

Síndrome general y lesiones cutáneas

J. Campos Franco^a, R. López Rodríguez^a, J. M. Suárez Peñaranda^b, R. Alende Sixto^a y A. González Quintela^a
Servicios de ^a Medicina Interna y ^b Anatomía Patológica. Hospital Clínico. Complejo Hospitalario Universitario.
Santiago de Compostela. La Coruña.

Caso clínico

Un varón de 60 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y hepatopatía crónica de origen alcohólico ingresó para estudio de un síndrome general. A la exploración física destacaba intensa caquexia, hepatomegalia palpable 5 cm bajo el reborde costal y lesiones cutáneas en miembros inferiores, en número aproximado de 15, nodulares, pruriginosas, de coloración violácea, de unos 2,5-6 cm de diámetro, alguna de ellas ulcerada (fig. 1). Entre las exploraciones complementarias realizadas destacaba: hemoglobina, 9 g/dl; GGT sérica, 127 U/l; fosfatasas alcalinas, 587 U/l; proteínas totales, 10,1 g/dl, y albúmina, 2,4 g/dl. Una ecografía abdominal mostró la presencia de una gran hepatomegalia con tres nódulos hipoeoicos, compatibles con hepatocarcinoma multifocal o metástasis. La citología obtenida de la punción-aspiración guiada ecográficamente de uno de los nódulos fue positiva para malignidad. En el proteinograma sérico destacaba hipergammaglobulinemia (IgG, 6,570 mg/dl) y un pico monoclonal IgG-kappa. Se decidió realizar una biopsia cutánea.



Fig. 1. Nódulos eritematovioláceos en miembros inferiores.

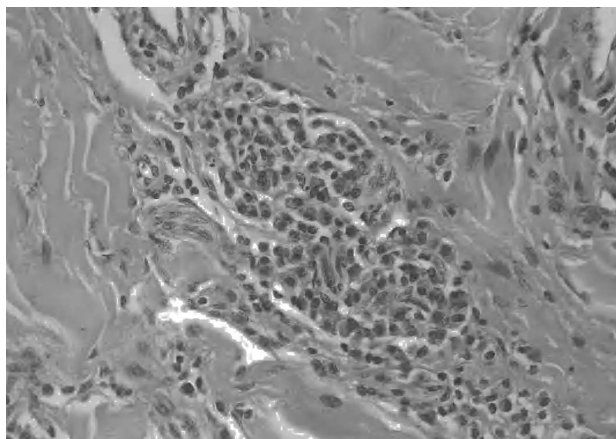


Fig. 2. Biopsia cutánea. Se observa infiltración dérmica, de localización preferentemente perianexial, por células plasmáticas maduras. (Hematoxilina eosina, magnificación original 200.)

Diagnóstico

Infiltración cutánea por mieloma IgG.

La biopsia cutánea reveló un masivo infiltrado por células plasmáticas (fig. 2). El estudio inmunohistoquímico demostró que casi todas las células eran productoras de IgG. Una biopsia de médula ósea confirmó la invasión medular por un 23% de células plasmáticas. El paciente fue remitido a su domicilio con tratamiento paliativo y falleció a las pocas semanas.

Discusión

El mieloma múltiple es una neoplasia hematológica caracterizada por la proliferación monoclonal de células plasmáticas que producen inmunoglobulinas monoclonales¹. La afectación cutánea por mieloma múltiple es infrecuente^{2,8}. En una revisión que incluía

plasmocitomas extramedulares y casos de mieloma múltiple con extensión cutánea se estimaba en 100 los casos comunicados hasta 2003². Las lesiones se describen como múltiples pápulas o nódulos de coloración rojiza o violácea^{2,8}, y por orden de frecuencia se distribuyen en tronco, cabeza y cuello, miembros inferiores y superiores². Ocasionalmente pueden estar ulceradas como en nuestro paciente³. La aparición de afectación cutánea por mieloma es un indicador de mal pronóstico^{2,8} y expresaría una gran masa tumoral⁴. La mayoría de los pacientes fallece en el año siguiente a la detección de las lesiones cutáneas^{2,3}. Algunos autores han señalado una mayor predisposición del mieloma IgA para provocar diseminación cutánea^{3,5,6} y una mayor agresividad en los mielomas IgD^{3,5,7}. El mieloma IgG, como el caso que presentamos, es el más frecuentemente asociado con afectación cutánea, siendo también el subtipo más frecuente de mieloma múltiple^{2,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bloch KJ, Franklin E. Plasma cell dyscrasias and cryoglobulins. *JAMA*. 1982;248:2670-6.
2. Requena L, Kutzner H, Palmedo G, Calonje E, Requena C, Pérez G, et al. Cutaneous involvement in multiple myeloma. A clinicopathologic, immunohistochemical, and cytogenetic study of 8 cases. *Arch Dermatol*. 2003; 139:475-86.
3. Patterson JW, Parsons JM, White RM, Fitzpatrick JE, Kohout-Dutz E. Cutaneous involvement of multiple myeloma and extramedullary plasmacytoma. *J Am Acad Dermatol*. 1988;19:879-90.
4. Durie BGM, Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma; correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment and survival. *Cancer*. 1975;36:842-54.
5. Bayer-Garner I, Smoller BR. The spectrum of cutaneous disease in multiple myeloma. *J Am Acad Dermatol*. 2003;48:497-507.
6. Kois JM, Sexton FM, Lookingbill DP. Cutaneous manifestations of multiple myeloma. *Arch Dermatol*. 1991;127:69-74.
7. Kato N, Kimura K, Yasukawa K, Aikawa K. Metastatic cutaneous plasmacytoma: a case report associated with IgA lambda multiple myeloma and a review of the literature of metastatic cutaneous plasmacytomas associated with multiple myeloma and primary cutaneous plasmacytomas. *J Dermatol*. 1999;26:587-94.
8. Stankler L, Davidson JF. Multiple extramedullary plasmacytomas of the skin: case report with a note on prognosis. *Br J Dermatol*. 1974;90:217-21.