

Plasmocitoma: Presentación de un caso

Esteban Figueroa-Pazos,^{a*} Kenji Kimura-Fujikami,^a José Luis Criales-C.^a

^aCurso Universitario de Radiología e Imagen. UNAM, México, D. F., México

Historia clínica

Paciente del sexo femenino de 69 años de edad, que desde hace 15 días presenta dolor intenso en la región lumbosacra con irradiación a miembro pélvico derecho. Recibió tratamiento con fisioterapia y el dolor disminuyó en gran medida. Permaneció casi asintomática hasta hace 10 días cuando el dolor aumentó y se irradió hacia los miembros pélvicos, agregándose además dificultad para deambulación.

Hallazgos por imagen

La resonancia magnética (RM) mostró una lesión expansiva que afecta prácticamente la totalidad del sacro, hipointensa en las imágenes obtenidas en T1 (Figuras 1a y 1b), e isointensa al resto de los cuerpos vertebrales en T2 con tenues y pequeñas imágenes hiperintensas en esta secuencia (Figuras 2a y 2b). Esta lesión se extiende hacia el canal espinal en la región sacra.

En la tomografía computada (TC) se confirma la presencia de una lesión expansiva, osteolítica que destruye prácticamente la totalidad del sacro en forma simétrica e irrumpe hacia el canal espinal (Figuras 3a y 3b).

Discusión

El sacro es una estructura en la cual pueden encontrarse muchas entidades patológicas, ya sea de manera focal o como parte de un proceso sistémico. Los procesos neoplásicos son raros y fácilmente pueden ser pasados por alto en las radiografías simples retrasando el diagnóstico. La forma curva del sacro, su posición en el hueco pélvico y la superposición del gas intestinal dificultan el diagnóstico de las lesiones del sacro en las radiografías. La TC y la RM facilitan la detección, caracterización y estadio de estos tumores.

El mieloma solitario (plasmocitoma) ocurre generalmente entre las edades de 25 a 80 años, predominantemente en pacientes ancianos. La edad promedio es de 60 a 70 años, es raro en niños. Es más común en hombres que en mujeres.^{1,2} Es considerado una variante clínica y un estadio inicial del mieloma múltiple, en el 54% de los casos el Plasmocitoma invade la columna vertebral.³ En casi todos los pacientes el patrón dominante es la osteólisis y la expansión,⁴ aunque puede presentarse como una lesión apolillada o permeativa.⁵

En la columna, la destrucción de los cuerpos vertebrales en sus elementos posteriores, así como la extensión paraespinal y extradural es característica del mieloma.¹ La TC es capaz de detectar la presencia de un foco mielomatoso intramedular que produce pequeñas alteraciones de la radiodensidad y que la radiografía no la detectaría por no tener suficiente destrucción ósea. Además este método nos ayuda a la valoración del compromiso de tejidos blandos. En imágenes por RM, los cambios por mieloma en la columna pueden mostrar alteraciones tanto en pacientes asintomáticos como sintomáticos. Las lesiones demuestran intensidad de señal baja en el T1 y alta en el T2, STIR, y en las imágenes realizadas con gadolinio.⁶

Se puede identificar además disrupción e infiltración agresiva dentro del tejido blando y estructuras adyacentes, con discontinuidad de la menor intensidad de señal del hueso cortical.⁷ A menudo un componente de tejido blando extraóseo está presente y puede pinzar el cordón espinal y las raíces nerviosas.

El diagnóstico diferencial depende de varios factores como la edad, sexo y hallazgos específicos por imagen, por lo que el diagnóstico diferencial para el plasmocitoma debe establecerse con el cordoma, la variedad medular del condrosarcoma y el tumor de células gigantes, mientras que para el mieloma múltiple con la enfermedad metastásica y la osteoporosis,² el diagnóstico depende básicamente de la biopsia y de las características histológicas.

*Correspondencia y solicitud de Sobretiros: Dr. Esteban Figueroa-Pazos. CT Scanner de México, Puebla 228, México, D. F. Tel. 5533 4101

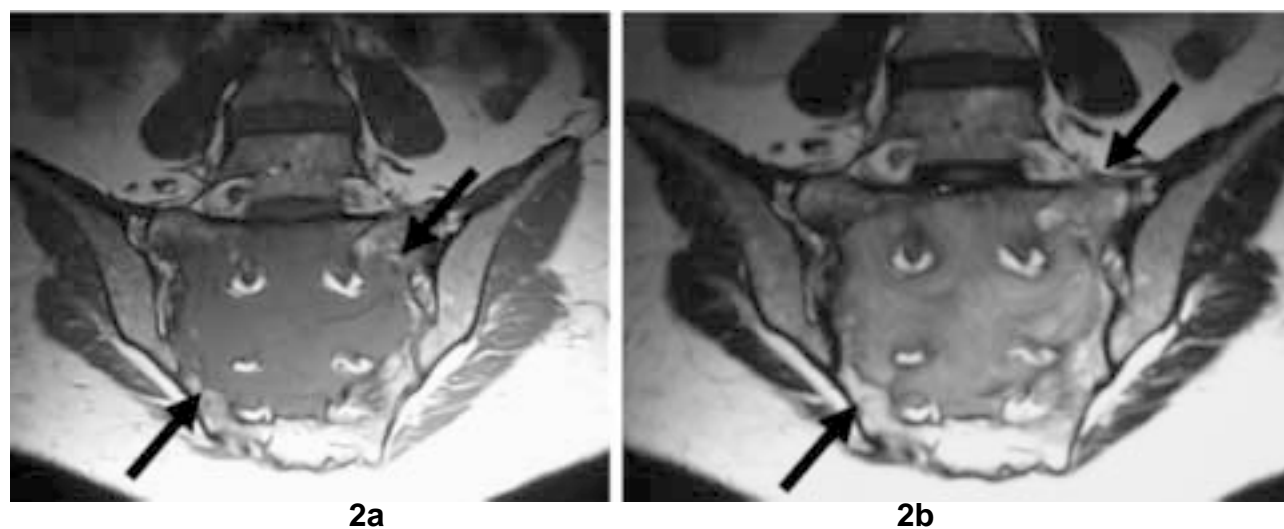
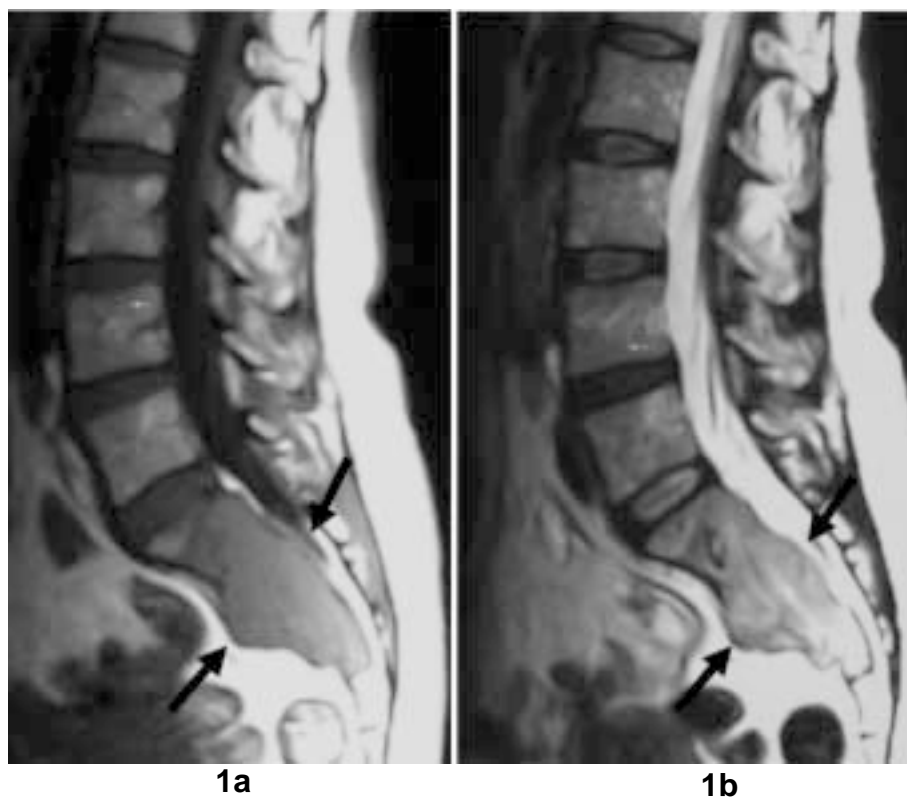


Figura 1 y 2. Imágenes de resonancia magnética sagitales y coronales en T1 y T2. Las flechas identifican una lesión expansiva que afecta prácticamente la totalidad del sacro, que aparece hipointensa en las imágenes obtenidas en T1 (1a-2a). En las secuencias T2 (1b-2b) aparece isointensa al resto de los cuerpos vertebrales con tenues y pequeñas imágenes hiperintensas. Esta lesión se extiende hacia el canal espinal en la región sacra (Flechas).



Figura 3a, 3b. Reconstrucciones de tomografía computada multicorte en planos sagital (3a) y coronal (3b), en las cuales se confirma la presencia de una lesión expansiva osteolítica que destruye el sacro en forma simétrica e irrumpe hacia el canal espinal. (Flechas)

Referencias

1. **Resnick D.** Capítulo 60. Plasma Cell Dyscrasias and Dysgammaglobulinemias. Diagnostic of Bone and Joint Disorders. W.B. Saunders Company. Third Edition. 1996
2. **Fernández-Tapia S, Rivera I, Larraza O.** Capítulo 18. Tumores Óseos. Colección Radiología e Imagen, Diagnóstica y Terapéutica: 409-411.
3. **Disler DG, Miklic D.** Imaging Findings in tumors of the sacrum. Pictorial Essay. AJR 1999;173:1699-1706.
4. **Diel J, Ortiz O, Losada R.** The Sacrum Pathologic Spectrum, Multimodality Imaging and Subspecialty Approach. Radiographics 2001;21:83-104.
5. **Lecouvet F, Vande Berg B, Malghem J, Maldague B.** Capítulo 94. Multiple Myeloma. Radiology on CD. Diagnostic-Imaging-Intervention. Lippincott Williams & Wilkins 2001
6. **Meletios A, Dimopoulos L.** Solitary Plasmacytoma of Bone and Asymptomatic Multiple Myeloma. Blood 2000;96:2037-2044.
7. **Stoller D, Steinkirchner T, Porter B.** Capítulo 15. Marrow Imaging. Magnetic Resonance Imaging In Orthopaedics & Sports Medicine.. Lippincott-Raven Publishers. Second Edition. 1997.