

Diagnóstico: plasmocitoma

Jesús Rodríguez Carbajal*

Resumen clínico

Varón de 49 años, inicia su padecimiento cuatro meses antes de su internamiento hospitalario, al notar la aparición de una tumoración pequeña, blanda, de bordes lisos y no dolorosa en la región parietal izquierda, con un crecimiento rápidamente progresivo. Se intentó realizar una biopsia excisional que no se logró, debido a que la tumoración presentaba una gran vascularidad.

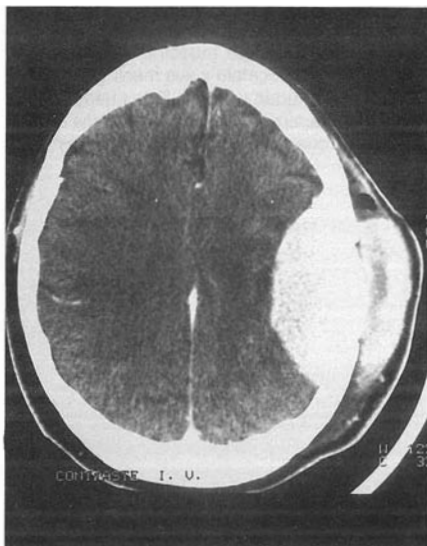
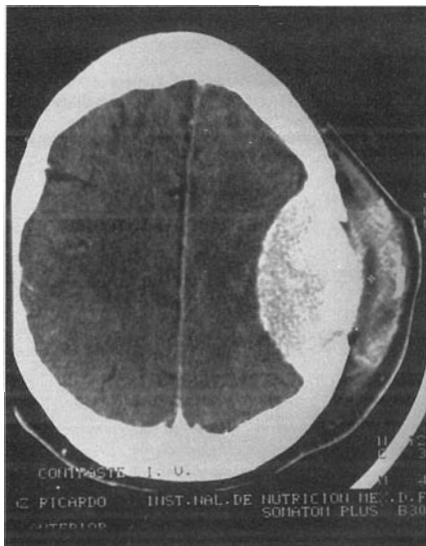


Figura 1 a y b. Tomografía computada de cráneo. En cortes contiguos, practicados cada 8 mm se demuestra un proceso neoplásico que se origina en el hueso parietal izquierdo, mismo que se encuentra destruido parcialmente. Esta neoplasia creció intra y extracranéalmente comprimiendo al cerebro pero respetando a durazmadré Forer y al espacio externo evanta a la aponeurosis epicraneana y a cuero cabelludo sin invasión de los tejidos adyacentes. Con la inyección de contraste endovenoso existe un reforzamiento importante, lo que indica una vascularidad abundante. En especial el parénquima cerebral no se ve invadido

*Director del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"

Comentario

Los plasmocitomas se consideran lesiones malignas que tienen su origen en el sistema hematopoyético y que forman parte del espectro del mieloma múltiple.¹ La forma de presentación como una lesión solitaria es muy rara y amerita consideraciones desde el punto de vista diagnóstico antes de la planificación terapéutica. En este caso, en ausencia de manifestaciones clínicas o de laboratorio sugestivas de mieloma múltiple (anemia, hipercalcemia o hiperglobulinemia), el diagnóstico diferencial se realizó con lesiones tumorales osteogénicas; es la entidad más frecuente, mientras que el meningioma maligno lo es para las lesiones originadas a nivel de las cubiertas meníngeas. Ambas lesiones presentan un patrón rápido de crecimiento.

Los tumores del sistema linforreticular se dividen generalmente en dos grupos: aquéllos que involucran de manera primaria al sistema nervioso central y aquéllos que muestran una extensión secundaria del encéfalo y sus meninges, a partir de una enfermedad visceral. Esto puede llegar a tener importancia secundaria si tomamos en consideración que el origen puede llegar a ser multi-

céntrico.² En contraste con la complicación meníngea secundaria al mieloma múltiple, se han descrito 2 casos de plasmocitomas primarios del sistema nervioso central. Uno de éstos se encontró adherido a la hoz y dura frontal y otro, al hipotálamo. En ninguno de estos casos se encontró afectado el cráneo. En uno de ellos no se logró evidenciar el desarrollo de plasmocitomas a otro nivel 5 años después de la resección de la lesión primaria.³ Sin embargo, dada la naturaleza de su origen y de la posibilidad de aparición de lesiones adicionales en un tiempo no determinado, el tratamiento debe incluir quimioterapia, para considerar la posibilidad de otras lesiones distantes, y radioterapia local para evitar la recidiva local.

Referencias

1. Long DM, Kiefer SA, Chou SN. Tumors of the Skull In: Youmans JR (ed). Neurological Surgery. 2nd. edition, chapter 105. WB Saunders Company, Philadelphia 1982, pp. 322
2. Voorhgies RM, Sundaresan N. Tumors of the Skull. In Wilkins RH, Rengachari SS (eds) Neurosurgery. Mc Graw Hill, New York, 1985, pp. 984.
3. Moosy J, Wilson CB. Solitary intracranial plasmocytoma. Arch. Neurol. 16:212-216, 1967.