

Recibido: 11 de febrero de 2019.

Aceptado: 20 de marzo de 2019.

¹ Médicos cirujanos.

² Cirujano oncólogo.

³ Cirujana plástica y reconstructiva.

PLASMOCITOMA ÓSEO SOLITARIO COXOFEMORAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

SOLITARY COXOFEMORAL BONE PLASMACYTOMA: CASE PRESENTATION

Carlos E. Muñoz-Medina,¹ Luis D. Alemán-Frías,² Roxana N. Moreno-Brito,¹ Milvis P. Fleitas-Moreno,³ Pedro J. Yépez-González,¹ Tania V. Soto-Alfaro¹

RESUMEN

Los plasmocitomas son tumores neoplásicos infrecuentes, monoclonales de las células plasmáticas, ubicados fuera de la médula ósea, más frecuentes en el tracto respiratorio superior y con muy baja frecuencia retroperitoneal. Este artículo aborda el caso de un paciente de sexo masculino, de 65 años de edad, que presentaba fiebre y dolor coxofemoral derecho. En el examen físico se encontró un soplo en el foco mitral y dolor ante la movilidad activa y la pasiva de la articulación coxofemoral. Se realizó una tomografía axial computarizada abdominopélvica que evidenció tumor retroperitoneal con afectación ósea. Se intervino quirúrgicamente con la exéresis del tumor; la biopsia reveló un plasmocitoma coxofemoral. El tratamiento consistió en una cirugía más radioterapia, que evidenció una complicación hematológica con pancitopenia grave. En cuanto al plasmocitoma, se han detallado en la literatura varios casos de tumores solitarios en el área retroperitoneal, de los cuales menos del 5% fueron como los describe Weber, y se complicaron con falla renal o alteraciones hematológicas o neurológicas. Este paciente tuvo un proceso infeccioso (endocarditis) asociado, por lo que presentó anemia e insuficiencia renal, las cuales fueron superadas.

PALABRAS CLAVE. Plasmocitoma, neoplasia, retroperitoneal, radioterapia.

ABSTRACT

Plasmacytomas are rare, monoclonal neoplastic tumors of plasma cells located outside the bone marrow, more frequent in the upper respiratory tract, with very low retroperitoneal frequency. This case is a 65-year-old male patient admitted due to fever and right hip pain. Physical examination was found in the mitral focus, and pain from the active and passive mobility of the coxofemoral joint. Abdominal pelvic CAT was performed, where retroperitoneal with bone involvement is evident. Surgery was performed with excision of the tumor, the biopsy reporting coxofemoral plasmacytoma. The treatment consisted in surgery plus radiotherapy, revealing haematological complication, with severe pancytopenia. Several cases of solitary tumors in the retroperitoneal area have been described in the literature, being less than 5% as described by Weber, with haematological or neurological alterations complicating with renal failure. The patient underwent an infectious process (endocarditis) associated, so anemia and renal failure were present, which were overcome.

KEY WORDS. Plasmacytoma, neoplasia, retroperitoneal, radiotherapy.

Los autores manifiestan no poseer
conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Carlos Eduardo Muñoz-Medina. Tel.:
(+58-4) 2496-16671. Correo electrónico:
krlosmz22421@gmail.com

Introducción

Los plasmocitomas son tumores neoplásicos, constituidos por células plasmáticas clonales, que presentan tres variantes: el plasmocitoma solitario de hueso, que afecta el tejido óseo; el extramedular, que compromete tejidos blandos (ambos tumores, infrecuentes, representan un 5% de las neoplasias plasmáticas), y el mieloma múltiple (MM), que implica diseminación sistémica (1,2). De este último se comunican casos en la columna vertebral, la pelvis, el fémur, el húmero, las costillas y el esternón (3).

La afectación del hombre y la mujer es de 2:1, con una edad promedio de 55 años y una vida media de 10 años. Son más frecuentes los plasmocitomas en la cabeza o el cuello (80%) y poco habituales en la región retroperitoneal (3,4).

Los plasmocitomas de origen óseo tienen como síntoma más común el dolor en el sitio de afectación ósea por la destrucción debido a la infiltración de células plasmáticas. Existen diferentes tipos de plasmocitomas: 1) plasmocitoma solitario de hueso; 2) plasmocitoma solitario de tejido; 3) plasmocitoma multifocal, y 4) sarcoma. Sus criterios diagnósticos son: 1) lesión única con destrucción ósea debida a infiltración; 2) infiltración a la médula que no exceda el 5%; 3) ausencia de lesiones osteolíticas en otros tejidos; 4) ausencia de anemia, hipercalcemia o insuficiencia renal atribuibles al mieloma, y 5) concentración de proteínas plasmáticas bajas (si la presenta). El 50% de los casos desarrollan MM. El tratamiento de elección es la radioterapia (1-4).

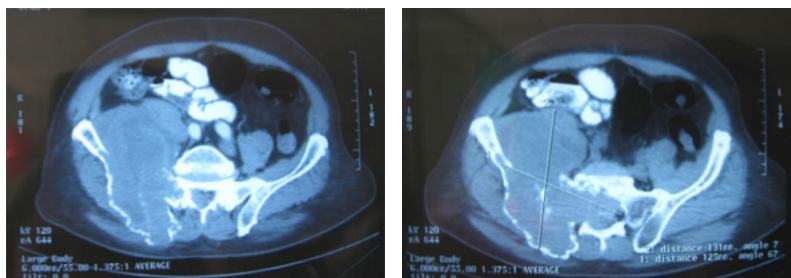
Los plasmocitomas se localizan fuera de la médula ósea—más frecuentemente, en la cabeza y el cuello—y su síntoma principal es el dolor en el sitio de la lesión. Esta es una lesión única con ausencia de infiltración a la médula ósea, pero se debe hacer un seguimiento, ya que el 50% de los casos pueden transformarse en MM. Los plasmocitomas de hueso solitarios en general se presentan en el esqueleto axial y los cuerpos vertebrales más frecuentemente involucrados (torácicos y, luego, lumbares). Los hallazgos físicos pueden incluir el dolor en el sitio de la lesión o fractura patológica o compresión radicular. Los pacientes con afectación de huesos largos pueden presentar fractura patológica y, ocasionalmente, tener polineuropatía periférica (2,5).

Presentación del caso

El paciente, de sexo masculino, de 65 años de edad, tenía antecedentes de hemangioma venoso en la cavidad oral. La enfermedad actual se inició hace aproximadamente un año, cuando el paciente comenzó a sentir dolor al nivel de la articulación coxofemoral derecha. Por este motivo acudió a la consulta de reumatología, donde le indicaron un tratamiento con antiinflamatorios no esteroides que causó una mejoría del dolor. Posteriormente, presentó fiebre no cuantificada, precedida de escalofríos, de predominio vespertino, que cedió con la administración de antipiréticos orales. De nuevo se anexó a la sintomatología dolor en la articulación coxofemoral derecha, por lo que el paciente consultó y se decidió hospitalizarlo con el diagnóstico de síndrome febril prolongado.

El paciente reveló regulares condiciones generales, con facies álgica y palidez cutánea mucosa moderada. El examen osteoarticular arrojó una limitación para mover la articulación coxofemoral derecha en rotación interna y dolor en el trocánter. Los exámenes paraclínicos reportaron: leucocitos, 11.700 mm³, y neutrófilos, 75%. El ecocardiograma transesofágico evidenció vegetación en la valva anterior de la mitral, y los hemocultivos, crecimiento de *Staphylococcus aureus*. En la tomografía de abdomen y pelvis se observó una lesión gigante que ocupaba el complejo iliopsoas derecho, con lesión líquida destructiva de los huesos ilíaco y sacro y las articulaciones sacroilíacas derechas, con adelgazamiento y una lesión lítica que se acompañaba de una extensa masa sólida de 13 × 13 cm de diámetro con centro necrótico licuefactado (Figuras 1-4). Se plantearon los diagnósticos de endocarditis infecciosa y tumor retroperitoneal.

En vista del descubrimiento tomográfico se realizó una cirugía con exéresis de la lesión y una biopsia, cuya conclusión fue que los hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos (Figura 5) eran compatibles con una discrasia de células plasmáticas con marcaje positivo focal para CD20 y CD79a, lambda positivo y EMA positivo focal. Se efectuó una electroforesis de proteínas y un estudio de médula ósea, los cuales se reportaron normales. Un gammagrama óseo sólo describió una lesión en la zona coxofemoral derecha.



Figuras 1 y 2. Imagen tomográfica que evidencia lesiones destructivas de los huesos ilíaco y sacro y la articulación sacroilíaca.

El paciente recibió un tratamiento de antibioticoterapia a base de gentamicina y vancomicina (con remisión del proceso infeccioso) y, luego, radioterapia de forma ambulatoria. Se hizo un seguimiento clínico. El paciente sufrió una complicación hematológica con pancitopenia grave y falleció a causa de una enfermedad cerebral hemorrágica por trombocitopenia grave.

Discusión

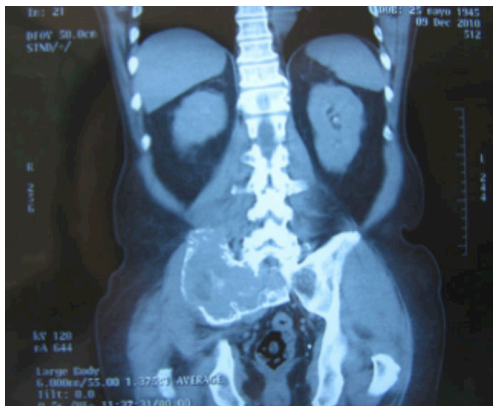
En cuanto al plasmocitoma, se han descrito en la literatura varios casos de tumores solitarios en el área retroperitoneal, que son menos del 5% (6). Este paciente cursó un proceso infeccioso (endocarditis) asociado, por lo que sufrió anemia e insuficiencia renal, las cuales fueron superadas. El tratamiento, en este caso, es la exéresis del tumor, que se complementa con radioterapia (si la lesión fuese no abordable, sólo radioterapia), con una supervivencia de diez años, como lo describe la literatura (7).

Se han detallado en la literatura varias publicaciones. Se encontraron entre 1905 y 1997 pacientes entre la cuarta y la séptima década de la vida; de 714 casos, el 17,8% consistía en plasmocitomas extramedulares. Se les realizó un seguimiento y las estrategias terapéuticas usadas fueron radioterapia sola (44,3%), terapia combinada (cirugía y ra-

dioterapia) (26,9%) y radioterapia sola (21,9%). La supervivencia media global libre de enfermedad fue de más de 300 meses en los pacientes con los que se utilizó terapia combinada, con significación estadística ($p = 0,0027$) (8-10). En nuestro medio son poco frecuentes estos casos –tumores de baja frecuencia–, y se deben tener presentes los síntomas y manejarlos de forma multidisciplinaria.

Los tumores de plasmocitoma son neoplasias solitarias ubicadas fuera de la médula ósea –más frecuentemente, en la cabeza y el cuello–. Su síntoma predominante es el dolor en el sitio de la lesión –tal como ocurrió con nuestro paciente–. Son una lesión única con ausencia de infiltración a la médula ósea, pero se debe hacer un seguimiento, ya que el 50% de los casos pueden transformarse en MM. Se han descrito en la literatura varios casos de tumores solitarios en el área retroperitoneal. El tratamiento, en este caso, es la exéresis del tumor, que se complementa con radioterapia y alcanza una remisión de hasta un 90%; ante una lesión no abordable, sólo radioterapia (11,12).

Muchos autores coinciden en que el plasmocitoma es la etapa inicial del MM, que puede quedar en período latente cuando no es tratado y progresar a MM. En ausencia de tratamiento, la esperanza de vida es menor de dos años y los pacientes fallecen, en su mayoría, por falla renal o complicaciones hematológicas o neurológicas (13). **RAM**



Figuras 3 y 4. Imagen tomográfica que evidencia un tumor óseo con destrucción de los huesos ilíaco y sacro y la articulación sacroilíaca.

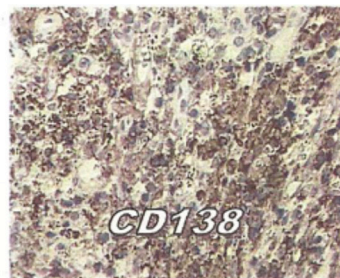
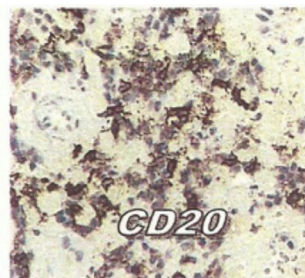
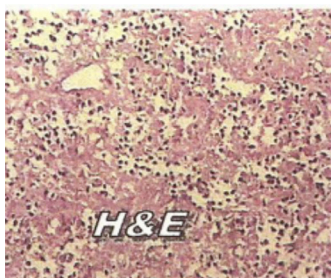


Figura 5. Inmunohistoquímica: discrasia de células plasmáticas con marcaje positivo focal para CD20 y CD79a, lambda positivo y EMA positivo focal.

Referencias bibliográficas

1. López A O, Ortiz M M, Caballero G J y col. Plasmocitoma solitario de la base craneal. Reporte de tres pacientes. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 2016;54(1):34-40
2. Arévalo-Zamora C, Remolina-Medina CE, Borraez-Segura BA. Plasmocitoma de esternón: reconstrucción esternal con malla biológica y barras de titanio. Reporte de caso. *Neumol Cir Tórax* 2015;74(4):276-80
3. Farina C, Montiel A, Rojas T y col. Plasmocitoma óseo solitario de costilla. *Rev Cir Parag* 2013;37(1):31-2
4. Fanning SR. Solitary plasmacytoma clinical presentation: history, physical examination. *Medscape* 2018. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/207233-clinical>
5. Tanaka M, Shibui S, Nomura K, et al. Solitary plasmacytoma of the skull: a case report. *Jpn J Clin Oncol* 1998;28(10):626-30
6. Weber DM. Solitary bone and extramedullary plasmacytoma. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2005:373-6
7. Lai CR, Chung SD, Tai HC, et al. A solitary pelvic extramedullary plasmacytoma. *South Med J* 2010;103(8):831-3
8. Sharma LM, Biswas G, Rai SS, et al. Retro-peritoneal plasmacytoma: a case report and review of literature. *Indian J Cancer* 2004;41(3):133-4
9. Alexiou C, Kau RJ, Dietzfelbinger H, et al. Extramedullary plasmacytoma: tumor occurrence and therapeutic concepts. *Cancer* 1999;85(11):2305-14
10. Tanaka Y, Samma S, Hayashi Y, et al. A case of retroperitoneal extramedullary plasmacytoma. *Hinyokika Kiyo* 1993;39(7):639-43
11. Chao MW, Gibbs P, Wirth A, et al. Radiotherapy in the management of solitary extramedullary plasmacytoma. *Intern Med J* 2005;35(4):211-5
12. Markou K, Karasmanis I, Goudakos JK, et al. Extramedullary plasmacytoma of temporal bone: report of 2 cases and review of literature. *Am J Otolaryngol* 2009;30(5):360-5
13. Moreno Ramírez H, Villaseñor Moreno JC, Vázquez Maldonado AB. Progresión de plasmocitoma óseo a mieloma múltiple y reporte de un caso. *Rev Cubana Invest Bioméd* 2015;34(3)