



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-484 - PLASMOCITOMA GÁSTRICO SOLITARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Riaño Molleda, A. Domínguez Díez, C.A. Escudero Ramírez, M. Fidalgo García, M. González Andaluz, B. Martín Rivas, H. Real Noval, R. Castañera González y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: Los plasmocitomas están caracterizadas por la proliferación de un clon de células plasmáticas típicamente productor de una inmunoglobulina monoclonal. Hay lesiones únicas (plasmocitomas solitarios) o múltiples. Los solitarios se asientan más en los huesos, pero también en otros tejidos, denominándose entonces plasmocitomas extramedulares. Se trata de tumores derivados de células plasmáticas que se desarrollan fuera de la médula ósea. Suponen un 3%, edad media al diagnóstico de entre 55 a 60 años, afectando en 2/3 a los varones. Se localizan más en el tracto aéreo superior, pero pueden existir en el aparato digestivo, vejiga urinaria, etc. Para caracterizar al plasmocitoma como extramedular es necesario que se cumplan una serie de criterios: 1. Biopsia tumoral que evidencie la presencia de células plasmáticas en el foco tumoral. 2. Ausencia de lesiones líticas óseas. 3. Estudio de médula ósea sin células plasmáticas patológicas (? 5%). 4. Ausencia de anemia, hipercalcemia e insuficiencia renal secundaria a trastorno proliferativo de células plasmáticas.

Caso clínico: Paciente de 78 años con antecedentes de hemorragia digestiva alta tras toma de AINES en 1996 con biopsia gástrica con gastritis crónica con metaplasia intestinal. Acudió a urgencias por cuadro de melenas y síndrome general de un mes de evolución. En endoscopia alta se visualiza pólipo de 5 cm entre cuerpo y antro gástrico con mucosa erosionada con diagnóstico anatomopatológico de tumor maligno indiferenciado, sugerente de carcinoma, por lo que se decide intervención. Se realiza gastrectomía total y reconstrucción del tránsito en Y de Roux, comenzando el procedimiento mediante DaVinci, pero dada la extensión tumoral se decide reconversión con linfadenectomía D1. En el postoperatorio, se produce dehiscencia de la anastomosis esófago-yeyunal que se maneja mediante tratamiento conservador con antibioterapia y nutrición enteral. La anatomía patológica muestra extensa infiltración tumoral por plasmocitoma con afectación transmural. Expresión de cadenas ligeras predominantemente kappa, Índice proliferativo alto (entre 20-70%). Linfadenectomía con presencia de plasmocitoma. Se completa estudio con proteinograma en suero y orina para descartar la existencia de gammapatía monoclonal asociada. El estudio inmunocitológico de la médula ósea fue normal. Se realizó serie ósea completa no evidenciándose lesiones líticas tumorales.

Discusión: 1. Ante el hallazgo de plasmocitoma extramedular (en este caso localización en tracto digestivo), es necesario descartar mediante estudio de médula ósea la presencia de mieloma, u otras gammapatías monoclonales, así como estudio de imagen (serie ósea, PET/TAC) que revele la presencia de otros nidos tumorales. 2. En casos de hemorragia digestiva en pacientes con antecedentes de mieloma múltiple o plasmocitoma extramedular, es necesario incluir en el diagnóstico diferencial la posibilidad de que el sangrado se origine en un nuevo foco de plasmocitoma a nivel gástrico o intestinal. 3. Aunque es cierto que el tratamiento quirúrgico no es de elección en este tipo de neoplasias, la situación de episodios reiterados de

hemorragia digestiva fueron detonantes para decantarnos por la gastrectomía como tratamiento sintomático en este paciente.