

DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE GAMMAPATIAS DE SIGNIFICADO INDETERMINADO: GAMMAPATIAS TRANSITORIAS (GMT) Y GAMMAPATIAS QUE EVOLUCIONAN A GAMMAPATIAS MALIGNAS (GMM)

González-García ME^a, Fernández-Alvarez C^a, Robles-Marinás V^a, Arias I^b, Seco C^d, García-Oria A^a, González-Huerta AJ^a, García-Casas J^c, y Fernández-García J^a

^{(a)(b)} Servicio de Hematología-Hemoterapia .Servicio de Medicina Interna Hospital de Cabueñes. Gijón. Principado de Asturias ^(c) Departamento de Medicina Preventiva. Área de Medicina.Facultad de Medicina Universidad Oviedo. Principado de Asturias ^(d) Centro Comunitario de Sangre y Tejidos de Asturias Oviedo Principado de Asturias

Objetivos: 1) Medir de forma general la incidencia acumulada de GMSI en un Área de 300.000/habitantes 2) Describir los posibles factores asociados a la desaparición del componente monoclonal (GMT) ó a la evolución de una GMSI a GMM

Material y métodos: Estudio observacional (enero1992-febrero2004), se evaluaron variables sociodemográficas, clínicas y analíticas.

Resultados: 610 casos. Riesgo para desarrollar una GMSI fue de 0.23%, seguimiento medio de 4.8 años (6 meses- 6 años); Profesiones fueron: ama de casa 24.4%; agricultor 19.5% y metalúrgico 10.7%. El porcentaje de agricultores fue superior en el grupo de GMSI subtipo IgM (p=0.04) *Se definieron tres grupos de gammopatias monoclonales (GM) según evolución :* 1) *GMSI ESTABLES* 566 casos; Edad media 70 (32-100); sexo H/M 461/355; antecedentes familiares de neoplasias 2 casos de neoplasias y 2 casos de mieloma múltiple; Paraproteínas IgG 376, IgA 82, IgM 72, IgD 2 , BJ 21 y Biclinales 17; Cadenas ligeras k 359 / l 215; Hemoglobina media 12.2 gr/dl (10.3-16); VSG media 31 mm/1^ah; B2m mayor 3.5 mgr/l: 20% (31 casos); Albúmina menor 3.49gr/dl 55%(311 casos); MO mayor 5.9% células plasmáticas (CP): 24% (39 casos); CM :media 13.5 gr/l (4-23); Patología asociada al diagnóstico de la GMSI: Neumonía 6.8% (42) p=0.007 ;VHC 5.47% (34) p=0.02 ; 2) *GMT* 20 casos: Edad media 74 (52-90); sexo H/M9/11; Paraproteínas IgG 16, IgA 1, IgM 3; Cadenas ligeras k 14 / l 6; Hemoglobina media 11.6 (10.3-16); VSG media 50 (p=0.001); B2m mayor 3.5 mgr/l: 33.3% (2 casos) Albúmina menor 3.49gr/dl 65% (13 casos); MO mayor 5.9% ningún caso; CM :media 10 gr/l (7-18); Patología asociada al diagnóstico: Cardiopatía 30 (NS) ; Neumonía 20% (NS) ; el tiempo de desaparición del CM 2,5 meses(1,4-4,6); 3) *GM que evolucionan a GMM* 24 casos: Edad media 70 (40-80); sexo H/M 13/11; Paraproteínas IgG 11,IgA 10 (p=0.002), IgM 3; Cadenas ligeras k 16 / l 8; Hemoglobina media 11.7 (10-16); VSG media 56 (p=0.001); B2m mayor 3.5 mgr/l: 18% (2 casos) (p=0.416); Albúmina menor 3.49gr/ dl 56.6% (13 casos); MO mayor 5.9% 54% (13 casos) (p< 0.0001); CM :media 14.6 gr/l (1.6-24); Patología asociada al diagnóstico: Osteoporosis 13% (p=0.05); el tiempo de evolución a GMM 44.4 meses (7- 60)

Conclusiones: 1. La aparición de una GMT no es un hallazgo infrecuente en nuestra población, su CM es inferior siempre a 15gr/l, coincide con procesos infecciosos ó patología cardiovascular. 2. Las variables que presagian transformación maligna son: el porcentaje de células plasmáticas y presentar osteoporosis al diagnóstico 3. El seguimiento periódico es la prueba más importante ante un pico monoclonal de escasa cuantía.