



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-113 - PLASMOCITOMA INTESTINAL SIMULANDO RECIDIVA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

García Gil, José Manuel; de la Plaza Llamas, Roberto; Medina Velasco, Aníbal Armando; González Sierra, Begoña; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Picardo Gomendio, María Dolores; Gemio del Rey, Ignacio Antonio; Ramia Ángel, José Manuel

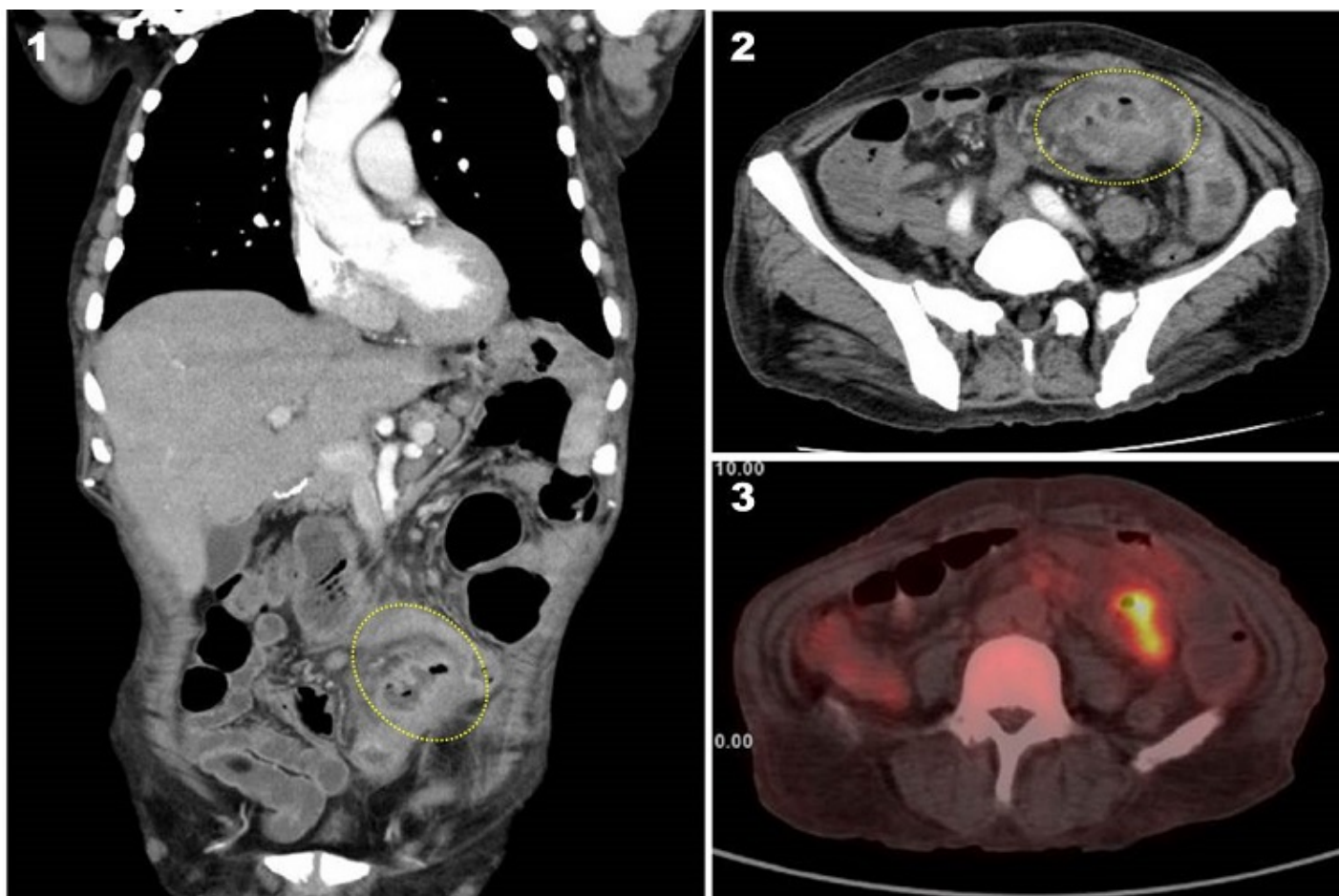
Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: El mieloma múltiple (MM) supone el 15% de neoplasias hematológicas y se caracteriza por la proliferación anómala de células plasmáticas en la médula ósea. Se manifiesta con anemia, afectación ósea lítica con dolor, debilidad e hipercalcemia así como daño renal. Aproximadamente el 13% de pacientes presenta lesiones extramedulares o plasmocitomas, denominados primarios cuando aparecen sin afectación medular ósea. Su localización en tracto gastrointestinal es infrecuente (1% en una serie de MM), donde pueden causar clínica abdominal por efecto masa e incluso obstrucción.

Caso clínico: Varón de 76 años con MM smoldering (indolente, sin precisar tratamiento) tras biopsia de médula ósea en junio de 2018. Simultáneamente presenta intolerancia y síndrome constitucional y es diagnosticado de adenocarcinoma antro pilórico cT3N2 tras la estadificación laparoscópica. Recibe neoadyuvancia Folfox (4 ciclos), precisa optimización nutricional preoperatoria con NPT y en agosto de 2018 se realiza gastrectomía distal D2 (salvo XIp) Y de Roux, con evolución postoperatoria favorable. AP: Adenocarcinoma gástrico mixto ypT3ypN0 (0/56). Oncología desestima completar adyuvancia por ECOG2 y falta de respuesta a quimioterapia previa. En junio de 2019 ingresa por cuadro de dolor epigástrico y vómitos y se diagnostica masa intestinal mesogástrica izquierda. TAC (figs.): cuadro oclusivo-suboclusivo con origen en asa intestinal difusamente engrosada próxima a pie de asa en mesogastrio-flanco izquierdo y dilatación proximal. PET-TAC (3): masa hipermetabólica intestinal de 10 cm de diámetro y SUV de 11,2, sugestiva de proceso inflamatorio sin poder descartar malignidad. Captación difusa de médula ósea y lesiones líticas esqueléticas axiales por mieloma. Gastroscopia: restos alimentarios en remanente gástrico. Se avanza 55 cm por asa eferente desde arcada dentaria sin observar lesiones. Con la recidiva tumoral en pie de asa como primera posibilidad se indica laparotomía, programada con la mejoría del perfil nutricional. Tratamiento quirúrgico: adherencias supramesocólicas e interasas laxas. No diseminación peritoneal. Aprox. 100 cm distal a pie de asa, masa mesentérico yeyunoileal que condiciona dilatación retrógrada. Resección segmentaria (incluyendo tumoración) y anastomosis yeyunoileal L-L isoperistáltica mecánica y sutura biplano del defecto restante. Al quinto día postoperatorio dolor y peritonismo en flanco izquierdo asociado a empeoramiento analítico (23.400 leucocitos, PCR 66 y PCT 3,3) y el hallazgo en TAC urgente de colección mal definida en hemiabdomen izquierdo, sin fugas de contraste, pero con datos incipientes de peritonitis. Relaparotomía: líquido turbio moderado. Perforación inadvertida puntiforme en asa yeyunal inmediatamente proximal a pie de asa con anastomosis yeyunoileal íntegra. Cierre simple biplano y lavado. Evolución posterior satisfactoria, siendo dado de alta al octavo día de la reintervención. AP: intestino delgado extensamente ulcerado e infiltrado por una proliferación de células plasmáticas con atipia citológica,

compatible con plasmocitoma. La biopsia posterior de médula ósea muestra infiltración en un 40% por células plasmáticas. Recibe 6 ciclos de quimioterapia VRD (bortezomib/lenalinomida/dexametasona) y después lenalinomida de mantenimiento. Transcurridos 23 meses de la cirugía oncológica gástrica permanece libre de enfermedad.



Discusión: En el MM debe sospecharse la afectación intestinal en el contexto de un cuadro oclusivo, pudiendo precisar cirugía, aunque el tratamiento primario de estos pacientes sea sistémico.