

Mini-repaso a...
Gammopatías monoclonales

Elena M^a Carrasco Ibáñez

Tutora: M^a José Monedero Mira



ENFERMEDADES HEMATOLÓGICAS

Carenciales: Anemia

Sd mielodisplásicos- alt maduración.

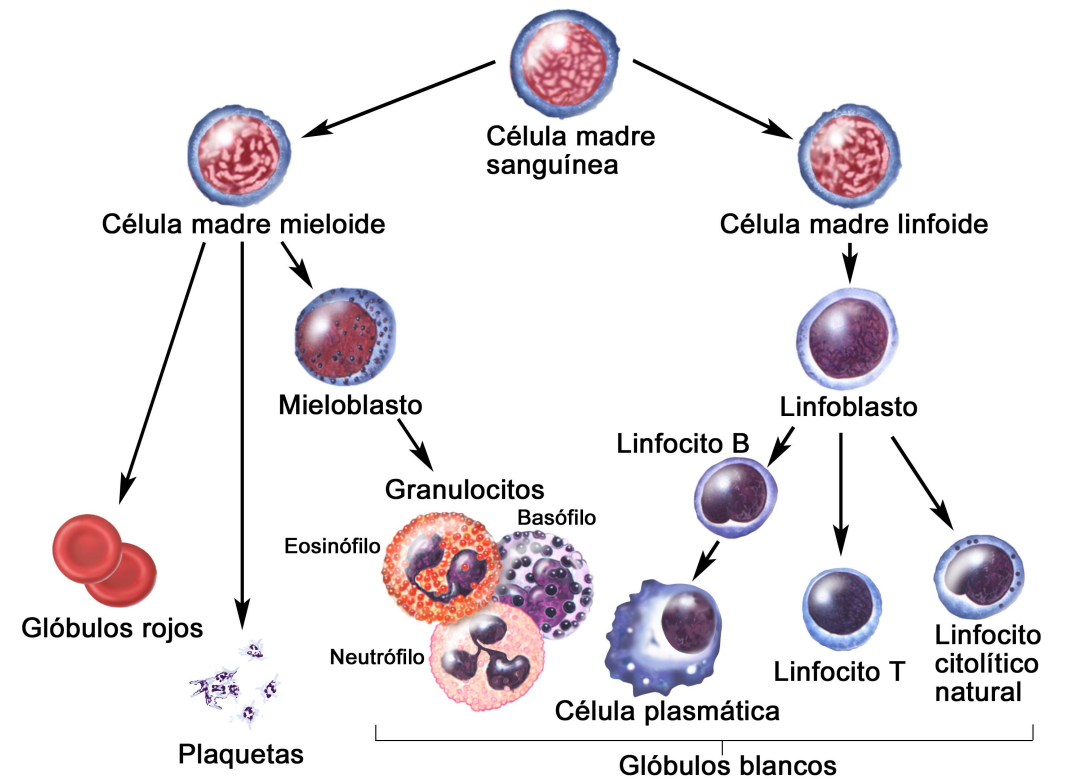
Proliferativas:

- Leucemias mieloides y linfoides // linfomas.

→ - Gammapatías monoclonales (células plasmáticas).

- Sd mieloproliferativos:

- Policitemia vera
- Trombocitemia esencial
- Mielofibrosis primaria

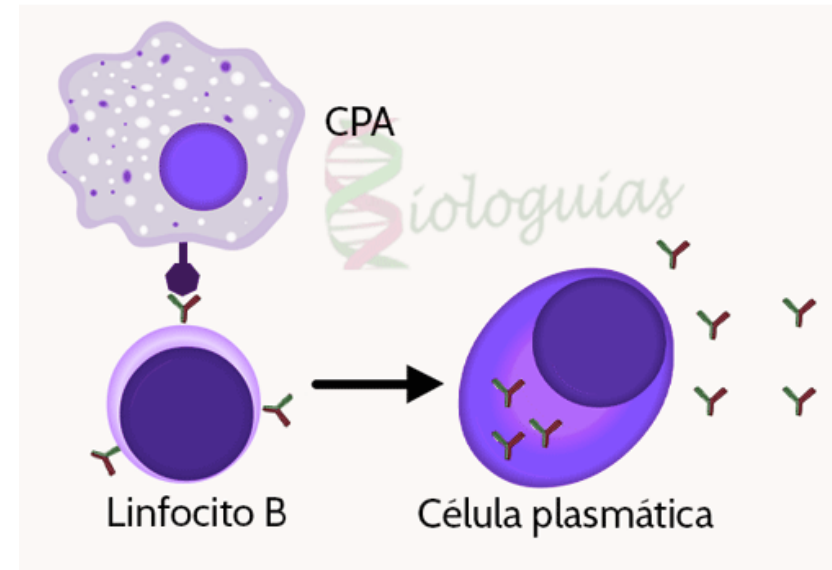


Gammapatías monoclonales



PROLIFERACIÓN CLONAL DE CÉLULAS PLASMÁTICAS
Generan un componente monoclonal

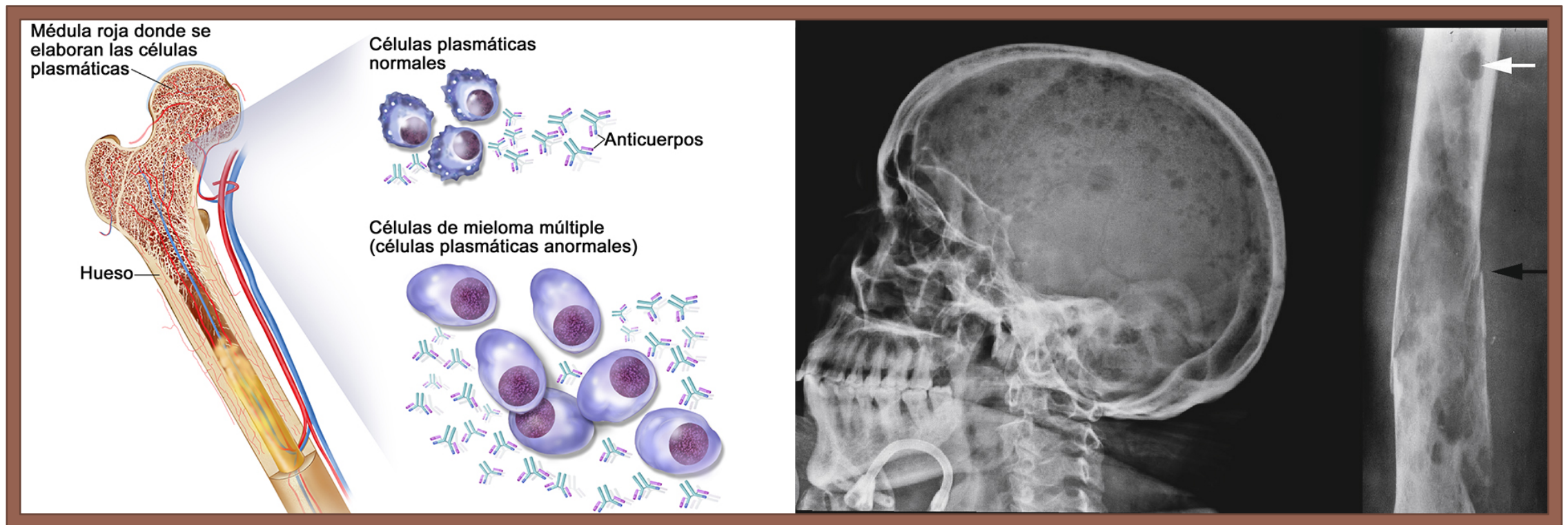
- Mieloma múltiple
- Mieloma quiescente
- Gammapatía monoclonal de significado incierto
- Macroglobulinemia de Wäldestrom



Gammapatías monoclonales

Signos y síntomas:

- **Dolor óseo (+):** axial (+) de caract mecánicas. En rx: lesiones osteolíticas, OP grave o fx patológicas.
- **HiperCa.**
- **Anemia.** Granulopenia y plaquetopenia indican enfermedad avanzada.
- **IR multifactorial** destacando proteinuria de B-J, hipercalcemia, hiperuricemia...
- **Infecciones** (1ª causa muerte). St pulmonares y urinarias de predominio bacteriano.



Gammapatías monoclonales

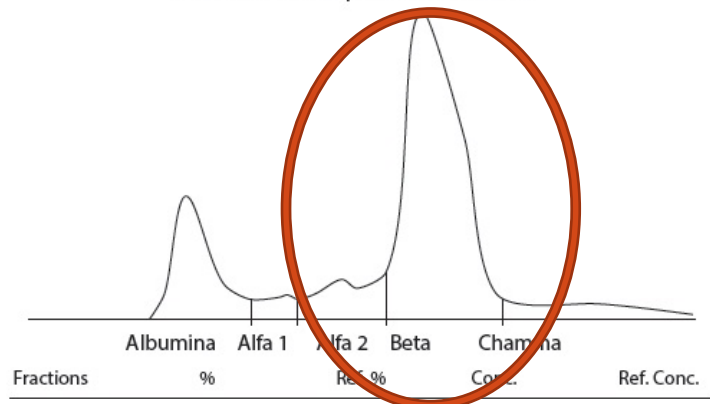
¿Cuándo sospechar?

Astenia, dolor axial, infecciones de repetición. VSG elevada, anemia normo normo, hiperCa, insuficiencia renal, proteinuria, lesiones líticas en la radiografía, fracturas osteoporóticas.

Pruebas para el dx GM

- Proteinograma en suero: separa por electroforesis las proteínas (albúmina, alfa 1, alfa 2, beta y gamma).
- Cuantificación de Ig.
- Cadenas ligeras en orina y proteinuria de B-J, en 24h o determinación puntual.
- AS: H, BQ (Ca, B2M, albúmina, LDH, función renal). *B2M se usa para estadif riesgo de MM inicial. No útil en monitorización.*
- Serie ósea (Rx): cráneo, columna C-D-L, húmeros, fémures, parrilla costal y pelvis.

Electroforesis de proteínas en suero



En el petitorio...

IgG, IgA, IgM	...
...	...
...	Proteinograma



Gammopatías monoclonales

Sospecha: Astenia, VSG elevada, anemia normo, hiperCa, IR, proteinuria, dolor axial, lesiones óseas, fx osteoporóticas, infecciones de repetición.

Mieloma múltiple	<ul style="list-style-type: none"> • 2ª neop hemat más frec tras linfoma. Es una proliferación de céls plasm que S paraprot monoclonal (IgG, IgA, IgD, IgE o cadenas k o l). • Signos y síntomas: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dolor óseo (+): axial (+) de caract mecánicas. En rx: lesiones osteolíticas, OP grave o fx patológicas. ○ HiperCa. ○ Anemia. Granulopenia y plaquetopenia indican enfermedad avanzada. ○ IR multifactorial destacando proteinuria de B-J, hipercalcemia, hiperuricemia... ○ Infecciones (1ª causa muerte). St pulmonares y urinarias de predominio bacteriano. • Precisa <u>derivación a Hemato</u>. Tto con Qt-TPHP-Qt en pts <70a sin comorb. El resto valoran Qt vs tto soporte. • Tto soporte: <ul style="list-style-type: none"> ○ Dolor óseo: evitar AINEs, mejor opioides. ○ Bifosfonatos por riesgo fx. ○ HiperCa: hidratación, diuréticos asa, CE (dexa 20-40mg/d o hidrocortisona 100mg/8-12h). ○ Anemia: valorar otras causas corregibles +/- EPO +/- transfusión. ○ Vacunación gripal, pneumococo y haemophilus influenzae. Evitar virus atenuados. ○ Por el riesgo protrombótico puede valorarse heparina profiláctica hasta control de la enfermedad. ○ Neurotoxicidad: tto multimodal, opioides +/- gabapentinoides.
MM quiescente	Estadio intermedio entre MM y GMSI con riesgo de progresión a MM del 10% los primeros 5a. <u>Derivación a Hemato</u>
Gammapatía monoclonal de significado incierto	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia: 1% >50a, 5% > 70a. • Isotipo Ig: <u>70% IgG</u> (70%), IgM (15%) con peor pronóstico. • Analíticamente precisa pico monoclonal <3g/dl y ausencia de daño orgánico asociado. • Requiere <u>derivación a Hemato</u> para confirmación diagnóstica y estratificación. • Riesgo de progresión a MM 1% anual sin saber los factores asociados. Seguimiento analítico c/3-6-12m.
Macroglob Waldenström	<ul style="list-style-type: none"> • Proliferación linfoplasmocitoide que S IgM. Edad dx 64a. • Signos y sint: sd const, infecc rep, adenop y megalias, neuropatía perif y sd por aglutinación con frío (Raynaud, acrocianosis, púrpura). • Tto Qt sólo en ptes sintomáticos. No curativa: sólo sintomática y para prevenir daño orgánico. • Supervivencia ½ 5-10a.
Pruebas para el dx GM	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Proteinograma en suero:</u> separa por electroforesis las proteínas (albúmina, alfa 1, alfa 2, beta y gamma). • <u>Cuantificación de Ig.</u> • <u>Cadenas ligeras en orina y proteinuria de B-J,</u> en 24h o determinación puntual. • <u>AS:</u> H, BQ (Ca, B2M, albúmina, LDH, función renal). <i>B2M se usa para estadif riesgo de MM inicial. No útil en monitorización.</i> • <u>Serie ósea</u> (Rx): cráneo, columna C-D-L, húmeros, fémures, parrilla costal y pelvis.

