

Nefropatía como primera manifestación de mieloma múltiple: reporte de caso

Nephropathy as the first manifestation of multiple myeloma: case report

Jean Carlos Marcillo Marcillo

jatimarcillo@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-1722-7104>
Investigador independiente
Jipijapa – Ecuador

María Victoria Acebo Licoa

mdvictoriaacebo@outlook.com
<https://orcid.org/0009-0003-2464-3078>
Investigador independiente
Manta – Ecuador

Evelyn Yelena Ochoa Mora

eyom1228@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-0170-635X>
Investigador independiente
Guayaquil – Ecuador

Fernando David Triviño Barcos

fernando.trivino34@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-9905-807X>
Investigador independiente
Guayaquil – Ecuador

Laura Marolly Merchán Loor

marollymerchan@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-0875-3723>
Investigador independiente
Jipijapa – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5660>

Artículo recibido: 05 de diciembre de 2025.
Aceptado para publicación: 10 de abril de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5660>

Nefropatía como primera manifestación de mieloma múltiple: reporte de caso

Nephropathy as the first manifestation of multiple myeloma: case report

Jean Carlos Marcillo Marcillo

jatimarcillo@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0007-1722-7104>
Investigador independiente
Jipijapa – Ecuador

María Victoria Acebo Licoa

mdvictoriaacebo@outlook.com
<https://orcid.org/0009-0003-2464-3078>
Investigador independiente
Manta – Ecuador

Evelyn Yelena Ochoa Mora

eyom1228@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-0170-635X>
Investigador independiente
Guayaquil – Ecuador

Fernando David Triviño Barcos

fernando.trivino34@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-9905-807X>
Investigador independiente
Guayaquil – Ecuador

Laura Marolly Merchán Loor

marollymerchan@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0001-0875-3723>
Investigador independiente
Jipijapa – Ecuador

Artículo recibido: 05 de diciembre de 2026. Aceptado para publicación: 10 de abril de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen


Se reportó el caso de un paciente de sexo femenino de 60 años a quien se le diagnosticó enfermedad renal crónica por datos de anemia severa normocítica normocrómica, elevación de productos nitrogenados de desecho, infección complicada del tracto urinario, cambios estructurales anatómicos reportados por ecografía renal y radiografía, además de síntomas asociados de lumbalgia y astenia. Se realizó referencia a tercer nivel de atención con sospecha de nefropatía secundaria donde se diagnosticó mieloma múltiple, una neoplasia hematológica maligna asociada a sobreproducción de cadena ligera libre monoclonal. Este caso pertenece al bajo porcentaje de nefropatía como primera manifestación de mieloma múltiple que fue identificado en el primer nivel de atención.

Palabras clave: enfermedad renal crónica, mieloma múltiple, cadena ligera libre monoclonal, neoplasia hematológica

Abstract

A case of a 60-year-old woman is presented, diagnosed with chronic kidney disease based on findings of severe normocytic normochromic anemia, elevated nitrogenous waste products, a complicated urinary tract infection, and structural abnormalities identified on renal ultrasonography and radiographic imaging, along with symptoms of low back pain and asthenia. The patient was referred to a tertiary care center with suspected secondary nephropathy, where she was subsequently diagnosed with multiple myeloma, an aggressive hematologic malignancy characterized by the overproduction of monoclonal free light chains. This case represents a rare presentation in which nephropathy was the initial manifestation of multiple myeloma and was identified at the primary level of care.

Keywords: chronic kidney disease, multiple myeloma, monoclonal free light chains, hematologic neoplasm

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Marcillo Marcillo, J. C., Acebo Licoa, M. V., Ochoa Mora, E. Y., Triviño Barcos, F. D., & Merchán Loor, L. M. (2026). Nefropatía como primera manifestación de mieloma múltiple: reporte de caso. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (2), 681 – 688. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i2.5660>

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) consiste en una pérdida progresiva de la función renal con una Tasa de Filtrado Glomerular (TFG) menor a 60 ml/min/1.73m² que persiste por más de 3 meses, entre las causas secundarias más frecuentes están la diabetes mellitus tipo 2 (30-50%), hipertensión arterial (27.2%), y menos frecuentes las discrasias de células plasmáticas o neoplasias (2.1%) (Vaidya & Aeddula, 2025).

La ERC es una afección progresiva que afecta a más de 800 millones de personas, una cifra equivalente al 10% de la población general mundial, su prevalencia es mayor en mujeres entre 70 a 80 años y provoca al menos 2.4 millones de muertes al año (Kovesdy, 2022).

Con respecto a la ERC asociada a neoplasias hematológicas, la Cadena Ligera Libre (FLC) monoclonal del Mieloma Múltiple (MM) es la causa más común, está relacionada a sobreproducción y saturación del sistema tubular renal con cristalización intracelular proximal (Hu et al., 2022).

El MM es la segunda neoplasia maligna hematológica más común que se presenta con mayor prevalencia en mujeres de 65 años (Kundu et al., 2022). Debe sospecharse su diagnóstico ante evidencia de daño en órganos terminales que se atribuyen a trastornos proliferativos de células plasmáticas y en ausencia de causas secundarias más frecuentes, los criterios CRAB utilizados ante su sospecha son: insuficiencia renal con TFG <40ml/min/1.73m², creatinina sérica >2 mg/dl, anemia moderada a severa, lesiones osteolíticas en radiografía esquelética, además de síntomas asociados de dolor crónico y astenia (Rajkumar, 2022).

Con base a lo mencionado, la ERC representa un problema de salud pública con alta prevalencia de etiología metabólica o vascular; sin embargo, un bajo porcentaje corresponde a neoplasias hematológicas, cuya presentación suele ser atípica. Por lo que, el presente estudio tiene como objetivo describir un caso clínico de nefropatía como primera manifestación de MM, destacando su presentación clínica, abordaje diagnóstico y relevancia en la identificación temprana.

METODOLOGÍA

El presente reporte de caso se realizó con la recolección de los datos de la historia clínica de la paciente, lo que incluye antecedentes personales, evaluación inicial y los estudios complementarios que buscaron descartar otras complicaciones.

Los estudios sanguíneos permitieron confirmar el diagnóstico inicial de ERC, la radiografía de tórax identificó alteración del metabolismo óseo. De esta forma, Los hallazgos fueron analizados y correlacionados con los datos clínicos obtenidos.

Además, se realizó la búsqueda de la evidencia científica más reciente de ERC como primera manifestación en casos de MM.

El estudio se realizó respetando los principios éticos, confidencialidad y el anonimato, obteniendo el consentimiento informado de la paciente para la presentación de su caso.

Presentación del caso

Femenino de 60 años con antecedente patológico de anemia, acudió a consulta por cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en flanco derecho e irradiado a región lumbar, intensidad moderada, tipo urente, además de síntomas asociados como náuseas, astenia, mialgia y disuria. Refirió historia de transfusión sanguínea por anemia severa en el servicio de emergencia de un hospital básico de la ciudad, una semana previa a la consulta. Presentó los siguientes signos vitales y medidas antropométricas: tensión arterial 151/72 mmHg, frecuencia

cardíaca 88 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto, temperatura 36.5 °C, saturación de oxígeno al ambiente 98%, peso 54.5 kg, talla 144.8 cm, IMC 25.

Al examen físico se identificó facie álgica, xerosis tegumentaria, mucosa de cavidad oral semihúmeda, dolor intenso a la palpación superficial a nivel de cresta iliaca derecha, puño percusión derecha positiva.

Acude con biometría hemática con datos de anemia severa normocítica normocrómica, bioquímica sanguínea con leve elevación de productos nitrogenados y uroanálisis patológico (Tabla 1), motivo por el que se solicitaron nuevos estudios paraclínicos.

RESULTADOS

Los nuevos estudios (Tabla 1) demostraron datos de anemia moderada normocítica normocrómica, urocultivo con aislamiento de *Escherichia coli* contaje 100.000 UFC/ml sensible a betalactámicos y aminoglucósidos, elevación de productos nitrogenados tres veces al valor superior de referencia. La ecografía renal reporta hallazgos imagenológicos compatibles con esclerosis renal difusa, dilataciones de cálices en riñón derecho, ectasia de pelvis renal derecha, microlitiasis renal bilateral y vesical.

Tabla 1

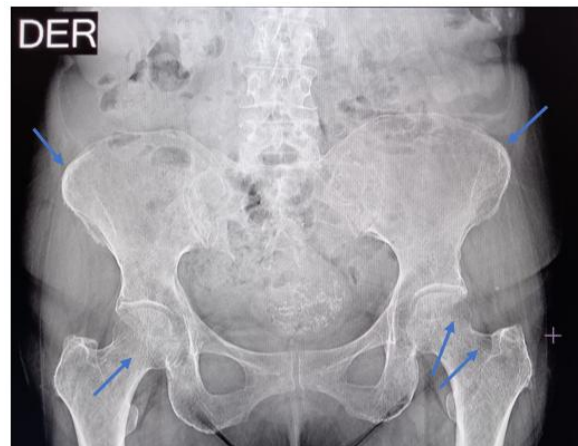
Cronología de los estudios paraclínicos

Estudio	Previo	Solicitado
Biometría Hemática Completa	G. blancos 4.8 mm ³ , G. rojos 2.61 mm ³ , hemoglobina 6.4 g/dl, hematocrito 20%, Vol. corpuscular medio 95.3 fL, Hgb. corpuscular media 29.7 pg, plaquetas 265.000 mm ³ .	G. blancos 5.62 mm ³ , G. rojos 2.84 mm ³ , hemoglobina 8.1 g/dl, hematocrito 26%, Vol. corpuscular medio 84.6 fL, Hgb. corpuscular media 30.1 pg, plaquetas 281.000 mm ³ .
Bioquímica sanguínea	Colesterol total 118 mg/dl, triglicéridos 71 mg/dl, ácido úrico 4.3 mg/dl, urea 50 mg/dl, creatinina 1.4 mg/dl, TGO 18 U/L, TGP 14.37 U/L, Gamma GT 24 U/L.	Ácido úrico 9.3 mg/dl, urea 149 mg/dl, creatinina 3.1 mg/dl.
Uroanálisis	Físico: Amarillo oscuro, turbio, pH 5, densidad 1.010, E. leucocitaria 75 leu/ul, nitritos negativos, glucosa negativa, bilirrubinas negativo, proteínas negativas, urobilinógeno negativo, C. cetónicos negativos, sangre negativa. Examen microscópico: Leucocitos 12-15 por campo, hematíes 0-2 por campo, piocitos 3-5 por campo, células epiteliales ++, bacterias +, cristales no se observan, cilindros negativos.	No aplica
Urocultivo	No aplica	Gram: Bacilos gramnegativos. Cultivo: <i>Escherichia coli</i> contaje 100.000 UFC. Antibiograma: Amikacina (sensible), Ampicilina + Sulbactam (sensible), Cefalexina (sensible), Cefepime (sensible), Ceftazidime (sensible).

Fuente: elaboración propia.

Figura 1

Radiografía simple de abdomen y pelvis



Fuente: elaboración propia.

La radiografía simple de abdomen y pelvis en bipedestación (Figura 1) evidenció aumento difuso de la densidad ósea a nivel de las crestas iliacas, además de zonas radiolúcidas redondas irregulares que alternan con imágenes radiopacas lineales trabeculares entre cabeza y cuello de ambos fémures.

Se diagnosticó ERC estadio 4 con una tasa de filtrado glomerular (TFG) 16.6 ml/min/1.73 m² según la fórmula CKD-EPI Creatinine 2021, además de infección del tracto urinario (ITU), se indicó antibioticoterapia y referencia al tercer nivel de atención para el servicio de Nefrología con sospecha de nefropatía secundaria.

En un hospital de especialidades de la provincia de Manabí, se diagnosticó ERC por consecuencia de MM, dándole seguimiento al caso por el servicio de hematología y continuando con el control por el primer nivel de atención.

DISCUSIÓN

Las causas más frecuentes de ERC son secundarias a patologías cardiometabólicas y, sólo el 2.1% se asocia a neoplasias hematológicas, de las cuales el MM es la más común (Martínez Ginarte et al., 2020). En etapas iniciales la ERC es asintomática, su diagnóstico suele realizarse de forma casual en análisis de rutina que demuestren marcadores de daño renal que persiste por más de 3 meses (Tabla 2) (Giraldo et al., 2023).

Tabla 2

Marcadores de daño renal

TFG <60 mil/min/1.73m ² sin otros signos de enfermedad renal
Albuminuria >30 mg/día
Alteraciones en el sedimento urinario
Alteraciones electrolíticas u otras derivadas de alteración tubular
Alteraciones estructurales histológicas
Alteraciones estructurales en pruebas de imagen

Fuente: elaboración propia.

Las razones por las que se produce deterioro de la función renal se deben a reacciones inmunológicas, hipoxia tisular e isquemia. Una vez establecida la ERC, se clasifica en estadios (Tabla 3), se pueden presentar manifestaciones clínicas de anemia, xerosis cutis y osteodistrofia renal en el estadio 3b, mientras que la progresión al estadio 4 conlleva a alteraciones electrolíticas, hipertensión arterial y lumbalgia persistente (IntechOpen, 2024).

Tabla 3

Clasificación de la ERC según KDIGO 2012

Estadio	Descripción	TFG (ml/min/1.72m ²)
1	TFG normal o alta	>90
2	Ligeramente disminuido	60-89
3a	Ligera o moderadamente disminuido	45-59
3b	Moderada o gravemente disminuido	30-44
4	Gravemente disminuido	15-29
5	Fallo renal	<15

Fuente: elaboración propia.

Se presentó el caso de una paciente femenina de 60 años que cursó con cuadro clínico crónico con astenia, mialgia, lumbalgia y anemia severa que requirió transfusión sanguínea con concentrado de glóbulos rojos, además, presentó datos de hipertensión arterial y parámetros de deterioro de la función renal con elevación de productos nitrogenados, cambios estructurales anatómicos en la ecografía renal y hallazgos radiográficos sugestivos de alteración en el metabolismo mineral óseo.

Se recalca el diagnóstico de la ITU que se clasificó como pielonefritis bajo el contexto de factores de riesgo que pueden conllevar a una peor evolución en pacientes de sexo femenino y edad avanzada, como la ERC, microlitiasis renal, dilatación de cálices en riñón derecho reportadas por ecografía, urocultivo con aislamiento bacteriano y datos clínicos de dolor con la técnica de puño percusión a nivel de fosa renal derecha (García-Agudo et al., 2020). Si bien la ausencia de fiebre y otros síntomas vegetativos son inespecíficos, el uso de estudios complementarios fue fundamental para el diagnóstico y tratamiento antibiótico oportuno.

Además, es importante mencionar que cerca del 50% de pacientes con MM debuta con ERC (Lituma-Jumbo et al., 2024). Su sospecha clínica debe plantearse ante lesión de órgano diana sin causa aparente, dolor crónico y astenia (Rajkumar, 2022).

El reconocimiento temprano del MM es importante para el pronóstico del paciente, especialmente cuando se manifiesta con datos clínicos de deterioro renal. Por lo que, es fundamental la identificación oportuna de los signos de alarma para orientar el diagnóstico y derivar oportunamente al siguiente nivel de atención.

La principal limitación de este caso radica en la ausencia de estudios diagnósticos definitivos del MM, como la cuantificación de FLC, electroforesis de proteínas o biopsia renal. Esta carencia es frecuente en los centros de primer nivel de atención. No obstante, las limitaciones no invalidan la relevancia clínica del caso, y permiten fortalecer las capacidades diagnósticas en sus etapas iniciales.

CONCLUSIÓN

La ERC de etiología no clara, debe motivar a la búsqueda activa de causas menos frecuentes en la práctica clínica, incluyendo al MM, una neoplasia hematológica maligna poco frecuente y de mal pronóstico para el paciente. Este reporte de caso pone en evidencia que su identificación puede iniciarse desde el primer nivel de atención, bajo un contexto con limitaciones diagnósticas importantes.

El médico del primer nivel debe realizar un abordaje clínico fundamentado en criterios de sospecha, ya que resulta relevante para el diagnóstico temprano de la enfermedad y la derivación oportuna al siguiente nivel de atención.

REFERENCIAS

García-Agudo, R., Panizo, N., Proy Vega, B., García Martos, P., & Fernández Rodríguez, A. (2020). Infección del tracto urinario en la enfermedad renal crónica. *Revista Colombiana de Nefrología*, 7(1), 70–83. <https://doi.org/10.22265/acnef.7.1.264>

Giraldo, Y. G., Fernández, E. M., Muñoz, R. G., López, C. M., & Bouarich, H. (2023). Enfermedad renal crónica (I): Etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y pronóstico. *Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(80), 4730–4737. <https://doi.org/10.1016/j.med.2023.05.012>

Hu, M., Wang, Q., Liu, B., Ma, Q., Zhang, T., Huang, T., Lv, Z., & Wang, R. (2022). Chronic kidney disease and cancer: Inter-relationships and mechanisms. *Frontiers in Cell and Developmental Biology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fcell.2022.868715>

IntechOpen. (2024). Chronic kidney disease: Etiology, pathophysiology, and management strategies to increase quality of life. <https://www.intechopen.com/chapters/1175051>

Kovesdy, C. P. (2022). Epidemiology of chronic kidney disease: An update 2022. *Kidney International Supplements*, 12(1), 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>

Kundu, S., Jha, S. B., Rivera, A. P., Flores Monar, G. V., Islam, H., Puttagunta, S. M., Islam, R., & Sange, I. (2022). Multiple myeloma and renal failure: Mechanisms, diagnosis, and management. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.22585>

Lituma-Jumbo, R. D., Criollo-Ulloa, E. P., & López-Galarza, T. E. (2024). Enfermedad renal crónica como primera manifestación de mieloma múltiple: A propósito de un caso. *MQRInvestigar*, 8(1), 590–606. <https://doi.org/10.56048/mqr20225.8.1.2024.590-606>

Rajkumar, S. V. (2022). Multiple myeloma: 2022 update on diagnosis, risk-stratification and management. *American Journal of Hematology*. <https://doi.org/10.1002/ajh.26590>

Vaidya, S. R., & Aeddula, N. R. (2025). Chronic kidney disease. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 