

Plasmocitoma Óseo Solitario en el Sacro

Instantánea Clínica

José Luis Alcocer-Maldonado¹, Luis Gerardo Domínguez-Carrillo²

¹ Neurocirujano. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México

² Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México

Fecha de recepción del manuscrito: 17/Noviembre/2020

Fecha de aceptación del manuscrito: 03/Marzo/2021

Fecha de publicación: 16/Febrero/2023

DOI: 10.5281/zenodo.7647519

Creative Commons: Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional.

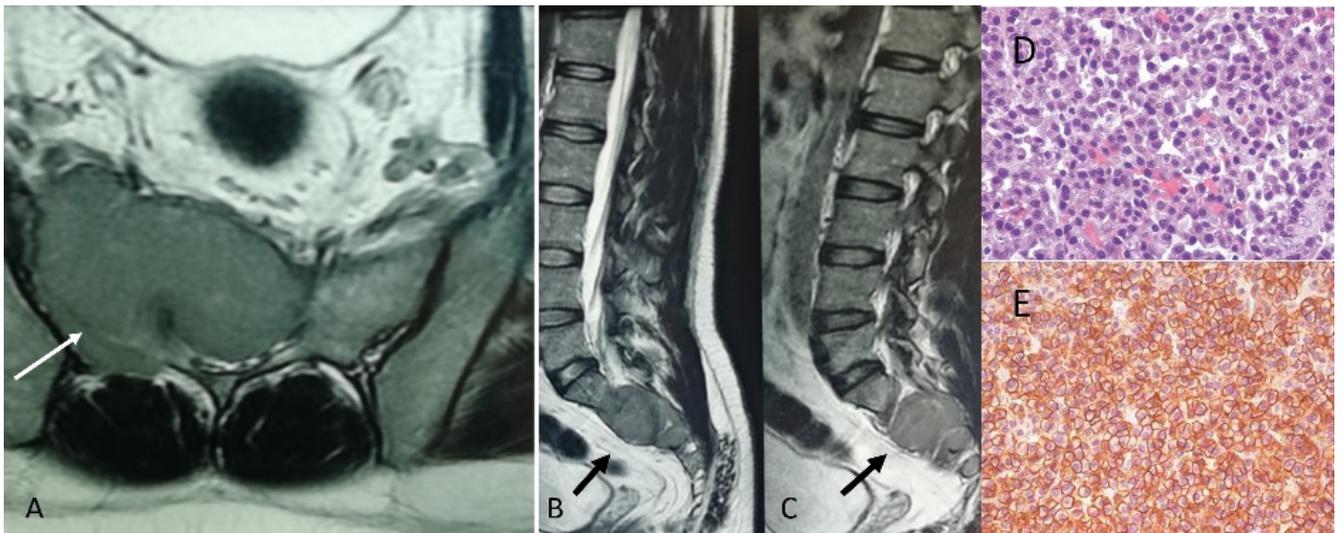


Figura 1: Imágenes de resonancia magnética en corte axial en (A) y cortes sagitales en (B y C), mostrando lesión tumoral en sacro (flechas), correspondiendo a plasmocitoma óseo solitario en sacro; en (D) imagen histológica con proliferación celular de elementos mononucleares con Golgi negativo y escaso citoplasma acidófilo, alternando con células binucleadas con patrón blástico de la cromatina (tinción hematoxilina y eosina X400); en (E) inmunohistoquímica con CD 138 positivo en 100% y negativo para cadenas kappa y lambda.

Masculino de 27 años, profesionalista, sin antecedentes de importancia, acude a consulta de neurología con lumbalgia y dolor ciático izquierdo de 45 días de evolución. A la exploración neurológica, marcha y postura normales, contractura de músculos paravertebrales lumbares izquierdos, hipoestesia en dermatomas L5/S1 izquierdos; Laségué positivo a 20° izquierdo, reflejo aquileo izquierdo abolido, examen clínico muscular normal para ambos miembros inferiores. Con diagnóstico clínico de Hernia discal lumbar L5/S1 se solicita resonancia magnética de columna lumbosacra. Encontrando masa tumoral homogénea, isointensa, de localización intrarraquídea extra-medular lesión tumoral en hueso sacro de predominio izquierdo (Figura 1, A-C); con el diagnóstico de cordoma sacro, se programó para cirugía en conjunto con oncología para resección de tumor. Durante la cirugía se encontró masa tumoral gelatinosa afectando la parte lateral izquierda del sacro efectuando resección digital y aspiración total. El reporte histológico indicó: Neoplasia de células plasmáticas (plasmocitoma); la inmunohistoquímica mostró CD 138 positivo en 100% y negatividad para cadenas kappa y lambda. (Figura 1, D-E). El paciente fue derivado a radioterapia en donde se le administró 50 Gy en 25 fracciones con terapia de arco volumétrico modulado y seguimiento por oncología. A seis meses de seguimiento el paciente se encuentra asintomático.

El plasmocitoma óseo solitario (POS) es una neoplasia caracterizada por proliferación monoclonal de células plasmáticas sin involucrar desorden a nivel de médula ósea. Representa 5-10% de las neoplasias de las células plasmáticas.¹ Es clasificado por la OMS en: Plasmocitoma solitario de hueso y Plasmocitoma solitario extra-medular, éste último afecta vías aéreas superiores hasta en 90% de los casos.² El diagnóstico de POS requiere los siguientes criterios: 1) Evidencia histológica de una masa neoplásica de células plasmáticas en un hueso. 2) Estudios radiológicos con ausencia de lesiones líticas a otros niveles. 3) Aspirado de médula ósea sin criterios de MM. 4) Ausencia de anemia, hipercalcemia e insuficiencia renal. 5) Inmunoelectroforesis en sangre y orina sin presencia de pico monoclonal diagnóstico de Mieloma múltiple.² El diagnóstico diferencial de este tipo de

tumores incluye neoplasias primarias, neoplasias benignas y metástasis en el espacio epidural, siendo un reto diagnóstico y terapéutico, debido a su baja incidencia y localización.³ El tratamiento incluye la escisión quirúrgica para el diagnóstico histológico y la limitación del daño neurológico. La radioterapia local es el tratamiento de elección, con una respuesta superior al 90%. La tasa de recidiva es superior en ancianos y en aquellos sujetos con afectación del esqueleto axial. Los factores predictivos de progresión a MM son: el tamaño tumoral, la presencia de osteopenia y la no reducción del pico monoclonal tras el tratamiento.⁴

FINANCIAMIENTO

El financiamiento del trabajo fue cubierto por los autores.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores niegan presentar conflictos de interés en éste trabajo

REFERENCES

- [1] Nahi H, Genell A, Walinder G, et al. Incidence, characteristics, and outcome of solitary plasmacytoma and plasma cell leukemia. Population-based data from the Swedish Myeloma Register. *Eur J Haematol* 2017;99:216-222. doi: 10.1111/ejh.12907.
- [2] Katodritou E, Terpos E, Symeonidis AS, et al. Clinical features, outcome, and prognostic factors for survival and evolution to multiple myeloma of solitary plasmacytomas: A report of the Greek myeloma study group in 97 patients. *Am J Hematol* 2014;89:803-808. doi: 10.1002/ajh.23745.
- [3] Chen HL, Chou YH, Lee YC, Tseng HC. Solitary plasmacytoma of bone over sacrum: a case report. *Ther Radiol Oncol* 2019; 3: 8-12. doi: 10.21037/ tro. 2019.02.04
- [4] Ozsahin M, Tsang RW, Poortmans P, et al. Outcomes and patterns of failure in solitary plasmacytoma: a multicenter Rare Cancer Network study of 258 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2006;64:210-217. doi: 10.1016/j.ijrobp.2005.06.039