

Lesión extrapleural en lóbulo superior derecho asociada a lesión lítica de la quinta costilla derecha

P. Cubo, M. Abad, S. Muñoz, J. González del Castillo, J. Lobo y M. Ruiz Yagüe
Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Caso clínico

Se trata de un varón de 78 años que acude a urgencias por dolor torácico opresivo, de más de treinta minutos de duración. Había sufrido un infarto agudo de miocardio anterior hacia cinco años, realizándose angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) sobre la descendente anterior y varios ingresos por angina inestable desde entonces; el último hacía cinco meses con rotablación de una lesión ostial de la coronaria derecha e implantación de stent. Era hipertenso y diabético con una insuficiencia renal secundaria a nefroangioesclerosis de dos años de evolución. En la exploración física presentaba una tensión arterial de 140/70, siendo el resto de la exploración normal. En las pruebas complementarias el electrocardiograma mostraba un ritmo sinusal sin otros hallazgos de interés, sistemático de sangre con hemoglobina de 15 mg/dl, hematocrito de 33 y volumen corpuscular medio de 93, siendo el resto normal. En la bioquímica se objetivó una creatinina de 1,8 mg/dl y urea de 92 mg/dl con sodio, potasio, cloro y calcio normales y creatinfosfocinasa (CPK) y troponina I también normales. En la radiografía de tórax se apreciaba una lesión extrapleural en el lóbulo superior derecho con una lesión lítica a nivel del arco medio posterior de la quinta costilla derecha (fig. 1).

En planta se realiza un proteinograma con albúmina, alfa globulinas y beta globulinas normales, y gammaglobulina de 1,6 g/l con inmunoglobulina G (IgG): 1.800; IgA: 391, e IgM: 72 mg/dl. Se realizó inmunolectroforesis: IgG: 2.180 mg/dl; IgA: 315 mg/dl, e IgM 51 mg/dl. La inmunolectroforesis en orina fue negativa.

La serie ósea sólo evidenció la lesión costal. Se realizó punción de médula ósea con un 1,1% de células con fenotipo de célula plasmática kappa positiva. Por último, se realizó una punción de la lesión, confirmándose el diagnóstico.

Desde el punto de vista cardiológico se repitió la coronariografía, objetivándose una estenosis intransitante sobre la coronaria derecha (CD), realizándose nueva ACTP.



Fig. 1.

Diagnóstico

Plasmocitoma óseo solitario.

Comentario

El diagnóstico de plasmocitoma óseo solitario requiere la presencia de una lesión ósea única con histopatología plasmocelular monoclonal, demostrada por inmunohistoquímica, sin infiltración por células plasmáticas de la médula ósea, ausencia o bajos niveles de componente M sérico y urinario, no evidencia de anemia, hipercalcemia o afectación renal atribuible a mieloma múltiple. El plasmocitoma óseo se produce en dos tercios de los casos en varones, con una edad media de 55 años, aproximadamente 10 años más jóvenes que los diagnosticados de mieloma múltiple. Aunque puede afectar a cualquier hueso, la localización más frecuente es vertebral (50% de los casos). La forma más frecuente de presentación es el dolor debido a la destrucción ósea, pero cuando la localización es vertebral puede debutar con clínica de compresión radicular e incluso medular. En la radiografía simple se objetiva una lesión lítica con una zona mar-

ginal y otra estrecha zona de transición entre ésta y el hueso normal. Con tomografía computarizada (TC) y mejor con resonancia magnética nuclear (RMN) se define con mayor precisión la extensión del tumor¹. La electroforesis de suero y orina revela la presencia de proteína monoclonal entre un 24% y un 72% de los pacientes según las series, aunque con niveles más bajos que en aquéllos con mieloma múltiple. El tratamiento de elección es la radioterapia local, con la que se obtiene un 90% de curaciones². La supervivencia media es mayor de 10 años y la supervivencia libre de enfermedad a los 10 años oscila entre el 15% y el 42%. El resto presentan recidiva local (12%), una nueva lesión solitaria a distancia (15%) o evolucionan a mieloma múltiple (58%)³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dimopoulos MA, Moulopoulos LA, Maniatis A, Alexanian R. Solitary plasmacytoma of bone and asymptomatic multiple myeloma. *Blood*. 2000;96:2037-43.
2. Jyothirmayi R, Gangadharan VP, Nair MK, Rajan B. Radiotherapy in the treatment of solitary plasmacytoma. *Br J Radiol*. 1997;70:511-6.
3. Ellis PA, Colls BM. Solitary plasmacytoma of bone: clinical features, treatment and survival. *Hematol Oncol*. 1992;10:207-11.