

Cartas al Director

Plasmocitoma extramedular que simula una metástasis pulmonar

Extramedullary Plasmacytoma That Simulates Pulmonary Metastasis

Sr. Director:

Leemos con gran interés el informe de tres casos de plasmocitoma extramedular (PEM) publicado por Montero et al¹. En todos los casos, la presentación radiológica era de un tumor adyacente a los bronquios, con o sin engrosamiento de ganglios linfáticos, que simulaba un cáncer pulmonar. El diagnóstico final fue obtenido mediante una biopsia pulmonar.

Recientemente, observamos un caso de PEM con diferentes hallazgos radiológicos. La paciente era una mujer de 66 años de edad con disnea progresiva durante el esfuerzo, tos seca y malestar general, pero sin presentación de fiebre ni otros síntomas. La paciente declaró haber perdido unos 10 kg de peso a lo largo del año anterior, y presentaba antecedentes de tuberculosis, por la que había recibido tratamiento estándar seis años antes. La exploración física fue normal, salvo por la presencia de estertores crepitantes bilaterales.

La tomografía computarizada (TC) mostraba opacidades nodulares con márgenes mal definidos en ambos pulmones, pero sobre todo en el derecho y una atelectasia en el lóbulo inferior izquierdo con bronquiectasia (fig. 1). Las pruebas de laboratorio fueron normales. La broncoscopia con fibra óptica mostró estenosis en la luz del lóbulo inferior izquierdo, sin lesión de la mucosa. El lavado broncoalveolar dio negativo para células neoplásicas, hongos y micobacterias. El cepillado y la biopsia bronquial dieron resultados negativos respecto a neoplasia maligna. La biopsia a pulmón abierto reveló proliferación de células plasmáticas bien diferenciadas. La inmunohistoquímica mostró células tumorales que dieron positivas para cadenas ligeras tipo kappa. No se detectó ninguna proteína Jones-Bence en la orina. Un examen óseo y una biopsia de médula ósea aportaron resultados negativos para mielomatosis. La paciente recibió quimioterapia, y tres años después del diagnóstico se encuentra bien y sin síntomas.

El diagnóstico de la PEM se basa en el hallazgo de tumor de células plasmáticas monoclonales en un sitio extramedular y de células clonales en médula ósea inferior al 10%². Es poco usual que el origen primario sea el pulmón, aunque se han notificado algunos casos. Casi todos los casos de plasmocitoma pulmonar se presentan como lesiones de masa nodular solitaria¹⁻³. Según nuestro conocimiento, solo se ha descrito un caso de PEM con nódulos múltiples⁴, y a diferencia de nuestra paciente, dicho caso estaba asociado con una masa mediastínica.

La resección quirúrgica es el mejor tratamiento para los plasmocitomas pulmonares localizados, que en algunos casos se combina con quimioterapia o radioterapia. Los tumores de células plasmáticas son radiosensibles, pero el número de opciones terapéuticas se reduce en los pacientes con compromiso pulmonar difuso, ya que la cirugía y la radioterapia no son factibles^{3,5}. El

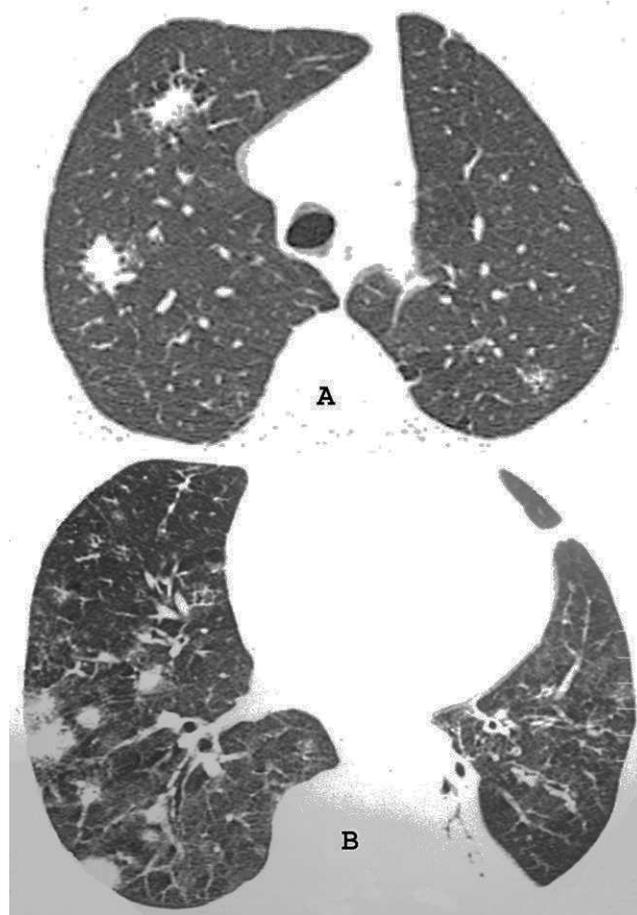


Figura 1. Tomografías computarizadas de los lóbulos superiores (A) e inferiores (B) que muestran nódulos mal definidos de diferentes tamaños, predominantemente en el pulmón derecho, y atelectasia en lóbulo inferior izquierdo.

plasmocitoma pulmonar múltiple diseminado, como el observado en nuestra paciente, puede controlarse de forma eficaz mediante regímenes combinados de agentes quimioterápicos. El pronóstico de los pacientes con PEM es generalmente mejor que el de aquellos con mielomatosis. La PEM, a diferencia de los mielomas solitarios, avanza a mielomatosis en muy pocos casos⁴. Nuestra paciente fue tratada con quimioterapia, y durante el seguimiento de tres años no experimentó ningún tipo de crecimiento, y permaneció clínicamente estable.

Bibliografía

1. Montero C, Souto A, Vidal I, Fernández Mdel M, Blanco M, Vereá H. Three cases of primary pulmonary plasmacytoma. Arch Bronconeumol. 2009;45:564-6.

- Kaneko Y, Satoh H, Haraguchi N, Imagawa S, Sekizawa K. Radiologic findings in primary pulmonary plasmacytoma. *J Thorac Imaging*. 2005;20:53-4.
- Goździuk K, Kedra M, Rybojad P, Sagan D. A rare case of solitary plasmacytoma mimicking a primary lung tumor. *Ann Thorac Surg*. 2009;87:e25-6.
- Luh SP, Lai YS, Tsai CH, Tsao TC. Extramedullary plasmacytoma (EMP): Report of a case manifested as a mediastinal mass and multiple pulmonary nodules and review of literature. *World J Surg Oncol*. 2007;5:123.
- Marisavljevic D, Markovic O, Cemerik-Martinovic V, Ponomarev D. Plasmacytoma of the lung: an indolent disease resistant to conventional myeloma treatment: Informe de un caso. *Med Oncol*. 2005;22:207-10.

Edson Marchiori*, Arthur Cardoso, Gláucia Zanetti y Bruno Hochhegger

Servicio de Radiología, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: edmarchiori@gmail.com (E. Marchiori).

doi:10.1016/j.arbres.2010.01.002

Tumor de Askin intrapulmonar. Una forma inusual de presentación

Intrapulmonary Askin Tumour: an Unusual Form of Presentation

Sr. Director:

Askin en 1979¹ llamó la atención sobre la existencia de un tumor maligno de la pared torácica, que afectaba a gente joven y presentaba un comportamiento agresivo; actualmente este tumor se incluye dentro de los tumores neuroectodérmicos primitivos periféricos (pPNET), siendo su localización más frecuente la pared torácica². Presentamos un caso de tumor pPNET, intrapulmonar sin afectación de la pared torácica.

Hombre de 76 años que estaba siendo estudiado por EPOC y al que se le detecta en la Rx de tórax (no mostrada) una tumoración en el vértice pulmonar derecho. El paciente no refería dolor torácico. Se le practicó una TC torácica (fig. 1), apreciándose en el segmento apical del lóbulo superior derecho, la presencia de una tumoración sólida, con contorno espiculado, de 3,5 cm de diámetro, sin adenopatías o derrame pleural asociado. Tras la intervención, el diagnóstico anatomopatológico fue de tumor neuroendocrino pulmonar primitivo (pPNET-tumor de Askin). El paciente recibió tratamiento coadyuvante con de quimioterapia (adriamicina, vincristina y ciclofosfamida), falleciendo a los 6 meses.

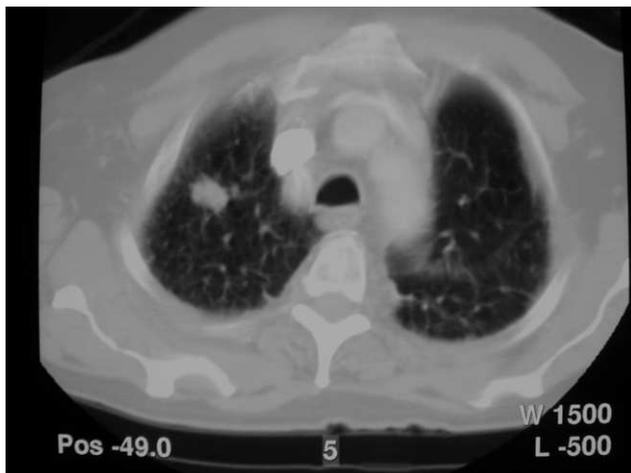


Figura 1. TC de tórax: tumoración de contornos espiculados en vértice pulmonar derecho sin contacto con la pleura.

El término de pPNET es el preferido actualmente para describir una familia de tumores que se caracterizan por una translocación cromosómica específica, t(11; 22) (q24; p12), y que presentan en grado variable características de diferenciación neuroectodérmicas³. La clínica asociada suele ser dolor torácico (39%), deformidad de la pared o masa palpable; se ha descrito su asociación con otras neoplasias de tipo hematológica, como la enfermedad de Hodgkin⁴.

Radiológicamente, se presenta como una masa de partes blandas de pared torácica que puede asociarse a erosión costal y derrame pleural, siendo fácilmente diagnosticada mediante TC y RM, que además, permiten delimitar su extensión, valorar los efectos de la quimioterapia y las posibles recurrencias tras la cirugía³. Dentro de la rareza de este tipo de neoplasia de la pared torácica, la localización intrapulmonar (como en nuestro caso) ha sido escasamente reportada⁵.

El diagnóstico definitivo de estos tumores se realiza mediante el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. El tratamiento consiste en la resección radical de la tumoración, acompañada de quimioterapia con/sin radioterapia. Se han descrito recidivas tras la cirugía (local o a distancia) siendo el pronóstico generalmente infausto^{2,3}.

Bibliografía

- Askin FB, Rosai J, Sibley RK, Dehner LP, Mc Alister WH. Malignant small cell tumour of the thoracopulmonary region in childhood: a distinctive clinicopathologic entity of uncertain histogenesis. *Cancer*. 1979;43:2438-51.
- Cañizares MA, Arnau A, Cantó A. Tumor de Askin de pared torácica con metástasis precoz. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:215-6.
- Tazi I, Zafad S, Madani A, Harif M, Quessar A, Benchekroun S. Tumeur d'Askin : à propos d'un cas avec revue de la littérature. *Issue Series Title: Cancer Radiother*. 2009;13:771-4.
- Gladish GW, Sabloff BM, Munden RF, Truong MT, Erasmus JJ, Chasen MH. Primary Thoracic Sarcomas. *RadioGraphics*. 2002;22:621-37.
- Verfaillie G, Hoorens A, Lamote J. Primary primitive neuro-ectodermal tumour of the lung. *Acta Chir Belg*. 2009;109:381-4.

José Manuel Cabello-Bautista*, Ángel Daniel Domínguez-Pérez y María Alcázar Iribarren-Marín

Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmc82@hotmail.com (J.M. Cabello-Bautista).

doi:10.1016/j.arbres.2010.01.011