. El paciente refería dolores óseos generalizados de 2 meses de evolución que relacionaba con un accidente laboral, por lo que tomaba ibuprofeno a dosis elevadas y diversos mórnicos (fentanilo, tramadol y codeína). Los datos analíticos más relevantes en el momento del ingreso fueron: urea: 107 mg/dl; creatinina: 4,64 mg/dl (un año antes era normal); sodio: 139 mmol/l; potasio: 4,2 mmol/l; calcio: 14,9 mg/dl (iónico: 1,95 mmol/l); fósforo: 5,1 mg/dl; proteínas totales: 6,90 g/dl; albúmina: 4,1 g/dl; hemoglobina: 9,9 g/dl; hematocrito: 28,2 %; hierro: 62,2 ug/dl; ferritina: 1134 ng/ml; hormona paratiroidea: < 3 pg/ml, y excreción fraccional de sodio: 4,9 %.

La ecografía renal mostró riñones de tamaño normal, con marcados signos de nefropatía difusa cortical.

Una serie ósea completa evidenció múltiples lesiones líticas en huesos largos (figura 1) y cráneo (figura 2), sugestivas de mieloma múltiple.

El proteinograma en sangre demostró una banda monoclonal kappa (inmunofijación en sangre), cadenas ligeras kappa: 8140 mg/l (valores normales: 3,3-19,4 mg/l), con un índice kappa-lambda libres de 953,16 (valores normales: 0,26-1,65). En orina, la proteinuria de Bence-Jones fue de 11 g/día (cadenas kappa).

El paciente fue diagnosticado de mieloma múltiple Bence-Jones positivo kappa.

Se inició tratamiento con hidratación, furosemida, bifosfonatos y calcitonina, con lo que se corrigió la hipercalemia, y mejoró la insuficiencia renal hasta alcanzar una creatinina sérica de 1,6 mg/dl.

Fue trasladado al Servicio de Hematología para recibir tratamiento de la enfermedad de base.

La insuficiencia renal es un hallazgo frecuente del mieloma múltiple y puede proporcionar una pista hacia el diagnóstico. Se da en el 20-40 % de los pacientes con diagnóstico reciente y ensombrece el pronóstico¹. Habitualmente es de grado moderado (creatinina sérica menor de 4 mg/dl), pero el 10 % requiere tratamiento renal sustitutivo.

El daño renal se produce por varios factores: amiloidosis primaria, depósito glomerular de cadenas ligeras, pesadas o am-

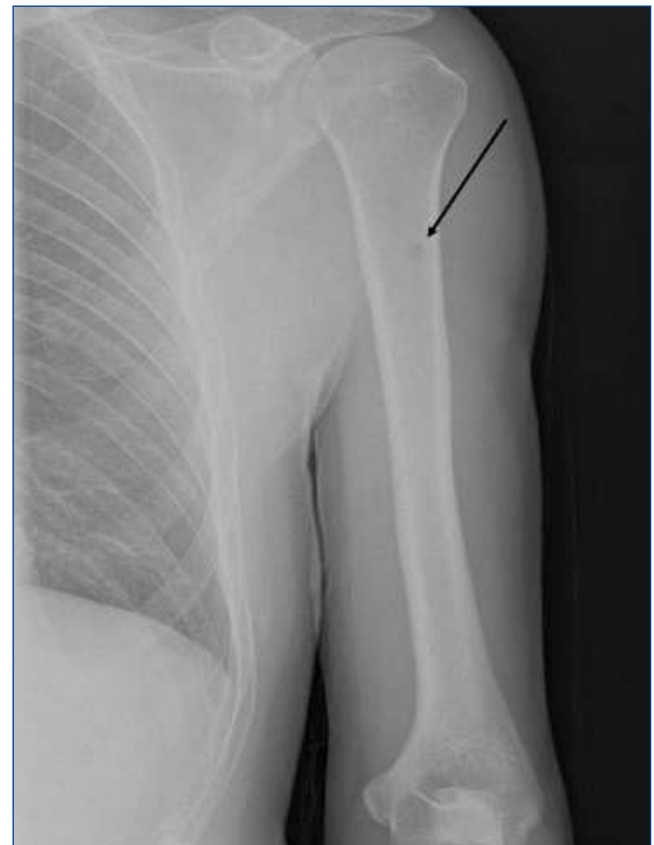


Figura 1. Lesión lítica en el brazo izquierdo.

Correspondencia: Consolación Rosado Rubio
Servicio de Nefrología.
Hospital Universitario de Salamanca.
Paseo de San Vicente, 58-182. 37007 Salamanca.
crosadorubio@hotmail.com



Figura 2. Lesiones líticas en el cráneo.

bas, crioglobulinemia, riñón del mieloma (nefropatía por cilindros de cadenas ligeras), disfunción tubular proximal (síndrome de Fanconi adquirido) o distal, nefritis intersticial, infiltración por células plasmáticas, hipercalcemia secundaria a la reabsorción ósea, hiperuricemia, deshidratación, antiinflamatorios no esteroideos y contrastes².

Las lesiones líticas son uno de los criterios diagnósticos y se desarrollan en casi el 80 % de los pacientes. El 58 % de los pacientes refiere dolores óseos en el momento del diagnós-

tico. La serie ósea todavía es el método recomendado para el diagnóstico de estas, pero solo identifica aquellas con avanzado grado de destrucción ósea, que afectan a un mínimo del 30 % del hueso trabecular, pudiendo llegar a afectar hasta al 50-75 %. La resonancia magnética se recomienda si la serie ósea es normal o si se sospecha un plasmocitoma solitario del hueso³.

Este caso subraya la importancia de la realización de una serie ósea a los pacientes con hipercalcemia y dolor óseo, pues aporta una información de gran valor diagnóstico.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martínez Mateu JG, Losada González GP, Munar Vila MA, Uriol Rivera M, Gómez Marqués G, Tugores AC. [Multiple myeloma, severe hypercalcaemia, acute renal failure and multiple organ failure due to calcinosis]. *Nefrología* 2011;31(2):233-4.
2. Guney I, Solak Y, Atalay H, Altintepe L, Tonbul HZ. A rare masquerader of lung cancer: nonsecretory multiple myeloma with plasmacytoma of bone presenting as acute kidney injury. *Intern Med* 2010;49(19):2133-5.
3. Hanrahan CJ, Christensen CR, Crim JR. Current concepts in the evaluation of multiple myeloma with MR imaging and FDG PET/CT. *Radiographics* 2010;30(1):127-42.