

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

PLASMOCITOMA SOLITARIO DE SENO MAXILAR. PRESENTACIÓN DE UN
PACIENTE

Por:

Dr. Amado Luis Figueroa Álvarez¹, Dra. Mayté Treto Fernández² y Dr. Víctor Hugo Cortés Rodríguez³

1. Especialista de II Grado en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Araldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC. e-mail: amadofig@yahoo.es
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año en Otorrinolaringología. Hospital Universitario "Araldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC. e-mail: mayteorl@yahoo.com.mx
3. Especialista de II Grado en Hematología. Hospital Universitario "Araldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.

Descriptor DeCS:

PLASMACITOMA
NEOPLASMAS DEL SENO MAXILAR

Subject headings:

PLASMACYTOMA
MAXILLARY SINOS NEOPLASMS

La primera proliferación neoplásica de células plasmáticas fue descrita por Dalrymple y Bence-Jones en 1846. Se caracterizaba por marcada proteinuria y dolores óseos. Rustizky, en 1873, acuñó el término de mieloma múltiple para esta enfermedad¹.

Las neoplasias malignas originadas a partir de los inmunocitos de la serie B (linfocitos-B y plasmocitos) abarcan: a) mieloma múltiple y plasmocitoma solitario, b) macroglobulinemia de Waldenström y otras gammopatías monoclonales, y c) leucemia linfocítica crónica y linfomas malignos. Los plasmocitomas solitarios (PS) son proliferaciones localizadas de plasmocitos, que pueden aparecer en cualquier lugar donde existan formaciones del sistema reticuloendotelial. Estos son tumores infrecuentes, y abarcan entre un 5-10% de las neoplasias de células plasmáticas².

Los pacientes jóvenes suelen ser los más afectados, así como el sexo masculino. Aunque el 80 % de los plasmocitomas solitarios se presentan en la región de la cabeza y el cuello, tienen predilección por la nasofaringe, la cavidad nasal y los senos perinasales. El plasmocitoma extramedular, con localización exclusiva en senos perinasales, es una enfermedad poco frecuente y de evolución incierta, sobre la que no existe un criterio unánime acerca del tratamiento que debe aplicarse. Los tumores que son bien delimitados deben ser tratados primariamente con cirugía. Sin embargo, las lesiones que requieren una extensa resección quirúrgica para obtener márgenes negativos, deben tratarse con radioterapia^{3,4}.

Presentación del paciente

Paciente de 55 años de edad, que acudió por primera vez a la consulta de Otorrinolaringología en octubre de 2005 por presentar obstrucción nasal mantenida, cefalea ocasional, dolor en la hemicara derecha y secreción nasal mucopurulenta, sobre todo por la fosa nasal derecha, de tres

meses de evolución. En el examen físico, se observaron imágenes de aspecto polipoideo en fosa nasal derecha. Se le realizaron rayos X de senos perinasales y se evidenció una opacidad de los senos maxilar y etmoidal derecho; se determinó realizar tratamiento quirúrgico. En el postoperatorio, como secuela de la cicatrización, se formó una fístula en el surco gingivolabial con secreciones mucosas, por lo que en diciembre de 2006 se le realizó el cierre de la misma, que resultó insatisfactorio. En marzo de 2007 la paciente llegó a nuestra consulta por la persistencia de obstrucción nasal, cefalea ocasional, dolor en hemicara derecha, secreción nasal purulenta y salida de secreción de aspecto mucoso por la fístula gingivolabial, de forma permanente. Al examen físico, encontramos que en la rinoscopia anterior, se observaban secreciones mucopurulentas en la fosa nasal derecha y la presencia de tejido de aspecto polipoideo, además de las secreciones que drenaban por la fístula del surco gingivolabial. Se le indicó una tomografía axial computadorizada (TAC) de senos perinasales el 15 de marzo de 2007, en la que se informó: Masa hiperdensa que ocupa el seno maxilar derecho, con desplazamiento de la pared nasooantral y lesión ósea de dicha pared (Fig 1).

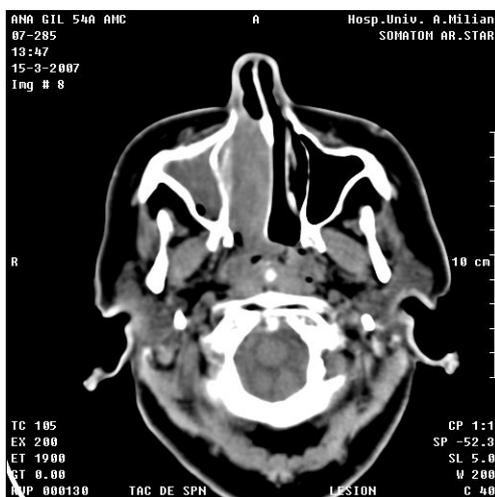


Fig 1 Masa hiperdensa que ocupa el seno maxilar derecho, con desplazamiento de la pared nasooantral y lesión ósea de dicha pared.

Se decidió realizar intervención quirúrgica el 24 de abril de 2007 y emplear la técnica de Cadwell-Luc, con anestesia general endotraqueal. Se observó un seno maxilar derecho ocupado por una tumoración de color rosado pálido, secreciones y destrucción de la pared nasooantral derecha; se realizó la exéresis total de la lesión y de la mucosa de los senos maxilar y etmoidal, cierre de la fístula gingivolabial, y polipectomía de la fosa nasal derecha; se le colocó sonda de Foley en el seno maxilar durante 48 horas. Todos estos procedimientos no presentaron complicaciones y se recibió el estudio anatomopatológico de la lesión, que informó: plasmocitoma (Figs 2 y 3). Se remitió al servicio de Hematología del hospital y se realizaron varios estudios para determinar la presencia de plasmocitoma solitario extramedular o de un mieloma múltiple, entre ellos, medulograma y biopsia de médula ósea, el día 4 de mayo del propio año, que resultaron negativos, por lo que se confirmó el diagnóstico de plasmocitoma solitario de seno maxilar. Se remitió al servicio de Oncología del Hospital "Celestino Hernández" y se le aplicó tratamiento con radiaciones. En el mes de junio del propio año se realizó una TAC evolutiva que mostraba masa hiperdensa en el seno maxilar derecho, la cual comunicaba con la fosa nasal de ese lado, con defecto óseo de la pared medial y anterior del seno maxilar y engrosamiento mucoso marginal acompañante (Fig 4).

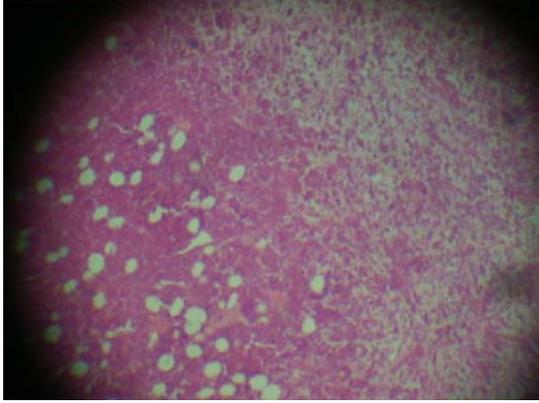


Fig 2 Infiltración masiva por células de estirpe plasmática. H-E 4/10.

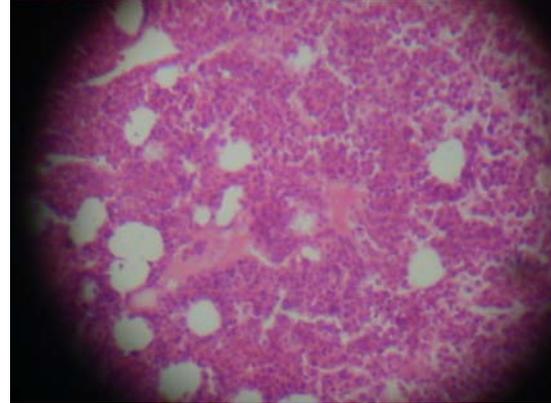


Fig 3 Imagen a máximo aumento que muestra células plasmáticas maduras. H-E 40/10.



Fig 4 Masa hiperdensa que ocupa el seno maxilar derecho y comunica con fosa nasal de ese lado por defecto óseo.

Comentario

El plasmocitoma extramedular no es frecuente; constituye el 1 % de las neoplasias del tracto aéreo superior, y el 60 % es de localización rinosinusal, con mayor frecuencia en el seno maxilar. Predomina en hombres de 40 a 70 años, en una proporción 3-4:1, preferentemente trabajadores de la madera⁵. Suele ser polipoide o sésil, de aspecto lobulado, generalmente no ulcerado, y los más agresivos suelen ser friables y blandos. Desde el punto de vista clínico, puede presentarse con insuficiencia ventilatoria nasal, epistaxis o ambas. El diagnóstico del plasmocitoma solitario es histológico. Son neoplasias de células plasmáticas secretoras de inmunoglobulinas, generalmente IgA, IgG o de una de las cadenas ligeras (kappa o lambda). El diagnóstico histológico se establece por la presencia de agregados de células plasmáticas con frecuentes atipias, como nucleolos irregulares, inversión en la proporción núcleo/citoplasma, mitosis e infiltración de tejidos adyacentes. Siempre debe investigarse la presencia de mieloma múltiple; su evolución es variable, aunque si bien la característica monoclonal es un signo de malignidad, el pronóstico depende más del estado general que de aspectos locales^{6,7}. No existe tratamiento de elección, pero diversos autores proponen la exéresis con radioterapia posquirúrgica o sin ella; no obstante, se informó un paciente que fue tratado únicamente con radioterapia y quimioterapia, que tuvo una buena

evolución⁸. Es imprescindible un buen seguimiento evolutivo del paciente tras el tratamiento, ya que no son infrecuentes las recidivas, tanto locales –que pueden anunciar la diseminación tumoral– como sistémicas (35 -50 %), sobre todo de vías aéreas bajas: pulmón, tubo digestivo y piel, que metastizarían más rápido y tendrían peor pronóstico, así como la progresión hacia el mieloma múltiple (20 – 30 %)⁹.

Referencias bibliográficas

1. Regezi JA, Sciubba JJ. Mieloma y plasmocitoma. En: Patología bucal. 3^{ra} ed. México. McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 290-2.
2. Obuekwe ON, Nwizu NN, Ojo MA. Extramedullary presentation of multiple myeloma in the parotid gland as first evidence of the disease a review with case report. Niger Postgrad Med J. 2005 Mar;12(1):45-8.
3. Morgan AE, Shields JA, Shield CI, Piccone Mr, Harrison SA. Presumed malignant plasmacytoma of the choroid as the first manifestation of multiple myeloma. Retina. 2003 Dec;23(6):867-8.
4. Seoane J, Aguirre-Urizar JM, Esparza-Gómez G. The spectrum of plasma cell neoplasia in oral pathology. Med Oral. 2003 Aug-Oct;8(4):269-80.
5. Edelstein E, Gal AA, Mann KP, Millar JI, Manssur KA. Primary solitary endobronchial plasmacytoma. Ann Thorac Surg. 2004;78:1449-51.
6. García Franco CE, Jiménez Hiscock L, Zapatero Gaviria J. Plasmocitoma costal solitario. Arch Bronconeumol. 2004;40:100-1.
7. Kaviani A, Djamali-Zavareie M, Noparast M, Keyhani-Rofagha S. Recurrence of primary extramedullary plasmacytoma in breast both simulating primary breast carcinoma. World J Surg Oncol. 2004 Aug 31;2(1):29.
8. Incarbone M, Pastorino U. Surgical treatment of chest wall tumors. World J Surg. 2001;25:218-30.
9. Yoon JH, Yook JI, Kim Hj. Solitary plasmacytoma of the mandible in a renal transplant recipient. Int J Oral Maxillofac Surg. 2003 Dec;32(6):664-6.