

CASO CLÍNICO 6

PLASMOCITOMA EN CAVUM

DRES. DE LAS HERAS M, ESPEJO B, FERNÁNDEZ GRANDA L, GARCÍA GIRALDA M. HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

Se presenta un paciente estudiado por hipoacusia por otitis serosa, que desarrolla en unos meses una obstrucción nasal posterior, producida por una neoplasia de cavum, que resultó ser un plasmocitoma.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 60 años, varón, que acude a consulta de ORL refiriendo obstrucción nasal de 4 meses de evolución, con disfagia leve y ligera disnea, así como aumento de su hipoacusia; anteriormente había tenido varias otitis serosas.

En la exploración de fosas nasales y orofaringe presenta rinorrea posterior espesa. Por fibroscopia nasolaringea se aprecia tumoración de aspecto quístico hiperémico que ocupa el cavum y cierra ambas coanas.

Se realiza TAC: Imagen nodular bien delimitada de 28 x 24 x 20 mm con captación de contraste IV de densidad heterogénea de aspecto levemente lobulado a nivel nasofaringe, cavum, tercio posterior de fosas nasales, localizada anterior a la musculatura prevertebral, sin aparente infiltración de dicha musculatura. No se visualizan ganglio en las diferentes cadenas cervicales.

Se solicita RMN: lesión endoluminal de 3 x 3 x 2 cm con contorno lobulado, bien definido presenta intensidad de señal y captación de contraste homogénea, que sugiere lesión de partes blandas. La sospecha es una lesión de naturaleza neoforativa primaria recomendando toma de muestra. En profundidad no se observan signos de infiltración del contorno inferior del clivus, ni de las partes blandas profundas o musculatura en torno a la luz aérea.

Se toman muestras para anatomía patología que diagnóstica: tumoración linfocitaria tipo plasmocitoma (informe provisional). Se deriva a hematología para estudio y tratamiento.

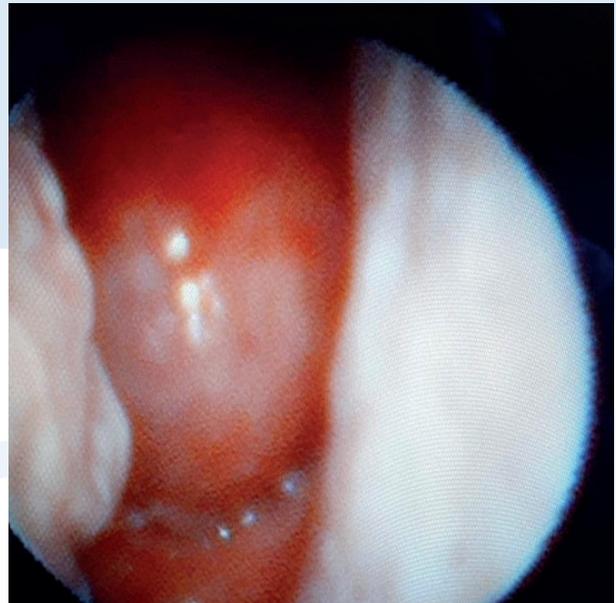


FIGURA 1: Imagen fibroskópica a nivel de coana nasal posterior, entre el tabique nasal a la derecha y el comete inferior a la izquierda, la cual esta obstruida por la tumoración.

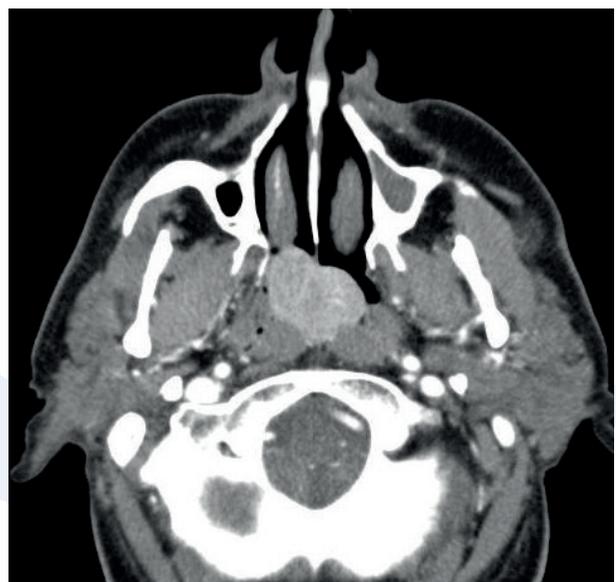


FIGURA 2: Corte tomográfico axial a nivel del plasmocitoma del cavum.

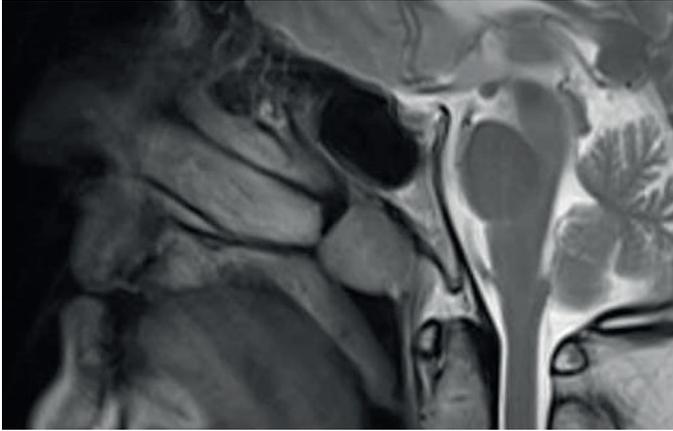


FIGURA 3: Resonancia magnética a nivel de rinofaringe que muestra la ocupación de esta.

DISCUSIÓN

Toda otitis serosa en un adulto puede ser el primer signo de la obstrucción de las trompas de Eustaquio por una tumoración, ya sean por un carcinoma de cavum, un quiste, un angiofibroma, una hipertrofia de vegetaciones adenoideas, o por tumores raros como en este que se presenta. Por lo que es imprescindible realizar una fibroscopia nasal en estos casos.

El plasmocitoma es un mieloma de células plasmáticas, que suele ser el más común. El plasmocitoma extramedular es una lesión constituida por células plasmáticas monoclonales que se localiza fuera del hueso y de la médula ósea. En la mayoría de los casos el plasmocitoma extramedular ocurre en región de cabeza y cuello, la localización más frecuente es en cavidad nasal, senos paranasales y nasofaringe.

Tienden a ser solitarios, tan solo un 10% son múltiples. La edad media en pacientes con plasmocitoma extramedular en cabeza y cuello es de 60 años con una predominancia en varones de 4:1. Los localizados en cabeza y cuello suelen producir IgA.

Es necesario realizar estudio de extensión para establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades, considerando que el plasmocitoma extramedular se presenta generalmente localizado y asociado a una larga supervivencia.

La presentación clínica en vías respiratorias altas es en forma de pólipos, pediculados o difusos que pueden ulcerarse. La sintomatología aparece por compresión u obstrucción del tracto aerodigestivo. El diagnóstico se realiza por histopatología e inmunología.

El tratamiento es cirugía y radioterapia. Estos tumores son altamente radiosensibles. La radioterapia se considera actualmente el tratamiento estándar. La escisión, electrocoagulación, radiación o alguna combinación de estos, constituye una terapia eficaz. Rara vez son necesarias cirugías extensas o radicales, dada su radiosensibilidad. El riesgo de desarrollar mieloma múltiple es del 10% al 20%. Por tanto, estos pacientes deben permanecer bajo observación durante toda la vida con evaluación anual. El diagnóstico, tratamiento y seguimiento debe ser multidisciplinario y en base a protocolos estrictos pensando siempre en la posibilidad de diseminación.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrios VD, Costa M, Molina S, Lozano I. Plasmocitoma extramedular de orofaringe. O.R.L. ARA-GON'2012; 15 (2) 13-14.
- Collado-Martín D, Perolada-Valmaña JM, Vera-Sempere F. Plasmocito extramedular de laringe con progresión a mieloma múltiple O.R.L. ARA-GON'2017; 20 (1) 24-25.
- A.J. Fernández Pérez, M. Sancho Mestre, J.R. Gras Albert, J. Talavera Sánchez. Plasmocitoma solitario de cabeza y cuello. Presentación de tres casos y revisión de la literatura. Acta Otorrinolaringol Esp 2001; 52: 715-20.
- González I, Díez L, Rodríguez N, Pallas P. Plasmocitoma extramedular de laringe. Reporte de un

caso. Acta Otorrinolaringológica Española. 2011; 62: 320-23.

- Paz I, Mercado V, Valdenegro J, Krause F, Plasmocitoma extramedular en otorrinolaringología. Rev-chilena otorrinolaringol cir cab-cuello. 2001; 61: 47-54.

- Issai Vanan, Arlene Redner, Mark Atlas Solitary Extramedullary Plasmacytoma of the Vocal Cord in an Adolescent. JCO December 10, 2009; 27; 35; 244-e247.

- George Garas, Natasha Choudhury, Nidhi Prasad, Taran Tatla, Extramedullary plasmacytoma of the tongue base. JRSJ Short Rep. 2010 December; 1(7): 60.