

Clinica Quirúrgica: Profesor Pedro Larghero Ybarz

MIELOMA PLASMOCITARIO (*)

Localización vertebral

Dres. Luis M. Bosch del Marco y Juan Alberto Folle

En tanto que la mielomatosis múltiple se considera actualmente una entidad clínica conocida, el mieloma solitario sigue considerándose como un proceso tumoral raro y poco frecuente. Es sin duda por tal motivo que en la literatura médica siguen publicándose las observaciones que se van ofreciendo al estudio clínico; tal razón induce a presentar un caso en el que la enfermedad se manifestó con una aislada localización, quedando la interrogante, dado el corto tiempo de evolución, si se trataba realmente o no, de un plasmocytoma solitario.

El propósito de esta referencia clínica es el de enriquecer la casuística sobre el tema.

La plasmocitosis es una afección tumoral caracterizada por la localización en el esqueleto, con punto de partida en las células retículo plasmáticas de la médula ósea que asentando, rara vez en un solo hueso, ofrece en general un carácter de multiplicidad por lo que recibe en estos casos, el nombre de mielomatosis, plasmocitosis o mieloma múltiple.

Se discute su naturaleza neoplásica, hiperplásica o la de una reacción celular plasmática de la médula ósea por penetración virósica.

Su relación esquelética se debe al origen de su nacimiento en las células plasmáticas medulares.

La participación en ciertas ocasiones de otros órganos, bazo, ganglios, hígado y sangre establecería un nexo de unión entre

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 9 de noviembre de 1955.

el mieloma plasmocitario y la leucemia plasmocitaria, siendo aquella enfermedad para muchos autores, la forma aleucémica del proceso.

Aergerter reconoce 3 variedades de la afección:

1º El tipo clásico a localización ósea (médula ósea) múltiples simultáneamente o sucesivamente en el tiempo.

2º La forma solitaria a la que correspondería la observación que presentamos.

3º Una tercera forma con total generalización, profunda repercusión en el metabolismo mineral y cambio sanguíneo periférico de entidad.

Defínese la forma solitaria por la masa tumoral única, sin evidencia de diseminación en su curso evolutivo.

Una revisión de la literatura al respecto demuestra el escaso número de observaciones auténticas, requiriéndose según algunos autores para que sea considerados mielomas solitarios las siguientes condiciones:

- 1º Diagnóstico positivo por biopsia.
- 2º Ausencia de lesión esquelética fuera de la existente.
- 3º Ausencia de reacción plasmocitaria en la médula esternal.
- 4º Falta de albúmina de Bence Jones y de hiperglobulinemia, sin el empleo de métodos de electroforesis.
- 5º Persistencia de los caracteres tumorales como única lesión en el curso evolutivo de la enfermedad en un plazo no menor de 3 años.

HISTORIA CLINICA. — A. S. de M. 45 años. H.C. N° 11869.

Ingresa para estudio de un dolor lumbo sacro acompañado de parestesia de miembros inferiores.

Desde hace 10 años lumbalgia derecha y espontánea, a evolución periódica. En los últimos 5 meses dolor irradiado al abdomen transversalmente, de intensidad mayor en su comienzo que prosiguen en forma moderada hasta que un nuevo elemento clínico se agrega en las semanas que preceden a su consulta, él es una parestesia en miembros inferiores progresiva, con trastornos en la micción (retención de orina, micción imperiosa y tenesmo vesical). No hay trastornos en la esfera digestiva. Conserva su peso. Antecedentes familiares y personales sin interés alguno.

Examen clínico: Nada digno de mención en lo general. Sistema neurológico y motor: Miembro inferior: masas musculares flácidas, sobre todo en pantorrillas. Realiza movimientos activos con limitación de la dorso flexión del pie derecho; en el izquierdo es difícil la elevación y la flexo



FIG. 1

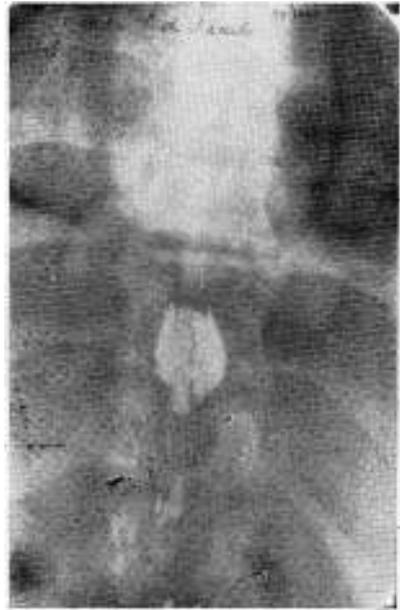


FIG. 3

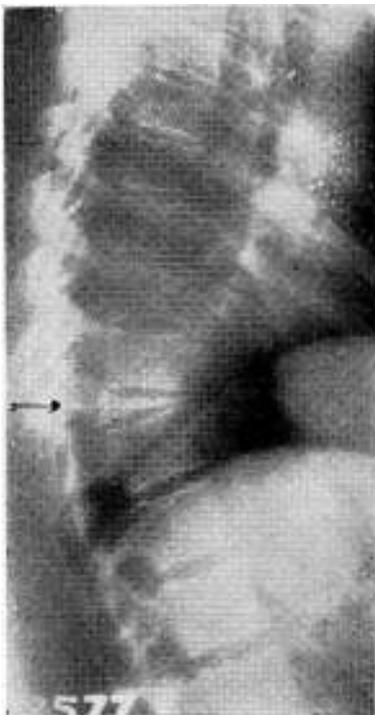


FIG. 2

extensión. Disminución de fuerzas en pelvitrocantéreos anteriores y posteriores, en el izquierdo gran reducción de los grupos musculares anteriores y posteriores. También disminución de fuerzas en pierna, con el tono muscular muy disminuido. Reflejos rotulianos vivos e iguales de ambos lados. Clonus de rótula bilateral, clonus de pie en la misma forma. Babinski bila-



FIG. 4. — Infiltración de la médula ósea adiposa por elementos mielomatosos de tipo plasmocitario.



FIG. 5. Masa mielomatosa de tipo tumoral por plasmocitos.

teral. Los reflejos abdominales inferior y medio derechos muy débiles. Los restantes bien. Paresia de los músculos del tronco. Hipoestesia que comienza a la derecha en D-9 y a la izquierda en D-11, D-12; ella es más marcada en pie derecho y en tercio inferior de pierna y pie izquierdos. Sensibilidad térmica conservada, abolición de la sensibilidad dolorosa. Percibe bien la dirección de los contactos.

Raquis: aumento moderado de la lordosis lumbar; no hay deformación

alguna. Se despierta dolor en las últimas vértebras dorsales. Moderada contractura de las masas musculares derechas.

Cardio circulatorio y aparato pleuro pulmonar: sin particularidades. Pulso 88. Presión arterial: 12 y 7.

El examen *génito urinario* revela la existencia de uretritis, cervicitis y piuria.

Se verifican exámenes de rutina y especializados debiéndose destacar de ellos la existencia en orina de sedimento con células planas y glóbulos rojos.

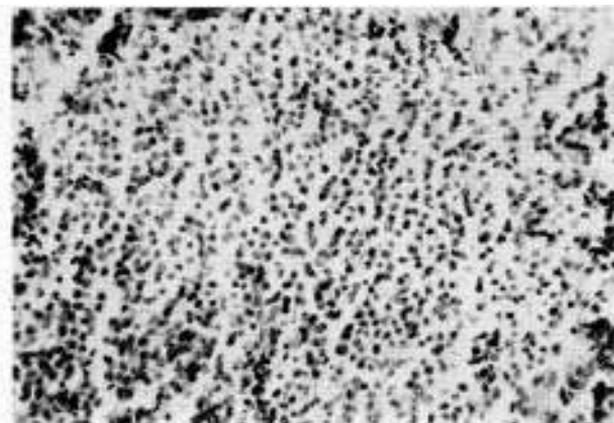


FIG. 6. — Estructura del mieloma a tipo plasmocitario.

Líquido céfalo-raquídeo con disociación albúmino citológica. Sin infección.

El *mielograma* (P. Paseyro), denota moderada reacción plasmocitaria que por sí sola no alcanza para diagnosticar mielomatosis múltiple.

De los estudios *radiográficos* (Fig. 1-2) debe señalarse el hundimiento total de la D-10, con conservación de los discos y una sombra en huso costo paravertebral vecina a la lesión aludida.

El estudio mielográfico comprueba que el medio opaco se desplaza con facilidad pero se detiene en forma de stop completo a nivel del borde superior de la D-11 (E. Zerboni - A. Gorlero). Nada patológico se observa en los estudios radiográficos a nivel de todo el esqueleto, así como tampoco en tórax y abdomen.

De los estudios clínico y de laboratorio se diagnostica síndrome de compresión medular a la altura de la D-10. Como causa etiológica se piensa en la posibilidad de una equinococosis raquídea dando la compresión medular, la destrucción vertebral y el huso de vecindad. (Seudo absceso osifluente).

La operación realizada el 31 de marzo de 1954 por laminectomía, permite comprobar a nivel de la Dorsal 10, un proceso de osteítis inespecífica con compresión medular por un resalto que le imprime a la médula, la vértebra destruída; ella se encuentra en el resto muy congestiva y edematosa. Hay

ausencia de colección perirraquídea. Se hace la resección de los tejidos enfermos que engloban al cuerpo y pedículos vertebrales. El examen inmediato del material operatorio extraído revela la existencia de un mieloma plasmocitario (B. Paseyro). Se finaliza la intervención que es bien tolerada.

El post operatorio inmediato se desenvuelve con algunas incidencias autorizándose el traslado al Instituto de Radiología, con fecha 1-6-54, para someterla a un tratamiento radioterápico. Fallece dos meses después.

Todas las búsquedas de laboratorio: radiológicas, hematológicas y humorales llevadas a cabo durante las semanas que siguieron a la operación, fueron totalmente negativas.

Consideraciones del caso:

El diagnóstico de la observación presentada planteó dificultades, particularmente con otros procesos: equinococosis raquídea fundamentalmente y tumores primitivos o secundarios vertebrales.

La clínica, el laboratorio y la radiología fueron insuficientes para establecer la etiología en forma definitiva. Obtúvose el diagnóstico en el acto operatorio por las características macro y microscópicas del material extraído.

Su clasificación como mieloma plasmocitario vertebral obligó a verificar las búsquedas clínicas y radiológicas en todo el organismo de otros asientos tumorales.

La investigación mielográfica por punción esternal y la de las proteínas fraccionadas por el método de la electroforesis fue negativa.

Por la única localización existente y la falta de repercusión hematológica y humoral se pensó que dentro del vasto grupo de los mielomas, éste correspondía a la forma solitaria de la plasmocitosis.

El criterio evolutivo confirmatorio del diagnóstico no nos ha servido como elemento de juicio por ignorar el tiempo de evolución anterior de la enfermedad y haber fallecido la enferma muy pocos meses después sin que tampoco la comprobación necrósica pudiera ser obtenida.

Quedan así planteadas en esta observación las dudas tan habituales en tal enfermedad, sobre si se ha estado en presencia de un mieloma solitario o a la manifestación unifocal de un proceso mielomatoso que iría posteriormente a la generalización.

S U M A R I O

Se presenta una observación clínica de mieloma plasmocitario a localización vertebral. El diagnóstico fue realizado solamente por estudio microscópico del material extraído durante el acto operatorio.

Las búsquedas realizadas hicieron pensar en la presencia de un mieloma solitario, pero la breve evolución proseguida fue insuficiente para confirmar la existencia de tan rara lesión.

BIBLIOGRAFIA

- AERGERTER, E.; HOBBS, R. — "The changing concept of mieloma of bone". The Am. Journal of M. Science. 213:282-289, 1949.
- ASCHOFF, L. — "Tratado de Anatomía Patológica". Edición Labor, 1934.
- DAVIDSON, E.; BALSER, B. H. — "Myelomas and its normal complications". Arch. Surg. 35:913-936, 1937.
- JAMES, T. G. I.; TURNER, B. A. — "Soft tissue involvement in multiple myelomatosis". British Journ. of Surg., 39:361-364, 1952.
- EWING, JAMES. — "Oncología", 351-358, 1948.
- MALOSETI, HUGO. — "Tesis de profesorado". Inédita, 1955.
- NASSIM, J. R., CRAWFORD, T. — "Solitary myeloma with generalized metabolic disturbance". British Journ. of Surg., 37:287-291, 1950.
-