



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/729 - Dorsalgia en paciente con plasmocitoma óseo solitario

C. Fonseca Rodríguez<sup>a</sup>, P.C. Medina Quiróz<sup>b</sup> y L. Balada Matamoros<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vinaròs. Castellón. <sup>b</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Vinaròs. Castellón. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Vinaròs. Castellón.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre, 55 años con dorsalgia de 2 meses de evolución, sin traumatismo asociado, no aliviaba con AINEs, empeoró progresivamente, añadiéndose después debilidad en MMII, parestesias y dificultad para micción y defecación. Antecedentes: hipercolesterolemia, gastritis. Tratamiento: IBP y estatinas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destacaba dolor a la palpación, flexión y extensión del tronco en región interescapular. Semanas después aparece debilidad muscular en MMII. Analítica básica y radiografías de columna cervical y dorsal sin hallazgos. Después aparecieron parestesias e hipoestesia a partir de D3-D4 hasta L5-S3, hiperreflexia rotuliana, aumento de base de sustentación. Fue derivado a Urgencias. En estudio destacó: proteinograma: gammaglobulina 0,97 g/dL, con pequeña banda monoclonal. La inmunofijación en suero mostró pico monoclonal IgG kappa (1,90%), inmunofijación orina de 24h: proteinuria 16,6 mg/dL = 465 mg/d y fue negativo para picos monoclonales y detección de cadenas ligeras. Las radiografías simples de tórax, pelvis, cráneo y huesos largos así como el TAC craneal y RMN cerebral fueron normales. La RMN medular mostró aplastamiento de T1, lesiones óseas de aspecto metastásico en interior de cuerpos vertebrales C7-T1, masa epidural anterior y posterior que comprimía la médula espinal, compatible con mielopatía compresiva. Posteriormente se realizó TAC toraco-abdomino-pélvico que confirmó los hallazgos de la RMN. Finalmente se hace una PAAF de T1 guiada por TAC cuyo estudio anatopatológico revela Infiltrado plasmocitario atípico compatible con plasmocitoma.

**Juicio clínico:** Plasmocitoma óseo solitario.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome POEMS, MM, mielopatía compresiva por metástasis.

**Comentario final:** El plasmocitoma es un tumor de células plasmáticas, histológicamente idéntico al MM, al que se denomina plasmocitoma óseo solitario (POS) cuando afecta al hueso, y plasmocitoma extramedular si no lo compromete. Asienta principalmente en columna vertebral, aunque poco habitual, es un diagnóstico a tener en cuenta en pacientes con dolor dorsal y/o lumbar. Aparece en la 6<sup>a</sup> y 7<sup>a</sup> décadas de la vida, con predominio en hombres 2:1, presentando frecuente asociación con síndrome de POEMS (SP). El tratamiento de elección es la radioterapia local, empleando quimioterapia para casos de enfermedad persistente o recidivante. Se reserva cirugía para complicaciones como compresión medular y colapso vertebral. En nuestro paciente se instauró tratamiento con corticoides e IBP. Se realizó artrodesis C5-T4, descompresión con laminectomía de T1, finalizando con radioterapia local con buena respuesta hasta la actualidad. La supervivencia aproximada es de 10 años, el 50% de los casos puede evolucionar siendo variante clínica o

estado inicial del MM, lo que ensombrece el pronóstico. Se deben realizar revisiones periódicas, con inmunoelectroforesis de proteínas séricas, el indicador más preciso de diseminación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Dores GM, Landgren O, McGlynn KA, Curtis RE, Linet MS, Devesa SS. Plasmacytoma of bone, extramedullary plasmacytoma, and multiple myeloma: incidence and survival in the United States, 1992-2004. *Br J Haematol.* 2009;144:86-94.
2. Rattican D, Kelly DL, Filler KA, Lyon DE. Back pain caused by a solitary plasmacytoma of bone. *Clin J Oncol Nurs.* 2010;14:149-52.
3. Dispenzieri A. POEMS síndrome. *Blood Rev.* 2007;21:285-99.
4. Bertanha F, Boufelli G, de Camargo OP, Baptista AM, Caiero MT, de Oliviera CR, et al. Oncologic progression of bone plasmacytomas to multiple myeloma. *Clinics.* 2006;61:139-46.