

PRESENTACIÓN DE CASO

## Mieloma múltiple con plasmocitoma extramedular cutáneo abscedado

**Multiple myeloma with abscessed cutaneous extramedullary plasmacytoma**

**Dr. Rodolfo Suárez Iznaga**

Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Dr. Salvador Allende". La Habana, Cuba.

---

### RESUMEN

Se presentó un paciente con los diagnósticos de bronconeumonía bacteriana extrahospitalaria y anemia para estudio. Se describen la evolución clínica, los estudios imagenológicos, de laboratorio e histológicos que permitieron diagnosticar la presencia de un mieloma múltiple con plasmocitoma extramedular cutáneo abscedado.

**Palabras clave:** mieloma múltiple, plasmocitoma extramedular.

---

### ABSTRACT

A patient with a diagnosis of community-acquired bacterial bronchopneumonia and anemia was presented for study. We describe his clinical course, the imaging, laboratory and histological studies are described. They allowed diagnose the presence of multiple myeloma with abscessed cutaneous extramedullary plasmacytoma.

**Key words:** multiple myeloma, extramedullary plasmacytoma.

---

## INTRODUCCIÓN

El mieloma múltiple es un tipo de neoplasia hematológica que, habitualmente, muestra compromiso óseo difuso o múltiple y se caracteriza por la proliferación de un solo clon de células plasmáticas, pero con diversos grados de inmadurez, incluyendo formas atípicas. Estas células elaboran cantidades anormales de un tipo homogéneo de inmunoglobulinas. Incide, sobre todo, en personas mayores de 50 años, color de piel negra y sexo masculino. Se localiza de preferencia en donde existe médula ósea roja: vertebras, costillas, esternón, pelvis, cráneo y huesos largos. Constituye, estadísticamente, el 1 % de los cánceres y el 10 % de las enfermedades malignas hematológicas.<sup>1-6</sup>

El cuadro clínico, según el tiempo de evolución, puede ir acompañado de debilidad, pérdida de peso, caquexia, insuficiencia renal, hipercalcemia, infecciones respiratorias, anemia y fiebre, fracturas espontáneas.<sup>1,4-6</sup>

Aunque su localización es común en la médula ósea, el mieloma múltiple ha sido descrito en forma de tumor en una localización única del esqueleto, en estos casos se denomina plasmocitoma solitario, y en zonas fuera del esqueleto, en cuyos casos recibe el nombre de plasmocitoma extramedular.<sup>1,2,6</sup>

En la actualidad, los criterios diagnósticos de mieloma múltiple son varios. La presencia de 10 % o más de células plasmáticas en la médula ósea y una electroforesis de proteína donde se demuestre un pico monoconal son fundamentales para establecer un diagnóstico de certeza. El estudio radiológico de huesos donde con frecuencia pueden apreciarse lesiones osteolíticas, osteopenia severa y/o fracturas, es otro elemento que contribuye al diagnóstico de la enfermedad y permite, además, una mejor estadificación y evaluar pronóstico.<sup>1,2,4,6</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Al cuerpo de guardia de Medicina Interna acude, remitido de su área de salud, un paciente con los datos siguientes:

- Motivo de ingreso: decaimiento, pérdida de peso y dolor en pierna derecha.
- Historia de la enfermedad actual: paciente de 68 años de edad, trabajador agropecuario, exfumador desde aproximadamente 5 años e ingesta  $\frac{1}{2}$  L semanal de bebidas alcohólicas hasta hace 10 años.
- Antecedentes patológicos personales: operado de hiperplasia prostática hace 4 años y de úlcera gástrica hace 20 años.

El enfermo es remitido al centro de salud porque desde hace 2 meses comienza a presentar de forma brusca, dolor en la región inguinal derecha y cara anterior del muslo derecho con irradiación a la rodilla, no relacionado con esfuerzo físico. Posteriormente, se añaden nuevos síntomas: dolor en todo el miembro superior derecho y en la cabeza, astenia, anorexia, pérdida de peso de 10 lib.

Se decide su ingreso para estudio en el hospital de su municipio donde se le diagnostica bronconeumonía bacteriana y anemia severa (6,6 g/L). Se comienza

---

tratamiento con ceftriaxona. Durante el ingreso se detectan: hepatomegalia, esplenomegalia moderada y eritosedimentación acelerada (150 mm/h). En el transcurso de su estadía hospitalaria es encontrada, al examen físico, una masa de aspecto tumoral en región glútea derecha de aproximadamente 3 cm de diámetro sin cambios de coloración de la piel, poco dolorosa a la palpación, dura y sin gradiente térmico. Esta lesión es interpretada como un absceso asociado a inyección intramuscular de analgésicos.

El estado del paciente sigue deteriorándose y por la imposibilidad de poder precisar la causa de la anemia, es remitido a nuestro centro de salud, con los diagnósticos de bronconeumonía bacteriana extrahospitalaria y anemia, para estudio.

#### Examen físico positivo al ingreso

- Mucosas: húmedas e hipocoloreadas.
- Sistema respiratorio: expansibilidad y murmullo vesicular globalmente disminuido, estertores crepitantes diseminados en el tercio inferior de ambos pulmones. Frecuencia respiratoria: 16 x min.
- Abdomen: presencia de hepatomegalia de 2 cm, dolorosa, superficie lisa. Esplenomegalia no dolorosa, de moderado tamaño.
- Piel: presencia de masa con aspecto tumoral en región glútea derecha, poco dolorosa, de 4 cm x 3 cm, fija, piel discretamente enrojecida y ligero gradiente térmico (*Fig. 1*).



**Fig. 1.** Aspecto de la lesión tumoral en región glútea derecha, detectada durante el ingreso del paciente.

Es valorado en el Cuerpo de Guardia antes del ingreso, por especialistas del Servicio de Cirugía, se plantea el diagnóstico de absceso en glúteo derecho y se le

indica tratamiento con gentamicina y metronidazol por vía endovenosa, además de ceftriaxona por la bronconeumonía.

Con los datos recogidos en el interrogatorio y mediante el examen físico, el Grupo Básico de Trabajo plantea los diagnósticos presuntivos siguientes:

- Bronconeumonía bacteriana extrahospitalaria no hipostática.
- Absceso en región glútea derecha secundario a inyección intramuscular.
- Sospecha de anemia secundaria a posible mieloma múltiple o cáncer de pulmón.

### Investigaciones realizadas

Durante su estancia en el Servicio de Medicina Interna se obtienen los resultados siguientes:

*Hemoglobina:* 7,2 g/L.

*Leucograma:*  $4,8 \times 10\ 000$ , polimorfonucleares: 64,7 %, linfocitos: 26,9 %, monocitos: 8,4 %.

*Eritrosedimentación:* 150 mm/h.

*Lámina periférica:* hipocromía (xx), anisocitosis (xx), leucocitos normales, pancitopenia severa, plaquetas desagregadas y algunas macroplaquetas.

*Constantes corpusculares:* volumen corpuscular medio (VCM): 100H fl; hemoglobina corpuscular media (HCM): 31,7 pg; concentración hemoglobínica corpuscular media (CCMH): 316 g/L.

*Conteo de reticulocitos:* 0,020.

*Hierro sérico:* 14,5  $\mu\text{mol}/\text{L}$ .

*Coagulograma.* Trombocitopenia: 100 000 plaquetas, tiempo de sangrado: 1 min, tiempo de coagulación: 7 min, coágulo retráctil, tiempo de protombina: 38 s, tiempo parcial de tromboplastina: 45 s.

*Calcio sérico:* 5,2 mmol/L, fósforo: 1,2 mmol/L, proteínas totales: 127,7 g/L, proteínas fraccionadas: 11,0 g/L, globulinas: 117 g/L.

10. Glucemia: 4,9 mmol/L, creatinina: 112,9 mmol/L, ácido úrico: 367,37 mmol/L, transaminasa glutámico oxalacética: 60 U/I, transaminasa glutámico pirúvica: 38,8 U/I, gammaglutamiltranspeptidasa (GGT): 51 U/I.

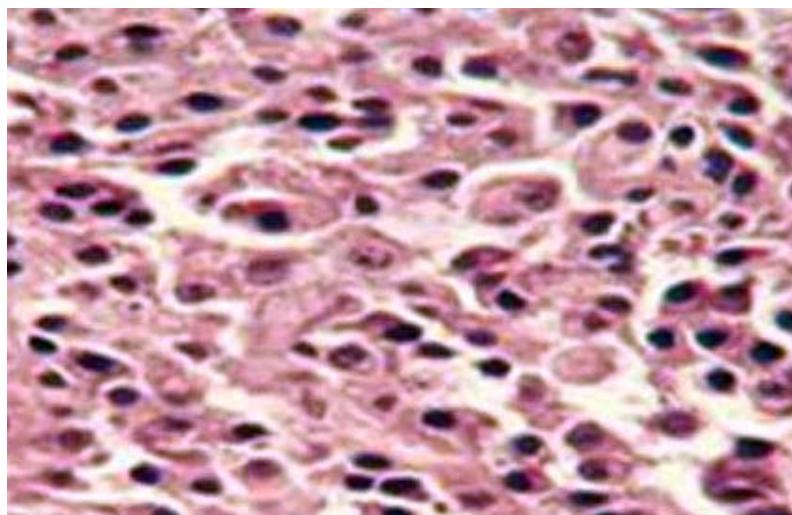
*Electroforesis de proteínas:* presencia de pico monoclonal correspondiente a IgG.

*Proteinuria de 24 h:* se cuantifica 1,0 g de proteína en 24 h en una cantidad de 1 050 mL. No se detecta proteína de Bence-Jones.

*Medulograma:* escaso material. No útil para diagnóstico

---

*Biopsia de médula de cresta ilíaca:* se describe que la médula ósea está infiltrada por un 50 % de células plasmáticas tumorales, con multinucleosidad. Conclusión: mieloma múltiple (Fig. 2).



**Fig. 2.** Biopsia de médula ósea con presencia de infiltrado de células plasmáticas.

*Radiografía de tórax:* zona de condensación inflamatoria en tercio inferior de pulmón izquierdo. Visible mejoría en relación con radiografías iniciales.

*Estudio radiográfico (survey oseo):* signos de osteoporosis en pélvis ósea. No se observan imágenes osteolíticas. Aumento de las partes blandas em proyección de la región derecha de la pelvis.

*Ultrasonido abdominal y de región glútea derecha No. 1:*

- Hígado aumentado de tamaño, contornos irregulares, con bordes romos. No lesión focal. Vesícula de tamaño normal de paredes engrosadas (1cm), sin litiasis en su interior. Vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas de calibre normal. Páncreas aumentado de tamaño, contornos ligeramente irregulares. No lesión focal. Bazo ligeramente aumentado de tamaño, mide 15 x 6 cm con contornos irregulares y circulación colateral.
- Eje espleno portal de 13 mm. Riñones sin alteración.
- Glúteo derecho: presencia de gran imagen compleja de 6 x 4 cm, con áreas de necrosis en su interior y con halo completo de aspecto infiltrativo.

*TAC de pelvis (15 de noviembre de 2010):*

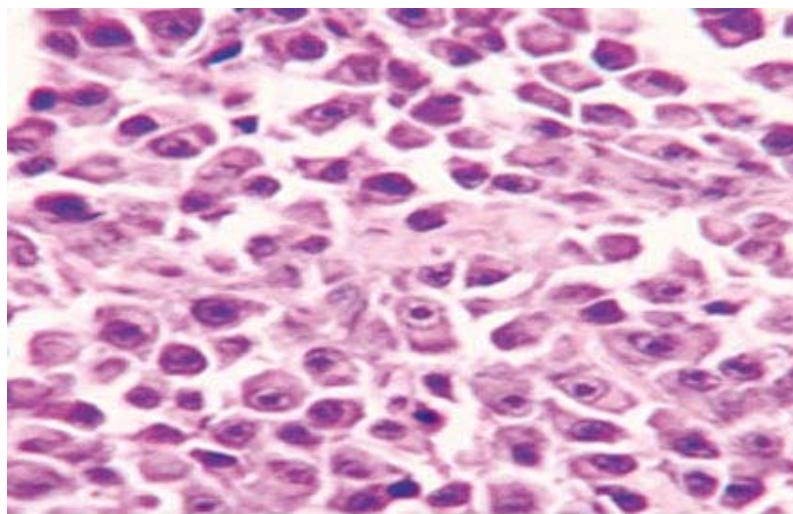
En estudio realizado con cortes a 7 mm se observa un aumento de volumen de la región glútea derecha con áreas hiperdensas en su interior, con densidades sólidas + 58 UH. Dicha tumoración mide 151 x 99 x 116 mm. Se sugiere BAAF de la lesión por presentarse 2 diagnósticos presuntivos: absceso de región glútea vs. tumor abscedado.

*Ultrasonido de región glútea derecha No. 2 (19 de noviembre de 2010):*

Glúteo derecho: presencia de imagen tumoral compleja, encapsulada, de bordes bien definidos, con tabiques en su interior y contenido celular que mide 30,5 x 56

mm a 22,7 mm de la piel en proyección del glúteo derecho e impresiona el aspecto de un absceso.

Teniendo en cuenta las características observadas mediante el examen físico, las evolutivas de la lesión en la región glútea derecha y los resultados contradictorios de los estudios imaginológicos, se realiza biopsia de la lesión y se informa la presencia de plasmocitoma abscedado (infiltrado compuesto fundamentalmente por células plasmáticas). El diagnóstico final del paciente fue mieloma múltiple del tipo IgG con plasmocitoma extramedular abscedado cutáneo (Fig. 3).



**Fig. 3.** Biopsia de la lesión en región glútea con presencia de infiltrado de células plasmáticas.

Después del diagnóstico, el paciente fue trasladado al servicio de Hematología para su tratamiento y seguimiento en conjunto con los servicios de Medicina interna y Cirugía.

## COMENTARIOS

Las neoplasias de células plasmáticas representan un grupo heterogéneo. En un extremo están los plasmocitomas extramedulares solitarios y en el otro, el mieloma múltiple; este último es el más frecuente dentro del grupo citado.<sup>1,2,6</sup>

Los plasmocitomas extramedulares primarios son infrecuentes, casi siempre aparecen de forma solitaria y sin afectaciones sistémicas. Sus sitios de localización más comunes son: el tracto respiratorio superior, sistema digestivo, sistema genitourinario, pulmón, ganglios linfáticos y piel. Generalmente presentan un cuadro clínico indoloro y es poco frecuente la evolución hacia un mieloma múltiple. Lo contrario ocurre con el plasmocitoma extramedular secundario en los mielomas múltiples, que constituyen indicios de agresividad y peor pronóstico.<sup>2</sup>

## RERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Franquelo Morales P, Valero Serrano B, Henry Syldor M, González Martínez F. Plasmocitoma óseo solitario. Revista Clínica de Medicina de Familia. 2010 [citado 15 jun. 2013]; 3(3):229-32. Disponible en:  
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?ICve=169616213012>
2. Contreras-Steyls M, Castillo R, López-Navarro N, Herrera Acosta E, Gallego E, Mota A, Herrera E. Plasmocitoma primario cutáneo múltiple. Med Cutan IberLat Am. 2012 [citado 30 may. 2013]; 40(6):191-6. Disponible en:  
[www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2012/mc126e.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2012/mc126e.pdf)
3. Banzo J, Palmera L, Ubieto MA, Bonafonte E, Rambalde EF, Ayala SM. Evolución de un plasmocitoma solitario del esternón a un mieloma múltiple con afectación extramedular multifocal hepática. Aportación de la F-FDG PET-TAC. Revista Española de Medicina Nuclear Imagen Mol. 2012 [citado 8 jun. 2013]; 31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.remn.2012.10.007>
4. Vincent Rajkumar S. Multiple myeloma: 2012 update on diagnosis, risk-stratification, and management. Am J Hematology. Jan. 2012 [citado 28 jul. 2013]; 87(1):78-88. Disponible en:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ajh.22237/pdf>
5. Roodman GD. Pathogenesis of mieloma bone disease. Spotlighty Review. Leukemia. 2009 [citado 23 ag. 2013]; 23;435-41. Disponible en:  
<http://www.readcube.com/articles/10.1038/leu.2009.243?locale=en>
6. Matarama Peñate M. Mieloma múltiple. Cap. 64. En: Matarama Peñate M, Llano Navarro R, Muñiz Iglesias P, Quintana Setién C, Hernández Zúñiga R, Vicente Peña E. Medicina Interna. Diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. p. 486-92. [citado 13 ag. 2013]. Disponible en:  
[http://www.bvs.sld.cu/libros\\_texto/medicina\\_interna\\_diagnostico\\_tratamiento/cap64.pdf](http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/medicina_interna_diagnostico_tratamiento/cap64.pdf)

Recibido: 15 de octubre de 2014.

Aprobado: 13 de noviembre de 2014.

Dr. Rodolfo Suárez Iznaga. Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Dr. Salvador Allende". Calzada del Cerro No. 1551. La Habana, Cuba. [rodolforez@infomed.sld.cu](mailto:rodolforez@infomed.sld.cu)