

Contribución al Estudio de los Plasmocitomas

Un Caso de Fibroplasmocitoma Osteógeno

POR EL DR. TOMAS G. PERRIN

CONSIDERACIONES PREVIAS

Los tumores plasmocitarios de cuya sinonimia — tan profusa como incorrecta — nos ocuparemos en seguida, son relativamente raros y su identificación histológica es obra de los últimos años.

Así, son omitidos en la edición última del voluminoso tratado de Anatomía Patológica de Cornil y Ranvier, (1901); la excelente monografía de Menetrier sobre Cáncer, publicada en París el año de 1908 no les menciona, aunque se ocupa de los mielomas, bajo cuya denominación suelen ser agrupados aquellos (y aun afirma del mencionado grupo que se trata de afecciones muy raras de las que el autor no tuvo ocasión de estudiar ejemplar alguno); tampoco son mencionados en el extenso tratado alemán de Anatomía Patológica de Ziegler, (1910) ni en la obra de Bériel, ni en la Achard y Loeper, publicadas en París en 1916, si bien en el conocido *Précis* de Herrmann y Morel editado dos años antes que estas últimas se admite la existencia de mielomas plasmocitarios, aunque bajo la designación impropia de linfomas medulares.

Cajal, el ilustre descubridor del plasmocito tampoco habla de las neoformaciones tumorales constituídas por dichos elementos en su manual de Anatomía Patológica General (1918).

Mac Callum (*A text book of Pathology*, Filadelfia, 1917) trata del mieloma linfoide sospechando que en algunos casos sus elementos no serían linfocitos sino plasmocitos y cita en las respectivas referencias bibliográficas solamente seis trabajos; uno personal, otro también de investigador norteamericano, de Christian; uno de literatura inglesa, de Sheman, y tres alemanes, de Hoffman, Stemberg y Hedinger.

Con no menos prudencia y concisión que Mac Callum se expresa Mallory en 1918 (*Principles of Pathologic Histology*, Filadelfia), pero en el año de 1919 Ewing (*Neoplastic Diseases*) con una sugestiva clasificación de los mielomas da a la neoplasia de que nos ocupamos su rango oncológico bajo la denominación de plasmocitoma.

Publicaciones posteriores (1) como la norteamericana de Stengel y Fox (*A text book of Pathology*, Filadelfia, 1921) la española de Pittaluga (*Enfermedades de la sangre*, Madrid 1921) y las francesas de Masson, (*Tumeurs. Diagnostiques Histologiques*, París 1923), Jolly (*Traité Technique d'hématologie*, París 1923) y Ball (*Traité d'Anatomie Pathologique Générale*, París, 1924) conservan la misma importancia al plasmocitoma como entidad neoplásica aunque estimádole infrecuente. De Masson son las siguientes palabras:j'insisterai fort peu sur ces tumeurs exceptionnelles (2)

Aparte los tratados dichos, debo mencionar la comunicación hecha por Rogers y publicada en el *Canadian Medical Association Journal*, de Toronto (marzo 1920) reseñando un caso de plasmoma de la nasofaringe y afirmando que en los archivos del *Royal Victoria Hospital* correspondientes a cinco años, solo se consignan dos observaciones de tal neoplasia; los estudios presentados por Masson y Wolf en su nombre y en los de Martín y Colradt ante la Asociación Francesa para el estudio del Cáncer (noviembre de 1920) sobre dos casos de plasmocitoma y el bello estudio clínico y de Laboratorio de Wood y Lucké, publicado en los *Annals of Surgery* que dirige Pilcher de New-York (julio 1923) sobre un caso de mieloma múltiple de tipo plasmocítico; este trabajo va seguido de una nota donde se expresa la literatura que sobre el particular llegó a manos de los autores. La parvedad de la bibliografía del plasmocitoma se pone de relieve con la sola consideración de que a pesar de la escrupulosidad conque generalmente son expuestas por los investigadores norteamericanos las referencias bibliográficas solo se mencionan cuatro trabajos; uno sueco de Wallgrem (1920) quien logró estudiar 13 casos de mieloma, no todos, por supuesto, de plasmocitos y tres norteamericanos, de Symmers (1918) que en seis mil autopsias solo encontró tres casos de multimieloma, de Greenough Simmons y Harmer (1921) y el de Christian, ya citado por Mac Callum.

La consideración pues de que si en general el mieloma no es neoplasma muy frecuente su variedad plasmocitaria, o plasmocitoma, lo es menos, me obliga a dar a conocer un caso recientemente estudiado y en el que la formación plasmocítica se asociaba a un fibroma osteoblástico.

Diré todavía, previamente, algunas breves palabras sobre este tumor.

SINONIMIA DEL PLASMOCITOMA

Como términos sinónimos de plasmocitomas (Ewing) he visto empleados los siguientes: mieloma (Mallory) plasmoma (Hoffmann) sarcoma plasmocitario (Masson, Ball) o plasmosarcoma (Masson y Wolf) mieloma de tipo plasmocítico (Lucké) linfoma medular (Herrman y Morel) mieloma linfoide (Mac Callum) y premielocitoma (Martín y Colradt).

(1) En 1921 Herzzeimer habla de mielomas integrados por plasmazellen (*Grundlagen der Pathologischen Anatomie*, página 128.

(2) Pittaluga considera al plasmocitoma como un tipo de la enfermedad neoplastiforme de Kahler.

Aunque prefiero y adopto la denominación de plasmocitoma creo perfectamente sinónimas las de plasmoma y mieloma de tipo plasmocítico (esta última cuando el tumor radica en la médula ósea) menos aceptable la de sarcoma plasmocitario o plasmosarcoma (pues el elemento neoplásico no es conectivo como en los sarcomas, aunque así primeramente le estimó Cajal, sino de estirpe hemocitoblástica, si bien con residencia conectiva) y totalmente inaceptables las restantes. Razonaré mi afirmación.

Mieloma dice tumor medular y evoca la idea de un tumor constituido por médula ósea (por antonomasia así se llama a la roja o fetal) como se denomina condroma a los de naturaleza cartilaginosa, osteoma a los que la presentan ósea, mioma si muscular, etc., pero la complejidad estructural de la médula ósea donde se entremezcla el tejido conjuntivo laxo con el reticulado y el adiposo y donde residen hemocitoblastos leucógenos y eritrógenos con gérmenes formadores y modeladores de hueso, no es reproducida por neoplasma alguno. Por otra parte, querer expresar con la voz mieloma la simple topografía del tumor, sobre carecer totalmente de valor histológico, puede exponer a conceptos tan erróneos como los expresados por Baimbridge (*Le probleme du Cancer* Baimbridge Hertoghe, Lovaina 1922) cuando afirma que los nombres de los tumores dependen de los tejidos orgánicos que les dan nacimiento y así del tejido fibroso tomarían origen los fibromas, de los cartílagos los condromas, de los músculos los miomas, de las glándulas los adenomas, etc.; pero es lo cierto que de las glándulas pueden nacer condromas y de los cartílagos osteomas y de los músculos fibromas, etc. El ilustre Profesor de Cirugía de la *New York Polyclinic Medical School*, no tuvo en cuenta al exponer tan sencilla nomenclatura que los músculos albergan otras tramas histológicas aparte la muscular, que hay tejidos con actividades metaplásicas y que en el seno de un órgano pueden existir inclusiones embrionarias capaces de evolucionar con muy variadas actividades histo y organogénéticas.

Creo no obstante que la voz mieloma puede reservarse para aquellas neoplasias intraóseas cuyo parenquima esté constituido por elementos característicos de la médula ósea; mieloblastos promielocitos o mielocitos (mielocitoma de Edwing) o presenten en extraordinario número, gérmenes eritrocitógenos (eritroblastoma de Edwin, eritrocitoma de Ribbert (*Contratbl. f. allg. path un path Anat.* 1904) y aun simplemente mieloplaxias u osteoclastos (el llamado por gran número de autores sarcoma osteoclástico)

Las denominaciones de linfoma medular y de mieloma linfoide deben aplicarse a las neoformaciones linfocíticas, y no a las plasmocíticas, de la médula, y respecto al término premielocitoma claramente expresa que el neoplasma ha de ser de promielocitos, elementos harto distanciados de los mielocitos en la citogénesis leucocitaria, pues los primeros descienden de los mieloblastos y dan lugar a los mielocitos en tanto que los últimos tienen sus antecesores en los linfo-

blastos y no presentan otra desendencia que la harto problemática de las células de Türk o plasmocitos vacuolizados de Pittaluga.

¿TUMOR O MIELOMATOSIS?

Antes de afirmar que estamos en presencia de un plasmocitoma debemos tener en cuenta las relaciones de hipergénesis de la célula de Cajal-Unna, con las lesiones inflamatorias. Raro es el proceso de esta índole, afectando al tejido conjuntivo, que no muestre una pródiga infiltración de plasmocitos; hormiguean en el estroma de las neoplasias, forman zonas extensas en los procesos histológicos de la sífilis y son, según Escomel, (*Leishmaniasis y blastomycosis en América*.—Lima 1912) el elemento diagnóstico, desde el punto de vista anatomopatológico del blastomicoma.

Cifándonos a su localización osteomedular les vemos aparecer en islotes y regueros en el curso de las osteomielitis y panosteitis pero no son asiento de esas hiperplasias difusas que dan lugar a las mielomatosis linfoides o mieloides de Menetrier; es decir, al proceso (exageración de las hiperplasias funcionales) en que la sobrepoblación celular, a diferencia de los neoplasmas, no es infiltrante ni destructora, pues su invasión se limita al caudal hemático y linfático, cauces abiertos en los órganos hemo y linfopoyéticos, amén de reactivar específicamente las partes pasivas, conectivas y grasas, del tejido medular,

Hay una lesión, no obstante, donde los plasmocitos juegan importante papel. Me refiero a la enfermedad de Kahler, uno de cuyos tipos anatomopatológicos es identificado por Pittaluga como plasmocitoma. Pero tal enfermedad ha sido prudentemente estimada por el autor mencionado como una lesión neoplastiforme y por otra parte las características de ella, albumosuria, dolores agudísimos, marcha rápida y terminación fatal no siempre se presentan en los neoplasmas plasmocitarios de la médula. La especificidad anatomopatológica de éstos debemos estimarla hoy, clínica e histológicamente comprobada, aunque puedan coexistir con las mielomatosis o hiperplasias, principalmente en los casos de mielomas plasmocitarios múltiples, que son los que mayor gravedad revisten.

Fuera de estos casos, el neoplasma en cuestión afecta verosíblemente una gravedad media; es decir, produce destrucciones locales pero sin gran actividad metastásica ni reproductiva ni poder caquectizante.

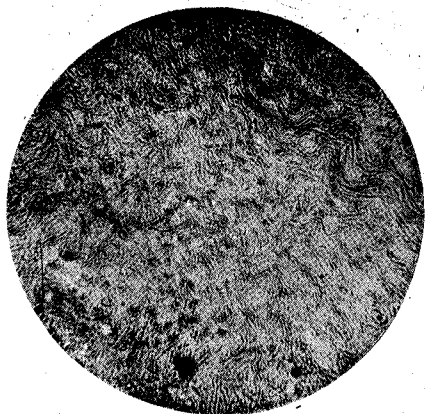
DESCRIPCION HISTOLOGICA DEL CASO ESTUDIADO

Recibí el 24 de enero del presente año, como Jefe de los trabajos de laboratorio del Sanatorio Valdés, una pieza anatómica tallada en cuña; su base comprendía la piel de la rodilla y llegaba el vértice hasta las trabéculas óseas de una rótula fragmentada. El envío procedía de una pierna amputada con el diagnóstico clínico y radiológico de osteosarcoma.

La primera serie de cortes comprendió desde la piel hasta el tejido óseo.

La segunda, afectó a las masas neoplásicas sarcomatoides situadas entre las trabéculas óseas más profundas.

La extructura histológica de los cortes de la primera serie correspondió a la de un fibroma laminoso continuado con el periostio rotuliano y extendido en superficie hasta la epidermis y acaso pudiera estimarse como una encapsulación por reacción fibrosa defensiva. En el espesor de la masa fibroide no se observaron otros vestigios de tejidos preexistentes que algunos lóbulos adiposos. Se comprobaron zonas necróticas (el neoplasma había sido tratado por el doctor Peter con ocho horas de radiaciones comenzando con dosis altas de uno y medio miliamperios y filtro de cobre de un milímetro) y focos de infiltración de elementos embrionarios.



MICROFOTOGRAFIA I.

Región fibromatosa, de tipo infiltrado



MICROFOTOGRAFIA II.

Región fibromatosa de tipo corneal o laminoso

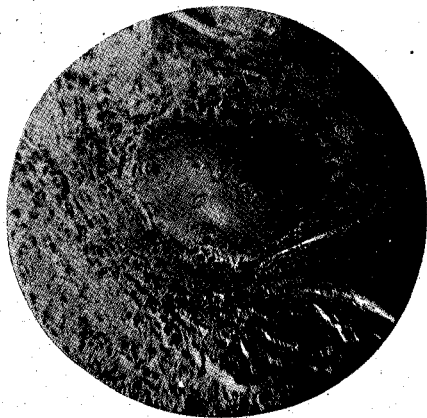
Los restos óseos presentaban lesiones de panosteitis con intensas reacciones vasculares (congestiones, hemorragias, acúmulos leucocitarios del tipo polinuclear neutrófilo) e histológicos (neoformación de tejido conjuntivo de tipo adulto llenando las lagunas medulares y continuándose con el fibromatoso periostal, abundantes infiltraciones de plasmocitos y procesos de destrucción ósea).

Los cortes de la segunda serie, es decir, los recaídos en las masas tumorales intrarotulianas presentaron un aspecto característico. Asociada a una neoformación conectiva osteógena se vieron masas tumorales constituídas por plasmocitos sobre un delicado estroma reticular.

El tumor conectivo propiamente dicho ostenta en unas regiones el aspecto laminoso ya descrito en su continuación periostal (Microfotografía I) y muestra en otros la disposición típica de los fibromas laminados, (Microfotografía II) es decir, la disociación fibrilar de los haces, la formación de amplias lagunas plasmáticas y la aparición de fibroblastos estelares. De trecho en trecho, pre-

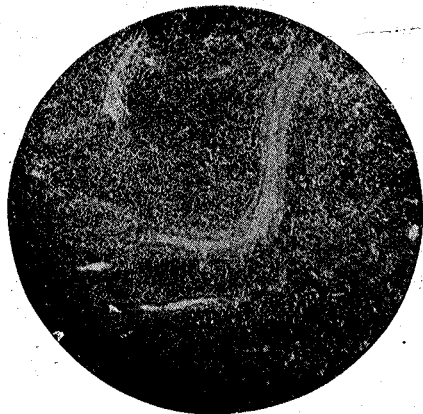
senta el fibroma zonas de actividad osteógena. Hileras irregularmente paralelas de osteoblastos que segregaron oseína sobre las que se precipitaron las sales calcáreas, quedando sucesivamente englobadas aquellas. (Microfotografía III).

El neoplasma plamocitario se entremezcla al fibroso, o se muestra independiente de aquél aunque acompañado como ya dijimos, de un ténue soporte conectivo. Las células en casi su totalidad conservan el volumen, la morfología, la estructura y las reacciones tintoriales del plasmocito tipo, elementos de talla linfocitaria, globulosos, ovoides o vagamente poliédricos con nucleo excéntrico



MICROFOTOGRAFIA III.

Zona fibromatosa, en actividad osteógena



MICROFOTOGRAFIA IV,

El tumor plasmocitario, a poco aumento

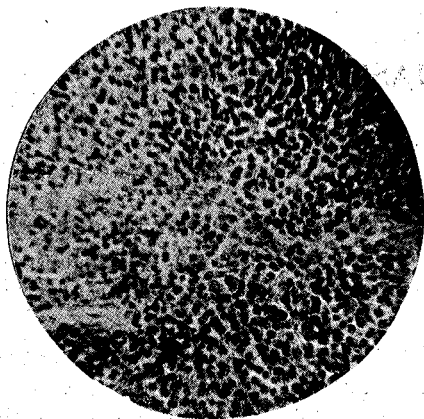
de córpulos cromáticos dispuestos radiadamente (nucleo en rueda) halo perinuclear y proloplasma basiófilo, alveolar frecuentemente. (1)

En los plasmocitos más voluminosos y aun en los de talla media hemos comprobado fenómenos de fagocitosis eritrocítica adquiriendo entonces la célula un aspecto que pudiera en examen superficial confundirla con los elementos lipocromóforos del cloroma.

Los acúmulos de plasmocitos se disponen en masas lobuladas separadas por tabiques fibrosos portadores de vasos. (Microfotografía IV.) Dentro de aquellas abundan capilares de paredes embrionarias y se comprueban abundantes hemorragias intersticiales.

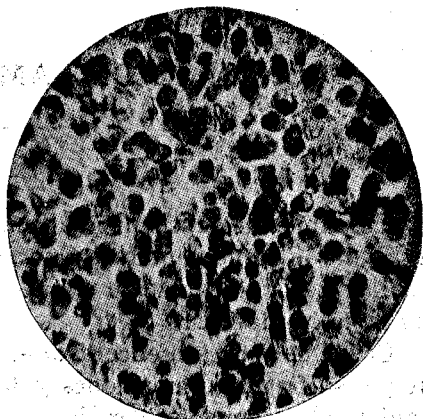
(1) No creo que las ligeras diferencias encontradas por Lucké en un caso de mieloma plasmocitoide (falta de halo perinuclear y de tefido típico), permitan afirmar que dichos elementos no sean plasmocitos. Sobre todo teniendo en cuenta la atipia que en mayor o menor grado acompaña siempre a las progenies celulares neoplásicas.

La imagen microscópica a pequeños y medianos aumentos es la de un sarcoma de tipo globocelular (Microfotografía V) pero el examen con aumentos fuertes (objetivo de inmersión) identifica fácilmente, mediante las técnicas colorantes apropiadas, a los plasmocitos de Unna o, células cianófilas de Cajal, (Microfotografía VI.)



MICROFOTOGRAFIA V.

Aspecto sarcomatoide del plasmocitoma, visto con mediano aumento



MICROFOTOGRAFIA VI

El plasmocitoma visto con objetivo de inmersión. (Los plasmocitos se aprecian más netamente en la parte superior de la figura, pero adviértese con facilidad que los restantes elementos pertenecen al mismo tipo).

Añadiré que no ví en ninguno de los cortes estudiados, fenómenos necróticos que afectaran a estas células y fueran imputables al tratamiento radioterápico. Se encuentran, como ya dijimos, en pleno tejido fibroso y territorios avasculares.

No obstante, la radioterapia produjo una suspensión en la actividad invasora del neoplasma que fue aprovechada por el doctor Valdés para practicar la amputación. Desde ésta, solamente han transcurrido once meses pero hasta la fecha, no se comprueba indicio de recidiva ni de metastásis ganglionar.

Amador J. Rivas