

PLASMOCITOMA SOLITARIO EXTRAMEDULAR

Drs. Rodríguez Álvarez, Tedín García, Trasar Caneda, Bello González,
García Juncal, Soto Sánchez, García Calleja, Cabanas López

Complejo Hospitalario Cristal-Piñor (Ourense)

INTRODUCCION

Los Plasmocitomas Extramedulares Solitarios son tumores que consisten en la proliferación neoplásica de células plasmáticas en localizaciones no óseas. Más frecuentemente se presentan en las vías respiratorias superiores y cavidad oral. Representa el 4% de lesiones no epiteliales del tracto respiratorio superior.

La evolución clínica es variable y el aspecto histológico no es un criterio útil para determinar la agresividad. Puede mantenerse localizado o evolucionar a Mieloma Múltiple sistémico.

Por lo tanto no hay un tratamiento de elección. La mayoría prefieren la excisión tumoral amplia, y se puede dar Radioterapia añadida, o reservar ésta, para una posible recidiva.

Presentamos el caso de un paciente que acude a nuestra consulta por tumoración laterocervical de mucho tiempo de evolución, cuya Paaf no fue diagnóstica y el diagnóstico definitivo sólo se pudo realizar tras exéresis quirúrgica de ésta, y cuya localización inicial es, dentro de la baja frecuencia de los Plasmocitomas Extramedulares, francamente rara a su vez

CASO CUNICO

Se trata de un varón de 46 años de edad que acude a nuestra consulta por presentar

RESUMEN:

El Plasmocitoma Extramedular Solitario es un tumor de células plasmáticas en el que no es posible demostrar una localización ósea primaria, así como tampoco una diseminación en el momento del Diagnóstico. Presentamos el caso de un paciente que acude por tumoración latero-cervical de un año de evolución, cuyo diagnóstico de certeza sólo se pudo realizar por análisis Inmuno-histoquímico de la pieza quirúrgica.

Palabras clave: Plasmocitoma. Extramedular. Mieloma múltiple

desde hace un año una tumoración laterocervical alta de crecimiento irregular, junto con procesos amigdalares frecuentes, sin otra sintomatología de interés.

A la Exploración se observa tumoración laterocervical izda. de 4 por 3 cms. de diámetro, dura, móvil, elástica, no dolorosa ni adherida a planos profundos. No otros hallazgos destacables en area ORL.

Se realiza Paaf que es informada como "proliferación inespecífica de células plasmáticas. Figura 1

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TAC CERVICAL

Masa parafaríngea de 5 por 4 cms. de diámetro que comienza en ángulo submandi-

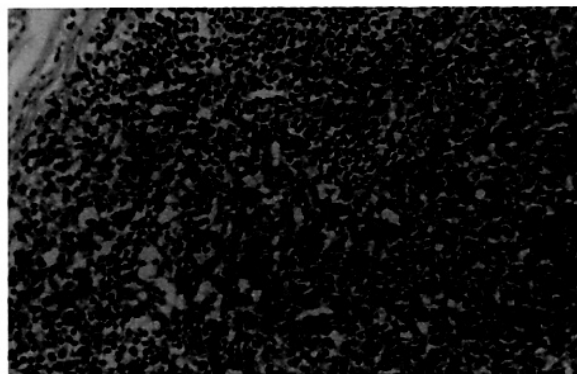


Fig. 1. Paaf en la que se observa proliferación inespecífica de células plasmáticas.

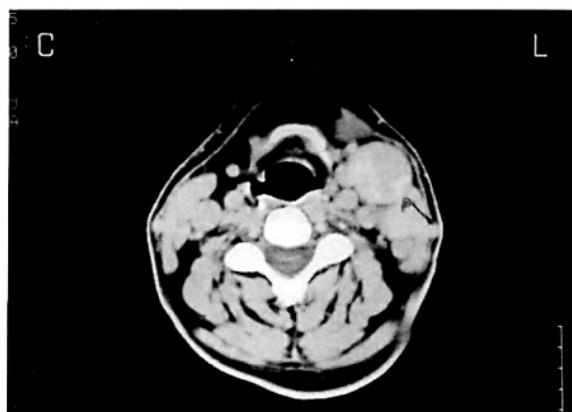
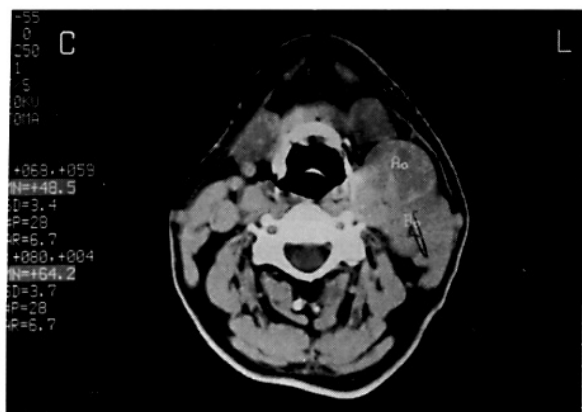


Fig. 2 y 3. TAC cervical en el que apreciamos masa para parafaríngea de densidad heterogénea con centro necrótico y captación periférica en anillo

bular izquierdo de densidad heterogénea con centro hipodenso necrótico y captación periférica en anillo. No se observa plano graso de separación con arteria carótida y vena yugular interna, desplazando glándula submaxilar izda., que parece respetarla. (Figuras 2 y 3)

TRATAMIENTO

Se realiza Cervicotomía con disección del tumor que se encuentra adherido a planos profundos sin infiltrar músculo esternocleidomastoideo ni grandes vasos. La tumoración tenía un tamaño de 7 por 4 cms. superficie lisa, forma irregular, consistencia dura y fácilmente sangrante al contacto.

INFORME ANATOMO-PATOLÓGICO

Adenopatía latero-cervical de 7 por 4 cms., encapsulada, que al corte tiene coloración blanco-marrónácea y consistencia semifirme compatible con plasmocitoma.

Inmunohistoquímica:

- Marcadores ALC, L-26, Cromogranina, Calcitonina, Pankeratina y S-100 NEGATIVOS

- VIMENTINA POSITIVA (++)

- Cadenas ligeras: Muy Positiva para Kappa e Ig G.

EVOLUCION

El Postoperatorio tanto inmediato como tardío fue sin incidencias, dando de alta hos-

pitalaria al paciente a los 6 días de la intervención, realizando revisiones posteriores periódicas en la Consulta Externa, con el fin de detectar una posible recurrencia.

Se realizó la batería de análisis complementarios habituales con el fin de descartar Mieloma Múltiple, incluyendo esta hemograma, frotis, VSG, RCR, B2 microglobulina, ASLO, proteinograma, inmunoglobulinas, serologías virales, CD4/CD8, Rx. tórax y serie ósea, Ecografía abdominal y citología de médula ósea, siendo todas ellas normales y no encontrándose datos de enfermedad inmunoproliferativa.

Se realiza seguimiento del paciente cada 3 meses por la posibilidad de desarrollo de un Mieloma Múltiple.

DISCUSIÓN

El Plasmocitoma solitario en el área ORL es un raro tumor, que debe entrar en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones en este área.

Su incidencia exacta se desconoce, tiende a extenderse localmente y metastatiza a ganglios linfáticos en menos del 25% de los casos (1) (2). El 60% de los Plasmocitomas Solitarios Extramedulares aparecen en Cavidad Nasal, Nasofaringe o Senos Paranasales. También se han descrito en Laringe y Amígdalas (3) (4). La edad de presentación oscila entre 40 y 70 años, siendo 4 veces más frecuente en hombres que en mujeres (3) (4).

El diagnóstico se confirma con Biopsia amplia y profunda que incluya tejido tumoral, puesto que la Paaf pudiera muy bien, no ser diagnóstica, como sucede en nuestro caso. Aunque el tumor generalmente no es una manifestación de Mieloma Múltiple (1), algunos casos lo desarrollan con el tiempo, por lo que se hace imprescindible, tanto el despistaje de éste en el momento del diagnóstico como el seguimiento a largo plazo del paciente con revisiones periódicas. Una vez afectado el hueso, el pronóstico empeora notablemente (5).

El manejo terapéutico de esta enfermedad permanece controvertido, pues mientras algunos autores abogan por la excisión quirúrgica sola (4) o asociada a la Radioterapia, algunos otros son más partidarios de administrar Radioterapia exclusivamente (1) (3), si bien, éstos son los menos.

La supervivencia y el pronóstico en general es bueno (2), aunque dependen fundamentalmente de la localización y extensión de la enfermedad (3), siendo la media del 50% de supervivencia a los 10 años.

CONCLUSIÓN

Los Plasmocitomas Extramedulares Solitarios en el área ORL pueden comportarse clínicamente como Carcinomas de origen Epitelial, pudiendo exhibirse como metástasis de ganglios linfáticos cervicales como manifestación primaria en un 8% de los casos (6). Esto hace que se haga imprescindible un cuidadoso examen del área ORL, en busca de un tumor primario.

El diagnóstico en este tipo de presentación es difícil siendo a veces realizado tras exéresis quirúrgica. Por este motivo pensamos

que debe tenerse en cuenta en el Diagnóstico Diferencial de toda tumoración cervical, teniendo presente su baja frecuencia, y por otro lado, en estos casos como tratamiento, somos más partidarios de la Cirugía, puesto que en algunas ocasiones sólo así confirmaremos el diagnóstico, y, por otro lado, esto permite reservar la Radioterapia para posibles Recurrencias o Recidivas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- LAWRENCE M. KOTNER AND C. C. WANG: "Plasmacytoma of the upper air and food passages". Cancer 30: 414-418, August 1972.
- 2.- E. MEDINI, Y. RAO AND H. LEVITT: "Solitary extramedullary plasmacytoma of the upper respiratory and digestive tracts". Cancer 45: 2893-2896, 1980.
- 3.- ALAN G. POOLE AND FRANK C. MARCHETTA: "Extramedullary plasmacytoma of the head and neck. Cancer 22: 14-21, July 1968.
- 4.- PAPARELLA, MICHAEL M.; SHUMRICK, D. A.; GLUCKMAN, J. L.; MEYERHOFF, W. L.: "Otolaryngology, 3 rd. Ed.", 2272 Vol. 3, 1994.
- 5.- WEBB, H. E., HARRISON, E. G., MASSON, J. K. AND REMINE, W. H.: "Solitary extramedullary plasmacytoma". Ibid. 15:1142-1155, 1962.
- 6.- BEN G. FISHKIN AND HANS L. SPIEGELBERG: "Cervical lymph node as the first manifestation of localized extramedullary plasmacytoma". Cancer 38: 1641-1644, 1976.