

Imágenes en Cirugía Torácica y Cardiovascular

## Lesión medular esternal avanzada en un paciente con mieloma múltiple

### Advanced sternal marrow lesions in a patient with multiple myeloma

Carlos A. Pardo-Pardo\*, Encarnación Gutiérrez-Carretero y Antonio González-Calle

Servicio de Cirugía Cardiovascular, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

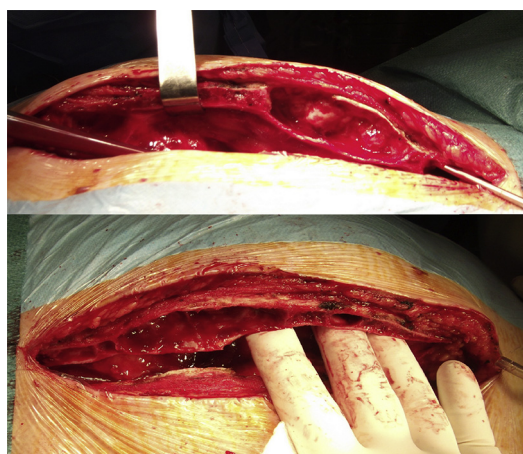


Figura 1. Médula esternal.

Presentamos el caso de una mujer de 60 años de edad, diagnosticada hace 20 años de mieloma múltiple IgG kappa, ISS II, y con un Durie-Salmon estadio III; fue tratada durante estos años con radioterapia y 6 ciclos de quimioterapia con vincristina, adriamicina y dexametasona (VAD), y hace 2 años recibió un trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos. Durante estos años la paciente no ha recibido tratamiento con bifosfonatos, y no ha sufrido ningún tipo de fractura patológica. La paciente era portadora de un reservorio venoso para quimioterapia, que se infectó un año después del implante, los cultivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina y recibió tratamiento antibiótico durante 35 días. Una semana después la paciente consulta por palpitations, objetivándose una fibrilación auricular, durante su evaluación se realizó un ecocardiograma, que documentó un absceso en el anillo mitral posterior de gran tamaño con fistulización a ambas cámaras cardiacas izquierdas; además, de una insuficiencia mitral severa; durante este periodo la paciente se encontraba en fase ISS I del

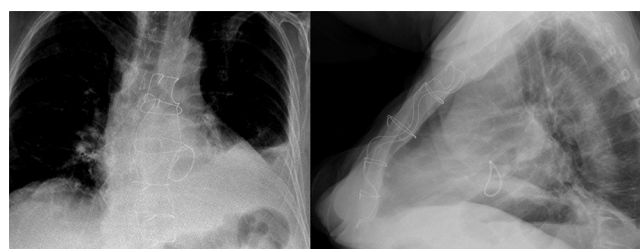


Figura 2. Radiografía de tórax donde se puede apreciar la sutura tipo Robicsek.

mieloma múltiple. Ante los datos previamente referidos se establece el diagnóstico de endocarditis infecciosa y la paciente es sometida a cirugía cardíaca para reparación de la válvula mitral y cierre de la fístula. Durante el procedimiento se observa una gran pérdida medular a lo largo de todo el esternón, dejando únicamente las corticales anterior y posterior (fig. 1), por las características del hueso optamos por el cierre con una sutura tipo Robicsek y 4 puntos simples de alambre (fig. 2), y realizamos una esternoplastia con los músculos pectorales y la dermis, para cubrir el defecto óseo. La paciente evolucionó satisfactoriamente, sin presentar ningún tipo de complicación sobre la tabla esternal durante un seguimiento durante 4 años.

#### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [drcarlospardo@gmail.com](mailto:drcarlospardo@gmail.com) (C.A. Pardo-Pardo).