

# *Plasmocitoma extramedular de la rinofaringe con diseminación sucesiva a cabeza del páncreas y meninges dorsales*

*A propósito de 1 observación*

Dr. Guillermo Piacenza, Dr. Julio C. Priario,  
Dr. Carlos Pizzarossa, Dr. Juan Purriel,  
Dr. Jorge Vercelli.

Se comunica una observación de PEM con localización inicial rinofaríngea sucesivamente extendida a cabeza de páncreas y a la duramadre dorsal luego de 20 y 26 meses respectivamente del diagnóstico inicial. El paciente vive luego de 6 años de terapia combinada. Se discuten las características de estos tumores con respecto a los hallazgos bibliográficos.

*Clínica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Jorge Pradines), Dpto. de Anatomía Patológica (Director Prof. Dr. Eduardo de Stéfani), Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina, Montevideo.*

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:  
*Plasmacytoma.*

## **SUMMARY: Extramedular plasmocytoma of the rhinopharynx with subsequent dissemination to pancreas head and dorsal meninges.**

Communication of observation of an extramedular plasmocytoma, with initial rhinopharyngeal location, later on extended to the pancreas head and the dorsal dura mater after 20 and 26 months respectively after the initial diagnosis. The patient is alive after 6 years of combined therapy. The characteristics of this type of tumor are discussed with respect to bibliographic findings.

## **RÉSUMÉ: Plasmocitome extra-médullaire de la rhinopharynx avec dissémination successive à tête de pancréas et meninges dorsales.**

On communique une observation de PEM à localisation initialement rhinopharyngienne, successivement étendue à tête de pancréas et à la duremère dorsale après une période de 20 et 26 mois respectivement, après avoir fait le diagnostic initial.

Le malade à vivre après 6 années de thérapie combinée. On discute les caractéristiques de ces tumeurs en relation aux trouvailles bibliographiques.

## **INTRODUCCION**

Los plasmocitomas extramedulares (PEM) son relativamente raros, predominando largamente en el tracto respiratorio superior<sup>(1, 2, 3)</sup>. La presente comunicación trata de un paciente con un PEM originado en la rinofaringe, y que posteriormente sufrió una diseminación excepcional a la cabeza del páncreas y meninges dorsales.

*Caso Clínico.* Paciente masculino, raza blanca, que actualmente tiene 40 años, Reg. H. Clínicas N° 134.510. Antecedentes personales de epilepsia, tratado hasta los 19 años. Durante esa época las Rx de cráneo y los exámenes de fondo de ojo efectuados, eran normales.

En noviembre de 1977 consulta por dolor facial, hipacusia izq., obstrucción nasal bilateral, inestabilidad en la marcha y pérdida de peso. Los exámenes de laboratorio de rutina eran normales. La rinoscopia anterior e indirecta, demostró una masa sesil lobulada, no ulce-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 19 de octubre de 1983.

Prof. Adjunto y Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Profs. Agregados, Asistente del Dpto. de Anatomía Patológica.

Dirección: San Nicolás 1396, Montevideo. (Dr. G. Piacenza).

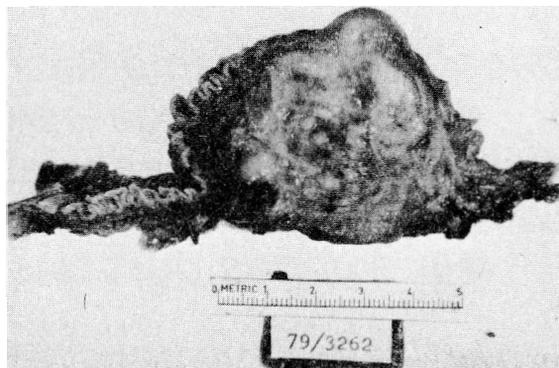


Figura 1. Pieza de duodenopancreatectomía cefálica. Plasmocitoma de Páncreas.

rada, que emerge del techo de la rinofaringe, a ambos lados del septo nasal. las Rx simples de cráneo mostraron una descalcificación de la silla turca, y del cuerpo del esfenoides. Luego de los exámenes angiográficos de cráneo, y con la sospecha clínica de un cordoma, se realizó una biopsia transesfenoidal del tumor. La Anatomía Patológica demostró un tumor a plasmocitos. El examen radiológico completo del esqueleto, no mostró otras lesiones.

El PEF y la IEF en suero y orina, fueron normales. Mielograma dentro de límites normales. Con el diagnóstico de PEM nasofaríngeo, se realizó radioterapia (8000 r) y prednisona.

Veinte meses más tarde (julio 1979), reingresa con ictericia obstructiva, coluria, acolia y hepatomegalia. Los exámenes de laboratorio mostraron, bilirrubina total sérica de 12,80 mg. % con 8,90 mg. % de directa, colesterol de 3,50 mg. %, 12 UB de Fosfatasa Alcalina, 1,50 mg. % de glicemia y 50% de tiempo de protrombina. El análisis de las inmunoglobulinas séricas era normal. Proteinuria de Bence-Jones negativa. Rx simple del esqueleto sin lesiones. Mielograma normal. Examen bariado gastroduodenal, revelaba una deformación del duodeno. Con el diagnóstico de carcinoma de cabeza de páncreas o eventual obstrucción post hepática litiasica se realizó la laparotomía. La misma comprobó una tumoración móvil de cabeza de páncreas sin infiltración de las estructuras peripancreáticas y sin adenopatías regionales. Se realizó una duodenopancreatectomía cefálica con reconstrucción del tránsito sobre asa yeyunal desfuncionalizada a la manera de Child 1.

El diagnóstico Anatómo Patológico fue de Plasmocitoma de cabeza de páncreas.

Fig. 1-2.

Evolución postoperatoria sin complicaciones con alta quirúrgica a los 15 días de la operación con tránsito digestivo normal.

Se inició quimioterapia, que el paciente cumplió en forma muy irregular.

En Enero de 1980 (6 meses más tarde), el paciente consultó por paraplejía, constatándose una masa intradural, extramedular, a nivel de D 7 en la mielografía. Se realizó una decompresión quirúrgica, reseccándose el tumor en forma incompleta. El estudio A.P. mostró un tumor a plasmocitos. Actualmente el paciente presenta una lesión lítica en el 7° arco costal derecho, con numerosos IEF y PEF, mielogramas y una BMO normales. Está en tratamiento con quimioterapia y antibióticos por la infección urinaria.

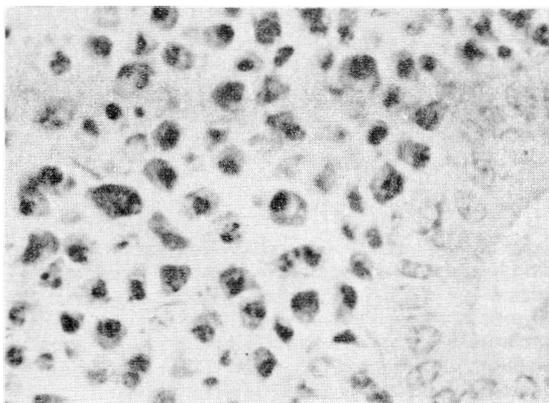


Figura 2. Histología. Plasmocitoma de Páncreas.

## COMENTARIOS

Los PEM son poco comunes, representando alrededor del 4% de todos los linfomas malignos plasmocíticos<sup>(4)</sup>. La historia clínica inicial y la evolución del paciente nos sugieren un origen del tumor en los tejidos blandos de la nasofaringe, con invasión secundaria del hueso<sup>(4)</sup>. De todos modos un origen óseo a partir del cuerpo del esfenoides, es difícil de excluir con certeza. La mayoría de los hechos de nuestra observación son coincidentes con lo referido habitualmente en la literatura acerca de los PEM<sup>(5, 6)</sup>. Los pacientes son de edad menor que los afectados por el mieloma múltiple (MM). La lesión habitualmente afecta al sexo masculino predominando en la región respiratoria alta. Una larga ausencia de compromiso de la médula ósea, así como de paraproteína sérica y urinaria es característica.

El pronóstico es mejor que el del MM, siendo frecuentes las sobrevividas mayores de 5 años, incluso como el presente caso, luego de diseminación a distancia<sup>(5, 6)</sup>.

Mientras que algunos autores consideran que el PEM es una entidad diferente del

MM<sup>(6)</sup>, otros sugieren que la diseminación de la enfermedad puede tomar ya sea la forma de una típica mielomatosis, o de metástasis aisladas a órganos y partes blandas y huesos no afectados clásicamente en el MM<sup>(4)</sup>.

Solamente una observación de PEM pancreático primario ha sido comunicada en la literatura consultada<sup>(7)</sup>. A su vez, la diseminación de un MM al páncreas, aunque documentada, es excepcional, incluso en estudios autópsicos<sup>(8, 9)</sup>.

También es conocida la compresión medular en el curso de MM que afectan vértebras, sin embargo los PEM duros solitarios son excepcionales<sup>(10)</sup>.

En general la radioterapia masiva local, de los PEM rinofaríngeos, muestra un elevado número de pacientes libres de enfermedad a los 10 años<sup>(4, 5)</sup>. En nuestro caso, el extenso compromiso de las estructuras rinofaríngeas a expensas de una gran masa tumoral presente al inicio, puede explicar la aparición de localizaciones sucesivas, a pesar de la intensa radioterapia local realizada.

Ello estaría de acuerdo con el concepto de algunos autores de que la invasión del hueso por los PEM rinofaríngeos, está considerada como un factor de mal pronóstico<sup>(5)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ENNUYER A., BATAINI P., CHAVANNE G., HELARY J.: Les plasmocytomes des voies aéro-digestives supérieures. *Ann. Radiol.* 6: 741, 1963.
2. MEDINI E., RAO Y., LEVITT S.: Solitary extramedullary plasmacytoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer*, 45: 2893, 1980.
3. POOLE A., MARCHETTA F.: Extramedullary plasmacytoma of the head and neck. *Cancer*, 22: 14, 1968.
4. WOODRUFF R., WHITTLE J., MALPAS J.: Solitary plasmacytoma. I. Extramedullary soft tissue plasmacytoma. *Cancer*, 43: 2340, 1979.
5. BATAILLE R.: Localized Plasmacytomas. *Clin. Haematol.* 11: 113, 1983.
6. WHILTSHAW E.: The natural history of extramedullary plasmacytoma and its relation to solitary myeloma of bone and myelomatosis. *Medicine*, 55: 217, 1976.
7. RICHARDS W., KATZMANN F., COLEMAN F.: Extramedullary plasmacytoma arising in the head of the pancreas. Report of a case. *Cancer*, 11: 649, 1958.
8. BELL H., DAVID R., SHAMSUDDIN A.: Extrahepatic biliary obstruction and liver failure secondary to myeloma of the pancreas. *Hum Pathol.* 13: 940, 1982.
9. KAPADIA S.: Multiple Myeloma: A clinicopathologic study of 62 consecutively autopsied cases. *Medicine*, 59: 380, 1980.
10. SOFFER D., SIEGAL T.: Solitary durai plasmacytoma with conspicuous cytoplasmic inclusions. *Cancer*, 49: 2500, 1982.