



Plasmocitoma costal solitario

Sr. Director: El plasmocitoma puede definirse como una proliferación neoplásica de células plasmáticas, más o menos delimitada, en ausencia de enfermedad generalizada. De esta manera se excluye una situación común en la que el tumor de células plasmáticas es una manifestación del mieloma múltiple. Este tumor puede consistir en una lesión osteolítica aislada de un hueso, en una masa de tejidos blandos o bien en una afectación visceral¹. En el caso que a continuación exponemos se trata de la primera de las formas de presentación anteriores, lo que constituye un tipo raro de tumor maligno de pared torácica².

Se trata de una paciente de 32 años estudiada en el Servicio de Hematología por una trombocitosis sin una filiación clara. No presentaba otros antecedentes médicoquirúrgicos de interés. La exploración física era normal, salvo por una tumoración costal levemente dolorosa a la palpación. Los parámetros analíticos se encontraban dentro de la normalidad salvo por la trombocitosis ya mencionada (585.000 plaquetas/ μ l) y por la existencia de dos paraproteínas monoclonales en pequeña cuantía: IgG lambda e IgM kappa, respectivamente. En la radiografía de tórax practicada se apreció una lesión osteolítica en la novena costilla derecha (fig. 1). Se depuró dicha imagen mediante tomografía axial computarizada, donde se constató una imagen en el arco medio posterior de la novena costilla derecha con insuflación, esclerosis y también rotura de la cortical. Presentaba asimismo un aumento de las partes blandas. Se llevó a cabo igualmente una gammagrafía ósea que demostró un aumento difuso de la captación en los tejidos blandos adyacentes a la novena costilla derecha, sin que existiesen evidencias de depósitos focales dispersos. En la biopsia de médula ósea practicada no se observó plasmocitosis significativa. Con toda esta información y buscando un resultado histológico definitivo, se intervino a la paciente bajo anestesia general y se realizó una biopsia-resección de la lesión. En ésta se verificó que las partes blandas adyacentes a la lesión no estaban invadidas por tumor y exclusivamente presentaban una reacción fibrovascular reactiva. El diagnóstico histopatológico definitivo fue de plasmocitoma óseo solitario, resecado en su totalidad. En las revisiones realizadas a los 6 meses y al año de la intervención se demostró la desaparición de la trombocitosis y de la paraproteinemia; la situación clínica de la paciente fue óptima.

En el plasmocitoma los síntomas clínicos dependen de la localización de la lesión. Se describe típicamente su asociación con el síndrome POEMS (polineuropatía, organomegalia, endocrinopatía, proteínas monoclonales y cambios cutáneos). Recientemente se ha asociado a un nuevo síndrome, el AESOP (adenopatías y alteraciones cutáneas extensas con plasmocitoma subyacente)³. Radiológicamente el plasmocitoma típico aparece como una lesión lítica que envuelve la costilla o la región esternal afectadas⁴. Si el tumor no se detecta a tiempo puede des-

5. Rocco G, Robustellini M, Rossi G, Della Pona C, Rizzi A, Crasti B. Solitary bone plasmocytoma of rib presenting as a superior sulcus tumor. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1993;105:944-5.

Fig. 1. Radiografía de tórax donde se observa una lesión tumoral osteolítica en la novena costilla derecha.

truir la estructura ósea e invadir partes blandas⁵. El diagnóstico del plasmocitoma óseo solitario se basa en la evidencia histológica de dicha lesión y en la ausencia de alteraciones propias del mieloma múltiple, como son la anemia, la proteinuria de Bence-Jones, la paraproteinemia marcada y la afectación de la médula ósea en una localización distinta de la del tumor primario^{4,5}. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica de la lesión, con lo que se evita su diseminación local y sistémica y se consigue una elevada supervivencia a largo plazo. En los casos en que persista una lesión residual, por no haber podido conseguir la resección completa del tumor, se debe añadir tratamiento quimiorradioterápico adyuvante^{2,5}.

El seguimiento clínico y analítico posterior a la resección de la lesión es fundamental para poder detectar posibles recidivas locales o sistémicas.

C.E. García Franco, L. Jiménez Hiscock y J. Zapatero Gaviria

Servicio de Cirugía Torácica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

1. Fraser RS, Paré JAP, Fraser RG, Paré PD. *Enfermedades del tórax*. 2.^a ed. Philadelphia: Saunders, 1996.
2. Incarbone M, Pastorino U. Surgical treatment of chest wall tumors. *World J Surg* 2001;25:218-30.
3. Lipsker D, Rondeau M, Massard G, Grosshans E. The AESOP (adenopathy and extensive skin patch overlying a plasmocytoma) syndrome: report of 4 cases of a new syndrome revealing POEMS (polyneuropathy, organomegaly, endocrinopathy, monoclonal protein, and skin changes) syndrome at a curable stage. *Medicine* 2003; 82:51-9.
4. Pezzella AT, Fall SM, Pauling FW, Sandler TR. Solitary plasmocytoma of the sternum: surgical resection with long-term follow-up. *Ann Thorac Surg* 1989;48:859-62.