



Plasmocitoma óseo solitario en cráneo. Presentación de un caso clínico

Fátima Nayeli Ruiz Aguilar,* Raúl Sánchez Conde,† Agustín Rodríguez Blas,‡
Ricardo Balcázar Vázquez,‡ Gustavo Casian Castellanos,§ Adolfo Camacho González||

RESUMEN

Los plasmocitomas solitarios representan < 1% de los tumores de cabeza y cuello. Afectan al sexo masculino en una relación 4:1, entre los 50 y 60 años de edad. Se presenta el caso de fémina de 75 años, hipertensa, controlada, la cual inició padecimiento un año previo al diagnóstico con presencia de tumoración en región parietal derecha, de aparición espontánea, crecimiento lento y ausencia de síntomas acompañantes. La radiografía simple mostró una lesión lítica en sitio referido, el ultrasonido identificó una lesión ecogénica heterogénea que presentó flujo mixto, la TAC mostró una imagen extraaxial, hiperdensa, que reforzó con medio de contraste. Los plasmocitomas son lesiones que carecen de características imanográficas propias. El diagnóstico es patológico.

Palabras clave: Plasmocitoma óseo solitario, cráneo.

ABSTRACT

Solitary plasmacytomas represent < 1% of head and neck tumors. This plasmacytomas affects males in a 4:1 ratio between 50 and 60 years of age. This case was realted of a 75 years old female, hypertensive, controlled, which begins its condition a year prior to diagnosis with the presence of a tumor in the right parietal region, spontaneously occurring, slow growth and lack of accompanying symptoms. Plain radiographs showed a lytic lesion in the referenced site, an ultrasound identified a heterogeneous echogenic lesion which presented a mixed flow and the TC showed extra-axial image, hyperdense, which was reinforced with dye. The plasmacytomas are lesions that lack their own imaging features. The final diagnosis is pathological.

Key words: Osseous solitary plasmacytoma, cranium.

INTRODUCCIÓN

Las células plasmáticas se encuentran en la médula ósea. Representan un papel muy importante en el sistema inmune, el cual se encarga, principalmente, de la defensa del organismo frente a las infecciones y otras enfermedades.

Las neoplasias malignas originadas a partir de los inmuncitos de la serie B (linfocitos-B y plasmocitos) incluyen:

- Mieloma múltiple y plasmocitoma solitario.
- Macroglobulinemia de Waldström y otras gammopathías monoclonales.
- Leucemia linfoides crónica y linfomas malignos.¹

Los plasmocitomas solitarios son tumores infrecuentes que comprenden entre 5-10% de las neoplasias de células plasmáticas;² representan < 1% de los tumores de cabeza y cuello.³ Afectan mayormente al sexo masculino con una relación 4:1, entre los 50 y 60 años de edad.⁴ La incidencia es de tres por 100,000 personas por año y no se le conoce factor predisponente.⁵

Estos tumores pueden aparecer en cualquier lugar donde existan formaciones del sistema reticuloendotelial. Mandíbula, hueso ilíaco, vértebras, costillas, escápula, huesos largos y esqueleto axial son sitios frecuentemente afectados, es rara su localización a nivel de cabeza y cuello; cuando ocurren en esta localización las áreas premolares y molares de la mandíbula son las más afectadas. Otros lugares donde surgen en menor incidencia son: Lengua, glándulas salivares menores, tiroides y glándula parótida.^{1,2,6}

El síntoma más frecuente de los plasmocitomas solitarios de localización craneana y cervical es la tumoración de crecimiento progresivo y dolor local.

* Médico del Diplomado de Ultrasonografía Diagnóstica, Hospital Juárez de México.

† Médico adscrito del Servicio de Radiología, Hospital Juárez de México.

‡ Médico Titular del Diplomado de Ultrasonografía Diagnóstica, Hospital Juárez de México.

§ Jefe del Servicio de Radiología, Hospital Juárez de México.

|| Médico adscrito del Ultrasonografía, Hospital Gonzalo Castañeda, ISSSTE.

El aspecto radiológico del plasmocitoma solitario craneoencefálico puede simular el de las neoplasias más comunes. En las imágenes se presenta como una lesión solitaria, redonda u oval, característicamente de contornos bien definidos, es decir, aspecto radiológico no agresivo. Puede haber aspecto en sacabocado; en general, el tamaño es uniforme a diferencia de las lesiones osteolíticas de las metástasis, con las que se establece el diagnóstico diferencial clásico y caracterizadas por tener distintos tamaños.⁷⁻¹¹

En la tomografía computarizada (TC) el aspecto es de una lesión redondeada o lobulada, expansiva, lítica, con participación diploica, homogénea, hiperdensa que refuerza al contraste.

El diagnóstico del plasmocitoma solitario es histológico. Son neoplasias de células plasmáticas secretoras de inmunoglobulinas, generalmente Ig A, Ig G o de una de las cadenas ligeras (kappa o lambda); normalmente están bien delimitadas, aunque entre 10-20% de todos los plasmocitomas son multicéntricos.⁶

El diagnóstico diferencial debe hacerse, principalmente, excluyendo la presencia de un mieloma múltiple, leucemia de células plasmáticas con infiltración y otros procesos linfoproliferativos; sin embargo, a nivel radiológico, deben excluirse otras lesiones que presentan reacción osteolítica como el meningioma, osteosarcoma, hemangioma y metástasis.⁷



Figura 1. Proyección anteroposterior de cráneo. Lesión lítica de bordes definidos sin esclerosis ubicada a nivel parietal derecho, no afectación de suturas.

El pronóstico es la progresión a mieloma múltiple que se produce en 50% de los pacientes diagnosticados de plasmocitomas solitarios entre los tres y cinco años del diagnóstico. Por ello, estos pacientes, a pesar de haber tenido una buena respuesta al tratamiento con radioterapia y/o cirugía, deben llevar un seguimiento estrecho por tiempo prolongado pues se conocen recidivas después de 28 años del tratamiento.^{11,12}

CASO CLÍNICO

Mujer de 75 años con antecedente de hipertensión desde hace 25 años, en control con Captopril 1 x 3 y Metoprolol 1 x 1. Postoperatoria de catarata hace 10 años.



Figura 2. Proyección lateral de cráneo. Se corrobora la situación posterior de la lesión lítica y aumento de volumen de partes blandas.

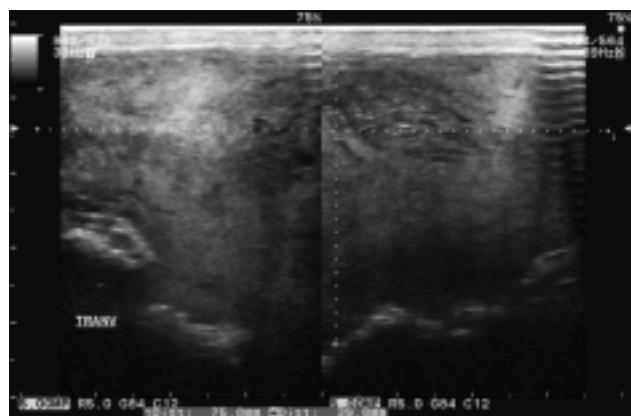


Figura 3. Ultrasonido de partes blandas. Tumor ecogénico de bordes irregulares, definidos. Se observa pérdida de la ecogenicidad correspondiente al cráneo. Dimensiones de 75 x 39 mm.

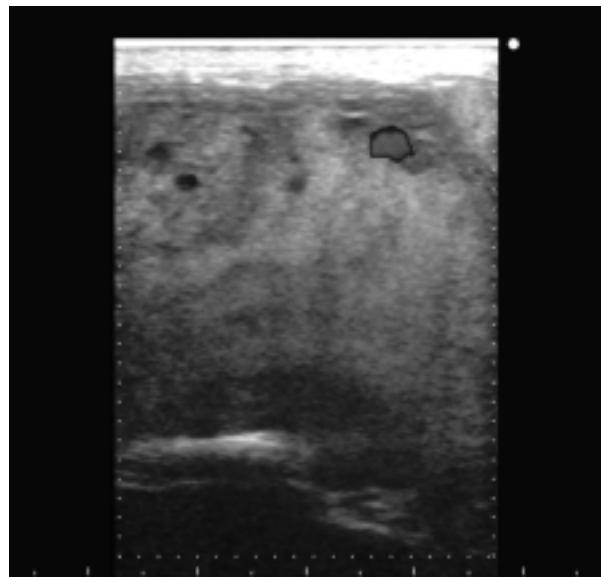


Figura 4. Ultrasonido modalidad Doppler color. Escasa vascularidad intralesional.

Inició padecimiento, un año previo al diagnóstico, con la presencia de tumoración a nivel cráneo, región parietal derecha, de aparición espontánea, crecimiento lento y ausencia de síntomas acompañantes, por lo que únicamente se detecta a la palpación. Cuatro meses previos se aceleró el crecimiento de la tumoración, lo que provocó tumefacción de la piel cabelluda y dolor a la palpación.

A la exploración física se observó tumoración en región parietal derecha, de 6 x 5 x 3 cm. Consistencia blanda, adherida al hueso y con dolor a la palpación. Exploración neurológica sin alteraciones.

Estudios de gabinete

La radiografía simple de cráneo, proyecciones AP y lateral, mostró lesión lítica parietal derecha (Figuras 1 y 2).

En el ultrasonido se identificó una lesión ecogénica heterogénea, mismo sitio referido, con pequeñas áreas hipoeocoicas. La lesión presentó bordes irregulares, lobulados, parcialmente definidos, extendiéndose al interior de la bóveda craneana, dimensiones de 75 x 39 mm. A la modalidad Doppler color se observó vascularidad, tanto central como periférica (Figuras 3 y 4).

La TC de cráneo mostró una imagen extraaxial en región parietal derecha de 75 x 43 mm, hiperdensa con densitometrías de 48 U.H., que reforzó con medio de contraste hasta más de 100 U.H. (Figuras 5 y 6).

En la tomografía de ventana ósea se encontró imagen osteolítica en región parietal posterior derecha que afecta-



Figura 5. TC de cráneo simple. Tumor de partes blandas con destrucción ósea. No se descarta la posibilidad de involucro de meninges (48 U.H.).



Figura 6. TC de cráneo contrastada. Reforzamiento importante de la lesión (100 U.H.).



ba tanto tabla externa como interna, invadiendo la dura-madre.

DISCUSIÓN

Los plasmocitomas son tumores infrecuentes, es rara su localización a nivel de cabeza y cuello (< 1%).¹³

El caso presentado resultó relevante ya que, de acuerdo con la literatura reportada, el plasmocitoma solitario tiene una incidencia de tres por 100,000 personas por año, afecta sobre todo al sexo masculino, en una proporción de 4:1, entre la quinta y sexta década de la vida, sin ningún factor predisponente conocido.

Considerando que estos tumores son muy raros, el género de la paciente, la edad de presentación –no considerada como factor de riesgo– y la carencia de antecedentes de importancia, síntomas y signos relevantes a la exploración física, los diagnósticos presuntivos fueron apoyados inicialmente en los hallazgos obtenidos de los estudios de imagen; sin embargo, el aspecto radiológico de plasmocitoma solitario craneoencefálico puede simular al de las neoplasias más comunes, lo que dificulta aún más llegar a un diagnóstico certero.

En resumen, el plasmocitoma óseo solitario, es una lesión muy infrecuente que no tiene características imagenológicas propias y plantea el diagnóstico diferencial con otras patologías más frecuentes: Sarcoma, meningioma, sarcoma y metástasis. El diagnóstico debe realizarse necesariamente mediante anatomía patológica.

CONCLUSIONES

El plasmocitoma no tiene características clínicas o radiológicas patognomónicas, por lo tanto, el diagnóstico definitivo requiere de análisis histopatológico.

La posibilidad diagnóstica de plasmocitoma debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de una masa expansiva, osteolítica, homogénea, hiperdensa y con reforzamiento al medio de contraste.

En los plasmocitomas solitarios el indicador pronóstico es la progresión a mieloma múltiple, que se produce en 50% de los pacientes diagnosticados con plasmocitomas solitarios entre los tres y cinco años del diagnóstico.

Por ello, estos pacientes –a pesar de haber tenido una buena respuesta al tratamiento con radioterapia y/o cirugía– deben llevar un seguimiento estrecho por tiempo prolongado pues se conocen recidivas después de 28 años del tratamiento.

REFERENCIAS

1. Krivoy A, Krivoy J, Krivoy M, et al. Plasmocitoma solitario de cabeza. Presentación de dos casos. Gac Méd Car 2008; 116(2): 143-51.
2. Fernández A, Sancho M, Gras J, Talavera J. Plasmocitoma solitario de cabeza y cuello. Presentación de tres casos y revisión de la literatura. Act Otorrinolaringol Esp 2001; 52: 715-20.
3. Muntané A, Vidal A, Valencia C, Cambra R. Caso radiológico para diagnóstico. Rev Chil Radiol 2009; 15(4): 164, 206-8.
4. Gossios K, Argyropoulou M, Stefanaki S, Fotopoulos A, Chrisovitsinos J. Solitary plasmacytoma of the spine in an adolescent: a case report. Pediatr Radiol 2002; 32: 366-9.
5. De la Torre GDM. Plasmocitoma de la columna vertebral. Rev Hosp Jua Mex 2006; 73(3): 104-7.
6. García U, Romero S, Jara B, Vega R, Ledesma E, Ruvalcaba R, et al. Herniación uncal secundaria a plasmocitoma Intracraneal. Arch Neurocienc 2007; 12(1): 55-8.
7. Cheng G, Chor-Sang J, Khong P. Radiologic manifestations of primary solitary extramedullary and multiple solitary plasmacytomas. Am Roentg Ray 2006; 186: 821-7.
8. Lai Y, Wang J, Wang H, Shen S, Chou Y, Chang C. CT and sonographic findings of retroperitoneal plasmacytoma: a case report. Chin J Radiol 2008; 33: 199-203.
9. Provenzale J, Schaefer P, Trawek T, Ferry J, Moore J, Friedman A, et al. Craniocerebral plasmacytoma: MR features. AJNR 1997; 18: 389-92.
10. Major NM, Helms CA, Richardson WJ. The “mini brain”: plasmacytoma in a vertebral body on MR imaging. AJR 2000; 175: 261-3.
11. Kosaka N, Maeda M, Uematsu H, Matsumine A, Koshimoto Y, Itoh H. Solitary plasmacytoma of the sacrum: Radiologic findings of three cases. Elsevier 2005; 29(6): 426-9.
12. Schwartz T, Rhiew R, Isaacson S, Orazi A, Bruce J. Association between intracranial plasmacytoma and multiple myeloma: clinicopathological outcome study. Neurosurg 2001; 49(5): 1039-44.
13. Samprón N, Arrazola M, Urculo E. Plasmocitoma de base craneal con inestabilidad cráneo-cervical. Neurocirug 2009; 20: 478-83.

Solicitud de sobretiros:

Dra. Fátima Nayeli Ruiz Aguilar
Hospital Juárez de México
Av. Instituto Politécnico Nacional Núm. 5160
Col. Magdalena de las Salinas
Del. Gustavo A. Madero
C.P. 007760, México, D.F.