



www.elsevier.es/cirugia

P-373 - PLASMOCITOMA MESENTÉRICO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

Plata Illescas, Cristina; Notario Fernández, Pilar; Delgado Carrasco, Manuel Luis; Vico Arias, Ana Belén; Mogollón González, Mónica; González Martínez, Selene; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de un paciente con obstrucción intestinal como debut de un plasmocitoma extramedular, diagnosticándose posteriormente de mieloma múltiple.

Caso clínico: Paciente de 79 años con antecedentes personales de osteoporosis y espondilitis anquilopoyética, intervenido previamente de colecistectomía. Consulta en el Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal localizado en mesogastrio junto a disminución del número de deposiciones de 8 días de evolución, sin repercusión analítica ni del estado general. Se le realiza TAC abdominal que objetiva engrosamiento parietal de un segmento de yeyuno de 3,7 cm que estenosa la luz del mismo y ocasiona una dilatación retrógrada de asas. Se interviene quirúrgicamente realizándose resección segmentaria de intestino delgado incluyendo el tumor. El paciente fue dado de alta a los 7 días. La anatomía patológica informó de un plasmocitoma de 3×2 cm que infiltraba serosa y pared muscular, ulcerando la mucosa. Los márgenes de resección quirúrgica estaban libres, así como las 7 adenopatías aisladas. Se derivó a Hematología para estudio, siendo diagnosticado de mieloma múltiple IgG kappa, por lo que recibió 7 ciclos de Velcade, melfalán y prednisona. Desde el punto de vista digestivo, el paciente permaneció asintomático en las sucesivas revisiones, destacando únicamente estreñimiento crónico. Falleció a los 12 meses debido a una infección respiratoria por neutropenia febril.

Discusión: La mayoría de los pacientes con neoplasia de células plasmáticas muestran afectación difusa de la médula al diagnóstico. El plasmocitoma extramedular (PEM) es una de las formas más raras de presentación de la amplia patología tumoral de las células plasmáticas, ya que representa el 3% del total. Su localización más habitual es la cabeza y el cuello, en cerca del 90% de los casos. La afectación del tracto digestivo ocurre en menos del 10% de los casos. El PEM se define por la existencia de un foco clonal de células plasmáticas fuera de la medula ósea, sin evidencia de afección orgánica, de componente M ni de afección medular. Suele aparecer con mayor frecuencia en varones entre la cuarta y la séptima décadas de la vida. La afección digestiva, aunque inusual, es muy extensa en cuanto a su localización, siendo el estómago y el colon las más habituales. Su presentación es muy variable: desde formas completamente asintomáticas hasta hemorragias digestivas u obstrucción intestinal. Una vez diagnosticado, es importante descartar que se trate de una manifestación de mieloma múltiple (MM), lo que ocurre en un 4-5% de los casos y tiene implicaciones tanto en el tratamiento, al ser necesario añadir tratamiento quimioterápico sistémico, como en el pronóstico, mucho peor en los casos de MM con afección extramedular (inferior a 24 meses). El tratamiento del PEM depende de su localización, tamaño y grado histológico. En los localizados en el intestino, el tratamiento de elección es quirúrgico, siempre que sea posible la extirpación completa del tumor, añadiendo tratamiento radioterápico si

los márgenes están afectados y/o quimioterapia si es mayor de 5 cm, se produce una recidiva o hay refractariedad tumoral.