

SECCION DE OBSERVACIONES CLINICAS

Plasmocitoma Oseo Solitario, variante de Mieloma Múltiple. Presentación de caso y revisión de la literatura.

* Dr. Pedro Sing Ureña

* Dra. María Bell Viguri

* Dra. Ysabel María Ramírez Ortega

* Dra. Maritza Santana del Orbe

* Dr. Cesar Augusto Matos Moronta

Resumen

Se reporta un caso de Plasmocitoma Oseo Solitario, el cual terminó desarrollando Mieloma IgG Kappa, en un paciente masculino de 64 años de edad, raza negra, residente en San Pedro de Macoris.

Plasmocitoma oseo solitario

Mieloma Múltiple

Hospital Dr. Salvador B. Gautier

Abstract

We report the case of an Isolated Bone Plasmocytoma which finally turned into a Myeloma IgG Kappa, in a 64 years old , masculine patient, race black, resident of San Pedro de Macoris.

Isolated Bone Plasmocytoma

Multiple Myeloma

Dr. Salvador B. Gautier Hospital

INTRODUCCION

Plasmocitoma Oseo solitario suele ser una lesión única sin plasmocitosis medular, aunque puede recidivar o bien evolucionar hacia Mieloma Múltiple.

En un 30% podrían estar acompañados

de componente M.

Una segunda variante de Mieloma Múltiple lo constituye el Plasmocitoma extramedular que suele afectar tejido linfoideo submucoso de la faringe de los senos paranasales sin producir plasmocitosis medular, además no suelen recidivar ni evolucionar hacia Mieloma.

* De los servicios de Hematología y Medicina Interna, Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, Republica Dominicana

El presente caso tiene como propósito hacer una revisión de la literatura para así conocer el comportamiento y características de esta enfermedad.

RESUMEN DE CASO CLINICO

Historia de la enfermedad actual

Se trata de masc. de 64 años de edad, soltero, raza negra, nacionalidad haitiana,



FIGURA No. 1.- ASPECTO CLINICO DE LA MASA ESTERNAL, MOTIVO DE CONSULTA DE NUESTRO PACIENTE.

ocupación sereno y residente en San Pedro de Macorís.

Motivos de Consulta:

- Masa en tórax (región esternal)
- Dolor óseo
- Pérdida de peso

Estuvo bien hasta hace 2 años cuando luego de accidente con motocicleta, se percató de una pequeña prominencia (masa) en la parte superior torácica a nivel esternal, la cual fue aumentando de tamaño paulatinamente hasta hace 5 meses cuando su crecimiento se incrementó rápidamente, manifestando dolor intermitente en dicha

área, tanto a la palpación como espontáneo. Concomitantemente presentó dolor en

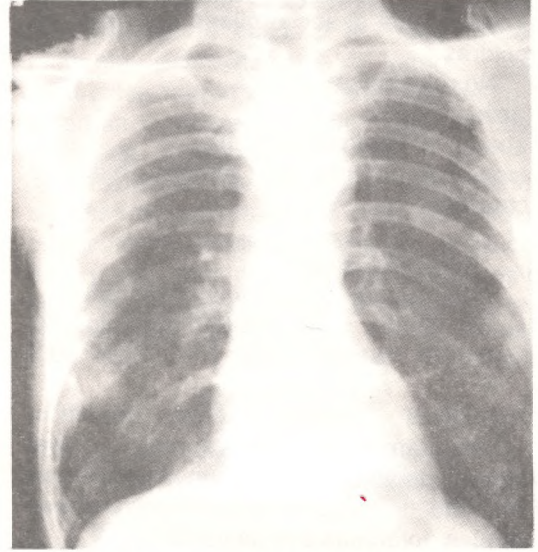


FIGURA No. 2.- RADIOGRAFIA DE TORAX MOSTRANDO LESIONES LITICAS EN CLAVICULA DERECHA Y COSTILLAS.

ambas parrillas costales exacerbado con la digitopresión, los movimientos respiratorios y ocasionalmente tos, descrito como opresivo e irradiado a la parte superior del torax mejorando con analgésicos de uso común.

Refirió pérdida de peso de aprox 20

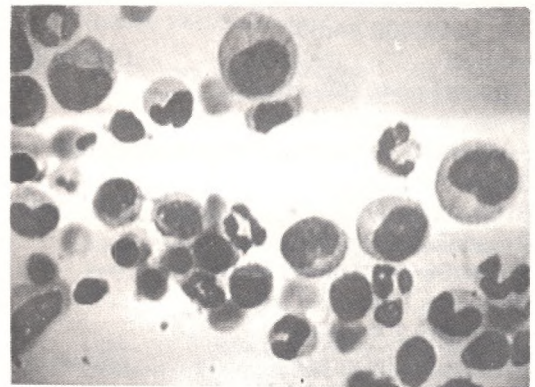


FIGURA No. 3.- MICROFOTOGRAFIA DE MEDULA OSEA MOSTRANDO PREDOMINIO DE CELULAS PLASMATICAS. (H E x 100)

libras, en los últimos 5 meses, razones por la cual fue admitido y referido al Hospital Dr. Salvador B. Gautier, Departamento de Medicina Interna y Hematología.

APP: Hemorragia a la edad de 23 años, manejada con remedios caseros.

AT: Accidente al ser arrollado por moto, no fracturas.

AF: No relevantes.

Hábitos tóxicos:

Tabaco: 10 cigarrillos por día

Alcohol: 2 botellas por semana, hasta la actualidad.

Examen Físico:

Consciente, orientado y cooperador

Signos Vitales: TA 100/60 mm Hg, FC 80/min, FR 18/min, Temp 37°C, Peso 59.5 K.

Conjuntivas pálidas, tórax simétrico, normodinámico; se observa masa a nivel esternal de aprox 7 x 5 cm, consistencia firme, no dolorosa a la palpación. Areas costales dolorosas a la palpación.

Corazón, pulmones y abdomen sin hallazgos relevantes.

Extremidades, dolor a la palpación de hombro derecho que se exagera con los movimientos.

Laboratorio:

Hb 7.5 G/dL

Reticulocitos: 0.6% ERS: 27mm 1ra H

Ht 25%

Leucocitos 4,100/mm³

Proteína C reactiva Neg

GR 3,050,000 /mm³

VCM 82 HCM 24 CHCM 30

Plaquetas 440,000 /mm³

Proteína de Bence Jones Pos

Fenómeno de rouleaux y macroplaquetas

Calcio: 10.0 mG/dL

BUN: 33 mG/dL Fósforo: 3.9 mG/dL

Creatinina: 3.3 mG/dL

Fosfatasa Alcalina 66 U.I./dL

Proteínas Totales: 6.6 mG/dL

Albumina: 2.7 mG/dL

Inmunolectroforesis de proteínas:

Gammapatía IgG del tipo Kappa

EKG: Bradicardia sinusal, BCRDHH

Sonografía Abdominal no organomegalias.

Radiografía de cráneo. Se visualizan lesiones líticas dispersas.

Radiografía de Torax. Se observan lesiones líticas en clavícula derecha y en diversas costillas. Se observa proyección de masa

cuya procedencia es ósea -esternal.

Aspirado de Médula Osea. Como elemento de cuantificación y morfología se observó un 75% de células plasmáticas con vacuolización intracitoplasmática, uni y binucleadas, con algunas células en grosella. Impronta de la masa esternal. Abundantes células plasmáticas vacuoladas algunas binucleadas.

REVISION DE LA LITERATURA

Fueron revisados a través del Medline desde 1990 a 1996 todos los casos en donde se encontraban involucrados los plasmocitomas oseos solitarios o los plasmocitomas extramedulares sin plasmocitosis, encontrando como hallazgo común lo poco frecuente de su presencia así como su respuesta favorable a la radioterapia.

He aquí un resumen de los casos reportados encontrados:

1.- Plasmocitoma primario de testículo es extremadamente raro, existiendo sólo 10 casos publicados.¹

2.- Cuatro casos de plasmocitomas extramedulares diagnosticados a través de punción aspirado con aguja fina por citología en diferentes áreas anatómicas resultó un método no invasivo eficaz. Las diferentes áreas fueron nódulos linfáticos, tejidos blando y masas óseas blandas. Las edades oscilaron entre 42 a 80 años (promedio 62 años). Los 4 casos exhibieron células plasmáticas bien diferenciadas en el aspirado, La electroforesis mostró un pico M en todos los casos y proteínas de Bence Jones en orina.²

3.-Reporte de plasmocitoma óseo solitario el cual convirtió en Mieloma Múltiple con múltiples lesiones de formación de tumores extramedulares y efusión pleural mielomatosa y ascitis, fue publicado como caso raro, fue descrito Mieloma Múltiple IgG-Kappa, el cual cursaba con plasmocitoma solitario esternal, el cual 5 años después desarrollo diseminación de formación de tumores con células mielomatosas en tejidos blandos. Una autopsia reveló lesiones extramedulares múltiples particularmente en cavidad abdominal y efusión pleural

mielomatosa y ascitis fueron observadas sin infiltración difusa de células mieloma en la médula ósea. El cambio de plasmocitoma óseo solitario a formación de tumores extramedulares visto en este caso es inusual pero es sugestivo de manifestaciones agresivas de tendencia a Mieloma Múltiple.³

4.-Estudio de plasmocitoma solitario de hueso y tejido blando, a los fines de evaluar los resultados de radioterapia usado como intento curativo.

Entre agosto de 1963 y enero de 1993, 37 casos de pacientes con un plasmocitoma solitario fueron tratados con intento curativo en la Universidad de Florida. Las conclusiones fueron que la radioterapia es un medio efectivo para el tratamiento local de plasmocitoma solitario. Tumores óseos tuvieron pobre pronóstico comparado con tumores extramedulares.⁴

5.- Plasmocitoma nasal extramedular es una entidad clínica inusual, de la cual solo existen dos (2) casos reportados en la literatura mundial afectando los senos paranasales con extensión intracraneal. Radioterapia es el tratamiento de elección con monitoreo de recidivancia. Alrededor del 50% tienen promedio de sobrevida de 10 años.⁵

6.-Diplopia aguda y masa pulmonar solitaria, fue la única presentación de mieloma de cadena ligera. Una femenina de 51 años, presentó diplopia y cefalalgia de 2 semanas de evolución; evaluación radiológica reveló una masa a nivel esfenoidal, lesiones múltiples en calvarium y masa solitaria en pulmón. Biopsia de la masa pulmonar reveló una infiltración plasmática atípica. El laboratorio confirmó el diagnóstico de presentación, mieloma de cadena ligera con un plasmocitoma pulmonar y involucramiento nervio craneal.⁶

7.-Se presenta el caso de masculino de 45 años de edad a quien se le practicó resección de segmento por diagnóstico clínico de carcinoma primario de colon.

La evaluación histológica reveló plasmocitoma maligno de colon. Adicionalmente se encontró patrón a nivel de ileón terminal compatible con enfermedad de Crohn. Este caso nos recuerda que el plasmocitoma maligno de colon puede

presentarse parecido al carcinoma de colon.⁷

8.-20 pacientes con plasmocitoma óseo fueron tratados con radioterapia; control local fue visto en 19 casos y 8 desarrollaron mieloma sistémico. Los lugares más frecuentes fueron íleon, vértebras, sacro y esternón. Estadio 1 de Mieloma tuvo sobrevida media de 10.7 años.⁸

En el caso que nos ocupa, presentamos un caso de plasmocitoma óseo solitario el cual convirtió en Mieloma Múltiple alrededor de 2 ó más años después, siendo su motivo de consulta la presencia de masa esternal así como dolores óseos.

REFERENCIAS

- 1.- Fisher C, Terpe H J, Weidner W, Schulz A . Plasmocitoma primario de testículo. Reporte de caso y revisión de literatura. *Urol Int*. 1996; 56 (4): 263-5
- 2.- Pai R R, Raghuvver C V. Diagnóstico de Plasmocitoma extramedular por citología a través de aspiración con aguja fina. Reporte de 4 casos. *Acta - Citología* 1996; 40 (5): 963 - 6
- 3.- Bolek T W, Marcos R B , Mendenhall N P. Plasmocitoma solitario de hueso y tejidos blandos. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1996;36(2): 329-33
- 4.- Matsumoto A, Nagata K, Hamaguchi H, Taki K. Plasmocitoma Óseo Solitario terminó desarrollando Mieloma con múltiples lesiones extramedular, efusión pleural y ascitis. *Int J Hematol* 1993;59 (1): 59-65
- 5.- Soo G, Chan Lam D, Abdullah V, Van Hasselt C A. Plasmocitoma nasal extramedular una inusual entidad clínica. *Ear Nose Throat J*. 1996; 75 (3) 713
- 6.- Foresman B H, Firess G, Brown A, Mcintosh-W. Diplopia aguda y masa solitaria de pulmón, única presentación de Mieloma de cadena ligera. *J Am Osteopath Assoc* 1996; 96 (6): 371 - 72
- 7.- Ligato S, El Naggar A, Cleary K R, Manning J. Plasmocitoma extramedular parecido a carcinoma primario de colon en paciente con enfermedad de Crohn. Reporte de un caso y revisión de literatura. *Arch Pathol Lab Med* 1992; 18: 323-25
- 8.- Chak L, Cox R, Bostwick G, David Y, Hoppe R. Plasmocitoma solitario óseo: Tratamiento, progresión y sobrevida. *Journal of Clinical Oncology* 1987; 5: 1811-15.