

EL MIELOMA (*)

· A propósito de tres observaciones

Dres. Hebert Cagnoli y Jorge García Novales

(Cirujanos asistentes del Instituto Traumatológico)

El término "Mieloma", que la costumbre ha consagrado para designar a procesos proliferativos de naturaleza tumoral, desarrollados a expensas del sector hematopoyético de la médula ósea, no está estrictamente de acuerdo con el sentido etimológico de la palabra.

En efecto, no son mielomas todas las neoplasias del tejido medular, dado que los tumores desarrollados a expensas del sector retículo-endotelial y del conjuntivo vascular del hueso, tienen una denominación y características anatómicas distintas.

Los mielomas por su origen y por su generalización, son auténticas neoplasias de sistema, con una expresión anatomoclínica y radiográfica determinadas. Esta característica de ser una enfermedad de sistema, ha llevado a discutir qué lugar le corresponde en la clasificación nosológica.

En este sentido, muchos consideran que diversas formas de leucosis, correspondientes a algunas leucemias mieloides aleucémicas, entran en el grupo de los mielomas aún cuando no presenten la expresión clinico-radiográfica ya mencionada.

Otros aceptan como mielomas aquellos casos de leucemias plasmocitarias, en que se encuentran plasmacélulas en la médula ósea pero sin acompañarse de una imagen radiográfica característica.

Hay quienes llaman "mielomas decalcificantes difusos" a aquellas mielomatosis, cuya única expresión radiográfica es la

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 16 de noviembre de 1949.

decalcificación difusa del esqueleto asociada a un mielograma caracterizado.

Y otros, finalmente, hablan de la coexistencia de mieloma múltiple y leucosis mieloide, por presentarse en el mismo paciente los síntomas cardinales de ambas afecciones: mielograma correspondiente a una mielomatosis, infiltración mieloidea de los parénquimas y expresión radiográfica de un tumor osteoclástico.

Nosotros consideramos que el mieloma, para ser aceptado como tal, debe poseer caracteres precisos:

Una expresión radiográfica, manifestada por imágenes geólicas, sin reacción a su alrededor y alternando con tejido sano.

Un aspecto anatómico, que se evidencia en la biopsia tumoral o en el mielograma.

De acuerdo con este criterio desecharnos todas aquellas entidades clínicas rotuladas como mielomas a través de un estudio mielográfico, pero que carecen de la imagen radiográfica conocida: casos de leucemias plasmocitarias y los llamados mielomas decalcificantes difusos.

En el Instituto Traumatológico, en un período de 8 años, hemos estudiado tres casos, dos de los cuales poseen los caracteres típicos del mieloma y que por ceñirse a las descripciones habituales, no justificarían esta comunicación. En cambio, un tercer caso, tiene aspectos clinico-radiográficos y evolutivos tan particulares, que nos obligan a llamar sobre ellos la atención.

OBSERVACION N° 1.

R. M. F. — 15 años. Sexo masculino.

Ingresa al Instituto Traumatológico en julio de 1941. Su enfermedad comienza hace 3 meses con dolores en brazo, muslo derecho y columna dorso-lumbar, que desde hace 15 días se han exacerbado. Se acompañan de trastornos generales caracterizados por pérdida de peso (6 kilos) con marcada astenia y anorexia.

Al examen: Enfermo con mal estado general, febril (39), taquicárdico, disneico.

Cráneo: En región parietal derecha, tumoración ovoidea de 3 cms. de eje mayor, de consistencia elástica, que en los bordes da sensación apergamizada. En la región parietal izquierda, se palpan dos tumoraciones superficiales del tamaño de un grano de maíz.

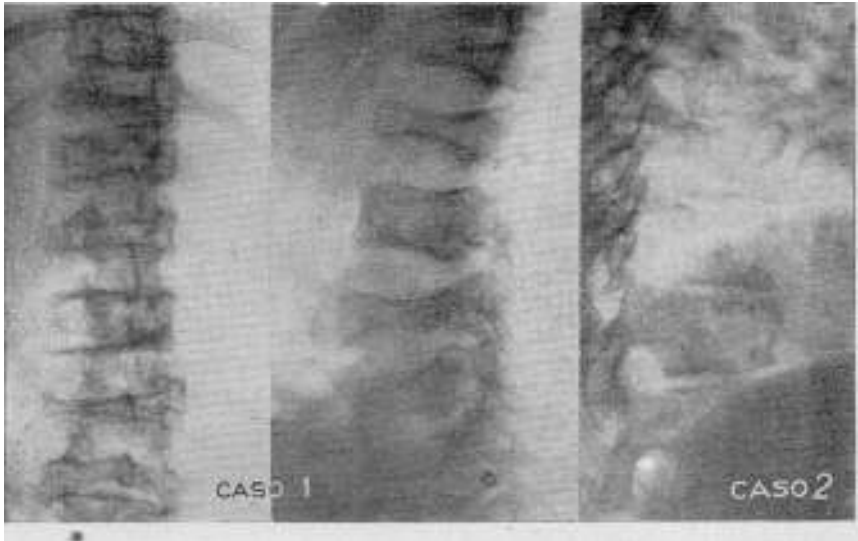
Tórax: Ensanchado transversalmente en su base, con dolor difuso a

la palpación de las costillas. Síndrome de derrame en base pleural izquierda, que puncionado permite retirar líquido sanguinolento cuyo examen químico y citológico muestra los caracteres de un exudado.

Abdomen: No se palpa hígado ni bazo.

Pelvis: De morfología normal, dolorosa a la palpación.

Columna: Actitud y morfología normales, con dolor difuso a la presión predominando en los confluentes cervico-dorsales y dorso-lumbares.



Miembros: Sólo se comprueba una atrofia muscular muy acentuada.

Sistema linfático: Sin particularidades.

Examen Radiográfico.

Cráneo: Numerosas geodas claras, regulares, redondeadas, de tamaño variable, sin ninguna reacción ósea en su periferia, dejando tejido sano en sus intervalos.

Tórax: Imágenes líticas pequeñas y en número reducido en algunas costillas. Velo en base de hemitórax izquierdo.

Pelvis: Difusamente sembrada de manchas líticas del tamaño de una cabeza de alfiler.

Columna: En región cervical, las III, IV y V vértebras están disminuidas de altura, con imágenes líticas muy pequeñas. Varias vértebras de la región dorsal media hasta las últimas lumbares, se muestran aplastadas. en algunos casos laminiformes, muy desmineralizadas, con conservación de los espacios intervertebrales.

Exámenes de Laboratorio.

Orina: Normal, reacción de Bence Jones, negativa.

Estudio sanguíneo: Hemograma: Anemia hipocrómica; leucocitosis 19.600, no hay elementos anormales en la serie blanca.

Proteinemia: Normal, con aumento relativo y moderado de la fracción globulina.

Calcemia - Fosforemia - Fosfatasaemia: Normales.

Punción de la tumoración parietal (Dr. Paseyro): La característica citológica del material de punción corresponde a un mieloma.

Biopsia de la misma tumoración (Dr. D. Brachetto Brian): Mieloma mieloblástico.

Tratamiento y Evolución.

Radioterapia (Dr. Leborgne) en dosis "r" pequeñas, repetidas hasta completar altas dosis.

El enfermo presenta una breve mejoría de su estado general, calmando los dolores, pero a los seis meses fallece en caquexia.

OBSERVACION N° 2.

G. M. — 53 años. Sexo masculino.

Ingresa al Instituto Traumatológico en abril de 1946. Consulta por dolores en región dorso-lumbar cuya evolución se remonta a seis meses. En los días previos a su ingreso, los dolores recrudecen.

Al examen: Buen estado general, apirético.

Columna lumbar: Contractura de las masas musculares paravertebrales bilateral; borraramiento de la lordosis lumbar normal; la movilización es dolorosa y se realiza en una sola pieza; la presión de los cuerpos vertebrales es indolora.

Abdomen: Clínicamente normal.

Miembros: Tono, fuerzas, reflectividad y sensibilidad normales.

En resumen, clínicamente se trata de un síndrome lumbálgico.

Examen Radiográfico.

Se comprueba la presencia de numerosas y pequeñas imágenes líticas que asientan en los cuerpos vertebrales y apófisis espinosas lumbares, huesos ilíacos, sacro, y además gruesas geodas que interesan las últimas costillas. Lesiones similares se encuentran en la columna dorsal, con aplanamiento de los cuerpos vertebrales y la XI dorsal presenta su mitad anterior ocupada por una enorme imagen lítica, que interesa los platillos, con pinzamiento de ambos espacios intervertebrales. Encontramos también imágenes líticas en cráneo y fémures.

Exámenes de Laboratorio.

Orina: Albúmina 15 grs. Cilindros hialinos y granulosos. Albumosa de Bence Jones, positiva.

Estudio sanguíneo: Hemograma: Anemia hipocrómica; leucocitosis 6.600, no hay elementos anormales de la serie blanca.

Calcemia - Fosforemia - Fosfatasaemia: Normales.

Mielograma (Dr. Paseyro): Gran número de células de tipo plasmocitario. Se trata de un mieloma típico.

Biopsia de costilla (Dr. D. Brachetto Brian): Mieloma plasmocelular.

Tratamiento y Evolución.

Teleroengenterapia (Dr. Leborgne).

A los 15 días de iniciado el tratamiento, el estado general mejora, desaparecen los dolores y el enfermo camina sin ayuda. Al mes y luego de nuevas sesiones de radioterapia, persiste la mejoría del estado general y de los dolores. El enfermo abandona luego el tratamiento y fallece.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

En estas dos típicas observaciones de mieloma, el *Motivo de la Consulta fué el Dolor*. La sintomatología dolorosa ocupa un lugar destacado en la enfermedad; para algunos autores está presente en el 86 % de los casos (Bayrd y Heck). Síntoma tan trivial por ser común a la mayor parte de las afecciones osteo-articulares y habitualmente catalogado como de origen reumático, tiene para nosotros una importancia destacada porque es el que conduce al examen radiográfico, que nos va a permitir realizar el diagnóstico de presunción, confirmado luego por el mielograma o la biopsia.

El Estudio Radiográfico que de rutina debe realizarse frente a todo sufrimiento osteo-articular, adquiere en el mieloma una jerarquía tal que tiene el valor de un síntoma revelador.

Las lesiones por lo general son características: son imágenes líticas, destructivas, en forma de geodas claras, regulares y redondeadas, sin ninguna reacción ósea a su alrededor y con tejido sano en su intervalo. El punto de partida de estas pérdidas de sustancia es medular, asentando habitualmente las lesiones en los huesos planos ricos en tejido esponjoso.

A nivel de la columna encontramos aplastamientos de los cuerpos vertebrales, con conservación o ensanchamiento del espacio discal. G. Lumb y T. M. Prossor (The Journ. of Bone and Joint Surg. Brit. Vol. 1948) afirman que la invasión vertebral produce precozmente fracturas, con el consiguiente hundimiento de la vértebra y destrucción del disco intervertebral, lo que está en contraposición con el carcinoma metastático en el cual el hundimiento es tardío y el disco no está comprometido. En nuestra Obs. N° 2, la invasión vertebral se asociaba con pinzamiento discal, sin existir hundimiento franco de los cuerpos vertebrales.

Cuando los huesos largos están interesados, las geodas roen la cortical. En casos excepcionales existe una única lesión radio-

lógica de tipo osteolizante, sobre cuyas particularidades nos detendremos más adelante.

Frente a tales imágenes líticas encontradas en un sector del esqueleto y planteado el diagnóstico de presunción de mieloma, se impone la necesidad de realizar un estudio radiográfico completo, en particular de los huesos ricos en tejido esponjoso, que será completado con un mielograma o una biopsia capaces de certificarnos que nos encontramos frente a un tumor del sector hematopoyético.

Mielograma y Biopsia

Algunos autores afirman que bastan por sí solas las alteraciones mielográficas de tipo plasmocitario, para plantear el diagnóstico de mieloma. Nosotros consideramos que para poder afirmar que estamos en presencia de un mieloma, es necesaria la asociación del síndrome radiográfico con un mielograma positivo o una biopsia demostrativa.

Descartamos así todos aquellos casos de leucosis plasmocitaria que dan un mielograma con citología similar al del mieloma, pero carecen de la imagen radiográfica característica.

En nuestra observación N° 3, que describiremos más adelante, el mielograma fué negativo, en cambio la biopsia de una tumoración localizada en el olécranon nos certificó encontrarnos frente a un mieloma. Es decir, que algunas veces nos podemos encontrar con una imagen radiográfica lítica y un mielograma negativo; en estos casos el estudio mielográfico no siempre es soberano para descartar la lesión, ya que la biopsia puede confirmarnos la presunción clínico-radiográfica de mieloma.

Síntomas complementarios

En 1889, cuando Kahler describió la entidad clínica "Mieloma", exigía para su diagnóstico la presencia de: deformación ósea y fragilidad anormal del hueso — dolores óseos intensos — caquexia pronunciada y albumosa de Bence Jones en la orina.

A veces los enfermos se presentan al clínico, consultando porque después de un período de dolor, notan la aparición de una *tumoración* o de una *deformación ósea*; en otros casos es una *fractura patológica* la que abre la escena. Se comprende el alto

porcentaje de fracturas patológicas en el mieloma, por la intensidad de sus lesiones destructivas; unos autores las encuentran en el 62 % de los casos y la localización costal es la más frecuente (Obs. N° 2). De nuestros tres enfermos, dos presentaron fracturas.

La caquexia se presenta en los casos ya muy evolucionados; habitualmente el enfermo presenta síntomas generales tales como astenia, adinamia, anorexia, pérdida de peso, que paulatinamente en su progresión terminan en aquella. La fiebre es un síntoma que bastante a menudo se presenta.

El Estudio Hematológico puede presentar alteraciones tanto en la serie roja como en la blanca. La anemia puede ser muy notable y el apilamiento de los eritrocitos es frecuente. En la serie blanca las modificaciones son en general poco importantes: mientras en algunos casos hay cifras normales o leucopénicas, en otros hay un aumento leucocitario de tal categoría que ha llevado a los autores a hablar de asociaciones con las leucemias.

El Síndrome Humoral revela una particularidad notable, caracterizada por las perturbaciones metabólicas de los prótidos.

En la mayoría de los casos (60 %) hay una Hiperproteïnemia, debida a una hiperglobulinemia y en particular al aumento de la fracción euglobulina (Magnus Levy).

De las otras modificaciones humorales, la calcemia puede mostrarse ligeramente aumentada por el hecho de la actividad osteolítica tumoral. El fósforo y la fosfatasa son normales.

En la Orina podemos encontrar la presencia de una proteína especial, la albumosa descrita por Bence Jones y a propósito de la cual se han emprendido los estudios sobre las modificaciones humorales que se presentan en el mieloma. Durante un tiempo su existencia fué considerada como de valor capital en el diagnóstico de la enfermedad. Sin embargo no existe con la frecuencia con que se ha dicho, encontrándose en cambio en otras afecciones mielomatosas.

Además de la albumosuria de Bence Jones, se pueden encontrar una albuminuria simple o como en nuestra observación N° 2, modificaciones que atestiguan la existencia de un proceso nefrítico.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

El mieloma es una afección generalmente mortal en un plazo más o menos variable. La evolución puede presentar remisiones bajo el tratamiento radioterápico, pero la recrudescencia del dolor y sobre todo la caquexia marcan el final.

TRATAMIENTO

La radioterapia es el tratamiento indicado en el mieloma. Debe emplearse a pequeñas dosis, pero continuadas durante un tiempo largo hasta alcanzar un alto nivel de unidades r. Si bien el tumor es radiosensible, pudiendo demostrar la radiografía la evidencia de su regresión por la presencia de áreas de calcificación, estas mejorías son de carácter temporario. Conocemos un caso en que la irradiación de una lesión vertebral localizada, llevó a la reparación del cuerpo osteolizado, pero a los 3 años vuelve el enfermo a consultar, comprobándose una difusión de las lesiones mielomatosas.

La radioterapia si bien en algunos casos puede enlentecer la marcha del proceso, en otros no tiene ningún efecto sobre su evolución. En cambio su acción analgésica es notable por la rapidez de sus efectos. La radiosensibilidad está en relación con el grado de madurez celular; de ahí el interés que existe en conocer la variedad citológica tumoral.

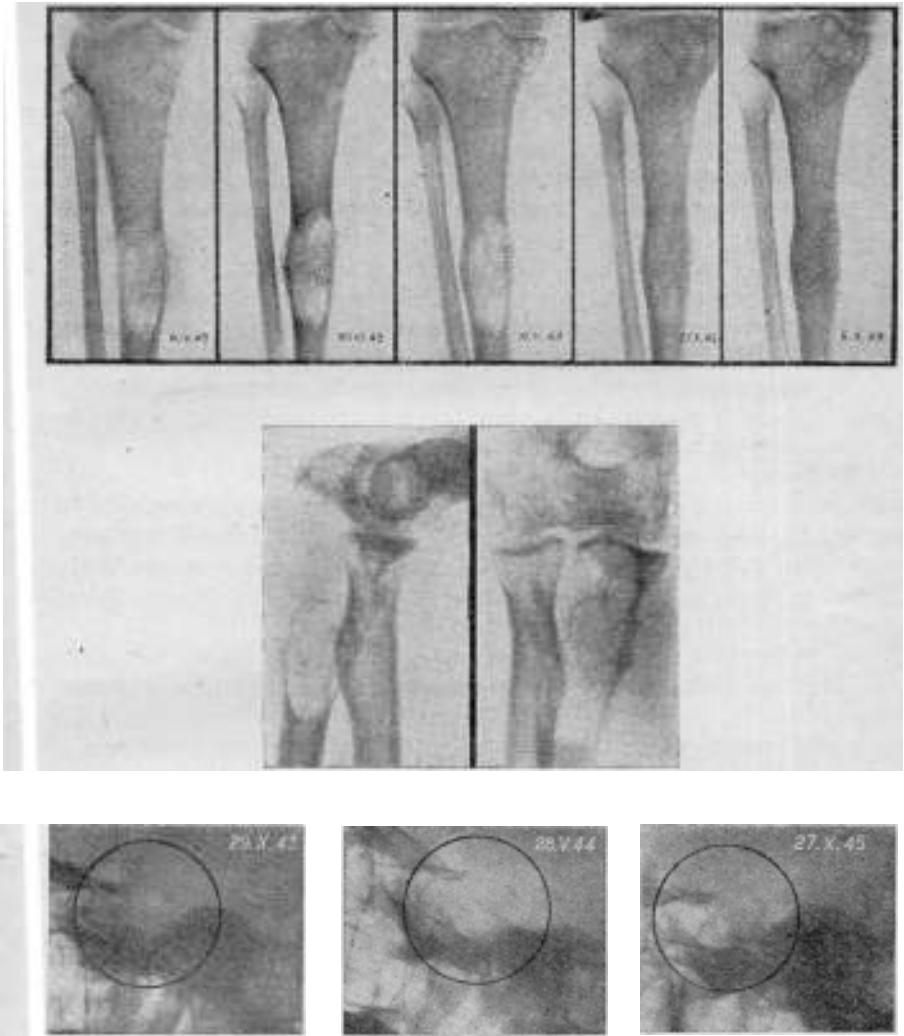
En 1947, Snapper propone el uso de la Stilbamidina asociada a una dieta pobre en próticos, comprobando en los casos tratados por él, la rápida desaparición de los dolores, la recalcificación de las lesiones y claras modificaciones estructurales en los elementos celulares del tumor. Las largas remisiones obtenidas significan una esperanza en el tratamiento de la afección.

Hemos dejado para tratar en último término y después de realizar las consideraciones generales que anteceden, nuestra tercera observación porque presenta particularidades muy especiales.

OBSERVACION N° 3.

A. D. — 42 años. Sexo masculino.

Ingresa al Instituto Traumatológico en julio de 1942. La consulta es



motivada por una fractura patológica del olécranon derecho. Veinte días antes del traumatismo que provocó su fractura, tenía dolores en el codo correspondiente.

La radiografía muestra un tumor lítico de la extremidad superior del cúbito, de forma ovoidea, a eje mayor longitudinal de 5 cms. de largo, ocupando en anchura todo el hueso y con una trama fibrilar irregular en su interior. No hay reacción ósea en la periferia. La cortical posterior en la parte media del tumor muestra la existencia de un trazo de fractura.

Intervención (octubre, 1942). Resección del extremo proximal del

cúbito. Se envía la pieza al Dr. D. Brachetto Brian que informa: Mieloma plasmocitario juvenil.

Con este diagnóstico anatómo-patológico realizamos un mielograma, que es normal. Y son también normales el hemograma, calcemia, fosfo-remia y fosfatasemia. La reacción de Bence Jones es negativa.

Las radiografías del resto del esqueleto son negativas de lesión ósea.

Se envía el enfermo a tratamiento radioterápico (Dr. Leborgne). Y el 25 de febrero de 1943 es dado de alta en perfectas condiciones generales, habiendo recuperado normalmente la funcionalidad del codo.

El 6 de abril de 1943 vuelve a la consulta por sufrimiento de la rodilla derecha, que presentaba datando de algunos días y que habían sido catalogados de reumatismales.

Al examen se comprueba un excelente estado general y localmente, a nivel del tercio superior de la tibia, hay una tumoración del tamaño de un huevo de gallina que aflora bajo la piel.

La radiografía muestra una imagen vacuolar irregular, de forma ovoidea y de 8 cms. de diámetro longitudinal, ocupando en anchura toda la diáfisis. Su interior está constituido por celdillas irregulares, limitadas por un fino reticulado. En conjunto la imagen es similar a la que había presentado en el codo. El cóndilo tibial interno tiene una imagen lítica, en celdas limitadas por una fina red que las tabican.

Se radiografía el resto del esqueleto, siendo nuevamente negativa. Los exámenes biológicos vuelven a ser normales a igual que el mielograma.

Considerando que es una nueva localización del mieloma, volvemos a indicar radioterapia.

Al mes, la tumoración de la tibia ha disminuído considerablemente de tamaño y los dolores han desaparecido. Cinco meses más tarde, la tumoración de la tibia ya no se palpa.

Dos años después de su primera consulta (mayo, 1944) vuelve por cefalalgia intensa, que a los pocos días es acompañada por ptosis palpebral con estrabismo externo y midriasis (parálisis del III par).

La radiografía de cráneo muestra que la zona correspondiente a la Silla Turca ha desaparecido prácticamente.

Se envía nuevamente para realizar radioterapia craneana y al mes mejora su síndrome ocular.

En mayo de 1945 se encuentra perfectamente; de su lesión ocular sólo queda como secuela una muy discreta ptosis palpebral. La radiografía de la tibia en la zona tumoral, presenta una densificación difusa que limita pequeñas aréolas líticas. Y a nivel del cóndilo tibial, los finos tabiques están sustituidos por gruesos haces densificados. En el cráneo la silla turca es ahora visible, marcándose bien sus contornos aunque no han recobrado la morfología normal.

El enfermo pasa perfectamente hasta octubre de 1949 en que lo volvemos a ver.

El estado general es excelente y el enfermo se ha reintegrado a su vida normal. El estudio radiográfico completo de su esqueleto, nos muestra que la lesión tibial ha sido sustituida por una zona difusa de densificación, que engloba una cavidad lítica irregular. En el cóndilo tibial, entre densos haces de condensación, se limitan pequeñas cavidades. En el cráneo, la silla turca es irregular, de menor densidad en su contorno y aplastada.

El mielograma es nuevamente negativo.

Esta observación presenta caracteres particulares que deseamos poner en evidencia.

En primer término su aparición como un tumor solitario, cuyo diagnóstico pudo ser realizado gracias a la biopsia.

En segundo lugar el hecho de la existencia de repetidos mielogramas normales, realizados por un técnico de experiencia (doctor Paseyro).

Tercero, la evolución que actualmente se remonta a 7 años y que se manifiesta por la aparición de dos nuevas localizaciones de las mismas características ubicada una en la silla turca y otra en el tercio superior de la tibia.

Y finalmente, el hecho que la radioterapia fué capaz de dominar el proceso osteolítico y realizar su reparación.

Consultado sobre este caso el Dr. D. Brachetto Brian, distinguido patólogo que dirige el Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer (Buenos Aires), nos dice:

I) "Que conviene al pronunciar un diagnóstico de mieloma, el establecer si está formado por células juveniles (pro-plasmacélulas) o maduras (plasmacélulas). Las primeras son exquisitamente radiosensibles, las otras también, pero no tanto. El tumor del caso que yo examiné (Observación N° 3), estaba formado por pro-plasmacélulas y era rico en mitosis, o sea muy activo y por lo tanto muy radiosensible.

II) Es rara la negatividad de los mielogramas, pero pueden hacerse positivos en cualquier momento de su evolución."

En lo que se refiere a la forma tan netamente localizada con que en su iniciación se presentó este mieloma, nos permite volver sobre el problema tan debatido del Mieloma Solitario.

Mientras que para unos constituye una entidad nosológica perfectamente constituida, para muchos es la etapa inicial que evidencia una futura generalización; estos últimos son conse-

cuentas con la idea de que se trata de una enfermedad de sistema. Aquellos que consideran que el mieloma solitario es una entidad clínica perfectamente localizada, le acuerdan una benignidad mayor, aunque reconocen que existen formas que en poco tiempo pueden llevar a la muerte pero sin generalizarse jamás.

Se les ha contestado que se trataba de casos que no fueron seguidos en su evolución completa, pero seguramente hubiera mostrado la generalización, o mismo que no se había realizado el estudio mielográfico que hubiera sido capaz de revelar la siembra de pequeños islotes mielomatosos microscópicos.

Los sostenedores de la existencia del mieloma solitario, como Tavernier y Leclerc, insisten en el hecho de que el tumor es mediocremente radiosensible obteniéndose mejorías temporarias. Sostienen además que el tratamiento quirúrgico económico puede llegar a ofrecer una cura prolongada.

Nuestro caso se presentó como un tumor localizado que se resecó completamente y la región fué radiada; se obtuvo así la cura local. El mielograma fué negativo y el diagnóstico pudo hacerse gracias al estudio biópsico. La no existencia de lesiones en el resto del esqueleto y el mielograma negativo, nos hubieran permitido afirmar que nos hallábamos frente a una forma solitaria del mieloma.

Pero poco tiempo después, a los nueve meses, el enfermo se nos aparece con una tumoración lítica radiográficamente similar a la primitiva. Al año vuelve a hacer una nueva localización en el cráneo. Y no obstante esa diseminación lesional, el mielograma continuaba siendo negativo.

Evidentemente este caso no puede titularse como mieloma solitario — por el hecho de sus localizaciones sucesivas —, pero tiene características especiales que lo diferencian netamente de la forma del mieloma múltiple habitual: el mielograma repetidamente negativo y el acantonamiento de las lesiones, sin difusión al cabo de 7 años, y su reparación comprobada radiográficamente.

Sirve también este caso para mostrarnos el efecto favorable de la roengenterapia; ya hemos dicho que los tumores a células jóvenes son muy radiosensibles y se comprende también que las

formas no muy avanzadas y las tratadas en una etapa inicial, pueden recibir un franco beneficio de este medio terapéutico.

Dr. Etchegorry. — Muy poco puedo decir; yo no tengo experiencia ninguna en este asunto de los tumores óseos al lado de la que posee Brachetto, con quien estuve revisando, hace un mes justamente, casos similares, entre ellos posiblemente éste.

Hace años, le señalé a Brachetto ese trabajo de Tavernier que yo había leído y me había dejado impresionado respecto a diferencias con nuestro concepto de mielomas en general y el tipo de mielomas localizados que no es radio-sensible. Tavernier publicó su manera de proceder; hace resección del hueso afectado facilitada por la localización del tumor (3 ó 4 tibiales, si mi memoria no me es infiel).

Respecto a este caso, es una lástima, y conste que no es en tren de reproche, puesto que es fácil hablar cuando se ven las cosas a posteriori, que no tenga biopsia, biopsia punción que con los aparatos que usa Valls y que el Dr. Cagnoli conoce, resulta inocua; es dolorosa si se quiere, pero sin consecuencias, sobre todo en un tumor tan radio-sensible como éste.

Vale decir que esa punción de la tibia, aclararía muchas cosas; nos diría si realmente es un mieloma que responde al tipo histológico, descrito por Tavernier o si se trata de otra cosa.

Yo creo que en cuestión de tumores óseos, todavía estamos en pañales y tenemos mucho que aprender; lo cual quiere decir que hay que agradecer a Cagnoli haya traído documentación tan interesante.

Dr. Cagnoli. — Quiero agradecer a los Dres. Etchegorry y Yannicelli la intervención que han tenido.

Al Dr. Etchegorry le diré que el mismo reproche que nos hace él, nos lo hemos hecho nosotros. La deficiencia anotada se ha debido a que el enfermo no ha aceptado ni la biopsia local ni las punciones del tumor; más aún, el último mielograma, nos ha costado, para tomarlo, un verdadero triunfo.

En cuanto a lo que dice el Dr. Yannicelli vamos a ponernos en primer término de acuerdo. Nosotros decimos y voy a repetirlo, que queremos poner un poco de orden en el mare magnum que existe cuando se habla de mieloma. Voy a poner un caso: Acaba de aparecer una publicación del Dr. Piaggio Blanco, hace dos o tres meses en el Día Médico Uruguayo, donde hay mielomas que únicamente tienen para hablar de mielomas la presencia de plasmocitos en la sangre; para nosotros eso es una leucemia plasmocitaria. Hay quienes en otros casos llaman mielomas a un síndrome leucoide aún sin tener mielograma positivo acompañado de descalcificación difusa del esqueleto que es trivial y puede encontrarse en pacientes que han estado mucho tiempo en cama. A esos casos, en el nuevo libro de Leger y Ducroquet sobre lesiones esqueléticas, que acaba de aparecer, se les estudia como una entidad clínica: el mieloma decalcificante difuso.

Nosotros creemos que esos casos no son mielomas y queremos poner un poco de orden en la diferenciación de los casos para terminar diciendo que para que sea una observación considerada como mieloma tiene que tener **expresión radiográfica**, y **expresión anatómo-patológica**, ya sea la anatómo-patológica hecha por el patólogo que nos estudia una biopsia, tumoral ú ósea, o ya por punción esternal estudiada por un hematólogo de experiencia. Así podremos decir que nos encontramos frente a un mieloma; los otros casos, que no tienen las dos expresiones indicadas pueden tratarse de leucemias o mejor dicho síndromes leucémicos. Estamos de acuerdo con el Dr. Yanicelli, que viene a reforzar lo que nosotros afirmamos, que las leucemias tienen también a veces una expresión radiográfica ósea. En cuanto a la expresión radiográfica no necesita ser una determinada o patognomónica y por sí sola no es suficiente para realizar el diagnóstico. Yo lo demostré en el estudio de las vértebras de nuestros casos; es indiferente que haya aplastamiento vertebral, o lesiones areolares líticas vertebrales; en algunos casos puede haber conservación del espacio discal o disco ensanchado, en otros pinzamiento discal. Eso sí, si tiene una expresión lítica radiográfica y una expresión anatómo-patológica, es lo suficiente y necesario para llamarle mieloma. Y para poder decir que nos encontramos frente a un mieloma tenemos que tener esas dos características, que son las que exige el diagnóstico positivo. Y esto es lo importante.

