



V-058 - DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN DE UN PLASMOCITOMA IGA, DOS DE ELLAS EN EL MISMO PACIENTE

S. Santos Seoane¹, A. Fernández Pantiga², M. Rivas Carmenado⁴, M. Taboada Martínez³, R. Martínez Gutiérrez¹, L. Alcúria Ledo⁵, M. Gallego Villalobos¹ y V. Díaz Fernández³

¹Medicina Interna. Hospital San Agustín. Avilés (Asturias). ²Medicina Interna. Hospital Comarcal de Jarrio. Coaña (Asturias). ⁴Medicina Interna. ⁵Nefrología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo (Asturias).

³Medicina Interna. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

Resumen

Objetivos: Poner de manifiesto la heterogeneidad en la presentación (derrame pleural, dolor escapular, cefalea o acúfenos), así como en el tratamiento (RT, QT, extirpación quirúrgica) dependiendo de la localización o la extensión de los plasmocitomas.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo de dos pacientes con plasmocitoma IgA.

Resultados: Caso 1: mujer de 84 años que consultó por dolor en hemitórax izquierdo de mes y medio de evolución, sin fiebre, tos, o síndrome general. La Rx de tórax mostró derrame pleural izquierdo, realizándose toracocentesis que confirmó la presencia de exudado linfocitario con proteínas altas (5,47 g), resultando la biopsia pleural así como los diversos cultivos y la citometría de flujo negativos. El TAC evidenció gran masa sólida hipercaptante en mediastino posterior hasta la altura de los hilios renales, donde se objetiva otra masa de características similares en el espacio pararrenal posterior izquierdo. Se realizó BAG confirmándose el diagnóstico de plasmocitoma. El porcentaje de células plasmáticas en MO fue del 0,1% y la inmunofijación constató pico monoclonal IgA (1.419)/Lambda (443). Se inició RT. Caso 2: mujer de 87 años, valorada por ORL semanas antes por cefalea y acúfenos izquierdos, estando pendiente de realizar TAC craneal ambulatorio. Consultó por dolor en hombro izquierdo. Se realizó Rx de tórax objetivándose lesión lítica escapular, apreciándose masa de partes blandas de 6 × 4,5 cm con lisis a nivel de escápula izquierda en el TAC. El TAC craneal mostró otra masa de partes blandas a nivel del ápex petroso izquierdo con adelgazamiento/lisis de la cortical locoregional. La BAG de la masa escapular confirmó el diagnóstico de plasmocitoma y la inmunofijación un pico monoclonal IgA (1.750)/lambda (480). El porcentaje de células plasmáticas en MO fue del 0,6%. Se inició QT con melfalan, prednisona y velcade bisemanal, además de ácido zolendrónico cada 4 semanas.

Discusión: El plasmocitoma solitario óseo se define como una lesión lítica solitaria de células plasmáticas con menos del 10% de células plasmáticas en la biopsia de MO de un sitio no comprometido. La ausencia de células plasmáticas en la citometría de flujo de la MO indica riesgo bajo (< 10%) de recidiva tras la administración de RT. La paciente del caso nº 1 tenía un plasmocitoma vertebral y la del nº 2 dos plasmocitomas sincrónicos, uno a nivel del hueso petroso y

otro a nivel escapular, sin cumplir criterios de mieloma múltiple. Los síntomas más frecuentes suelen ser dolor local, afectación neurológica variable según el grado de destrucción ósea y la existencia de compresión radicular o medular. La presentación del caso 1 como derrame pleural es excepcional; presentó sin embargo buena respuesta a la RT entrando en remisión. La presentación del caso 2 en forma de dos lesiones líticas sincrónicas también es inusual; en este caso se biopsió la lesión escapular asumiendo que la otra lesión era otro plasmocitoma, descartando el mieloma tras la realización de la biopsia de MO; se optó por tratamiento con QT con disminución de ambas lesiones.

Conclusiones: Los plasmocitomas son tumores poco frecuentes. Se debe realizar un seguimiento estricto del paciente para vigilar recurrencias o transformación a mieloma que puede ocurrir hasta en el 50% a los 5 años. El tratamiento de elección para tumores localizados es la radioterapia aunque también puede serlo la resección quirúrgica.