

PLASMOCITOMA INTRA-EXTRACRANEAL. REPORTE DE UN CASO

Sergio Pallini, Gonzalo Bonilla, Javier Alinez, Daniel Desole,
Verónica Lassalle, Mario Amaolo

Servicio de Neurocirugía, Hospital Militar Central, Buenos Aires., Argentina

ABSTRACT

Objective: To present and analyze a case of intra-extracranial plasmacytoma.

Description: A 72 years old female patient presented with headaches, facial pain, and six nerve palsy of 3 weeks of evolution. The MRI showed a left homogeneous extra and intraorbital mass with temporal fossa invasion, isointense with homogeneous enhancement that displaced the optic nerve towards the midline. Admission laboratory was normal.

Intervention: Complete removal was performed through a left pterional approach. Pathology informed plasmacytoma. Outcome was uneventful. A few days after she was discharged, the patient began with omalgia, left hemicranial and facial pain. A new MRI showed a new temporal intracranial lesion. Surgery was performed through the same approach. Outcome was again uneventful. She received radiotherapy.

Conclusion: Plasmacytoma must be considered at the moment of the diagnosis. It has to be differentiated from meningioma because it has a good response to radiotherapy.

Key words: intracranial plasmacytoma, multiple myeloma, plasmablastoma

Palabras clave: mieloma múltiple, plasmocitoma intracraneano, plasmoblastoma

INTRODUCCIÓN

El plasmocitoma también llamado mieloma solitario, es una gammopatía monoclonal correspondiendo a un 3 al 5% de ellas. El compromiso intracraneal es extremadamente raro teniendo como una característica su adhesión a la duramadre simulando meningiomas

El objetivo de este trabajo fue presentar y analizar el caso de una patología poco frecuente con compromiso encontrada en la práctica neuroquirúrgica mostrada en la literatura como casos aislados.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 72 años de edad que consultó por cefalea hemicraneal izquierda de moderada intensidad asociada a dolor facial homolateral y parálisis del músculo recto externo izquierdo de tres semanas de evolución. Se solicitó tomografía axial computada (TAC) de cerebro simple (Fig. 1)



Fig. 1. TAC que muestra una masa intra-extraorbitaria

evidenciándose una lesión ocupante de espacio temporal izquierda con invasión infraorbitaria que luego la IRM de cerebro sin y con gadolinio (Fig. 2) la definió como una lesión homogénea extra e intraorbitaria izquierda, con componente extra/intracraneal extradural yuxtatemporal, isointensa con el parénquima que realzaba en forma uniforme con el gadolinio y desplazaba el nervio

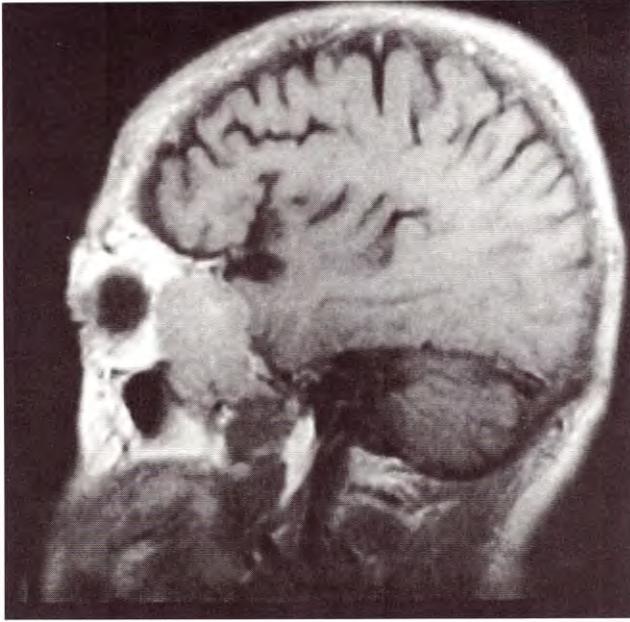


Fig. 2. IRM sagital que muestra una masa intra-extraorbitaria

óptico hacia línea media. Se solicitó laboratorio completo que arrojó valores dentro de parámetros normales. Se procede a la exéresis tumoral mediante abordaje pterional (Fig. 3) objetivando su compromiso infiltrativo puramente extradural, realizándose luego plástica dural no habiendo complicaciones en el procedimiento y evolucionado satisfactoriamente sin dolor y con recuperación total del déficit neurológico objetivado en el preoperatorio. Se realizó TAC de cerebro simple de control postoperatorio donde se visualizó la exéresis tumoral (Fig. 4), otorgándose el alta hospitalaria a los 5 días. A la dos semanas del alta hospitalaria se presentó a la consulta con cefalea hemi-



Fig. 3. Imagen tumoral intraoperatoria.

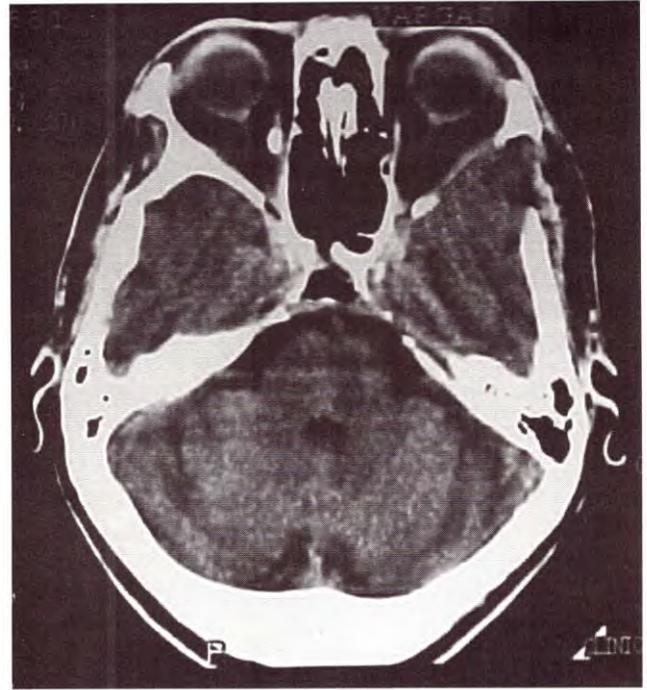


Fig. 4. TAC postoperatoria sin tumor.

cránea izquierda y dolor facial izquierdo en concomitancia a una anemia moderada por lo que se realizaron IRM de cerebro (Fig. 5) que evidenciaron una recidiva importante de la lesión, con componente intracerebral temporal y extracra- neal a expensas de la invasión de fosa cigomática y fosa temporal. Al mismo tiempo se recibió la anatomía patológica informada como plasmocitoma, por lo que se realizó una interconsulta con el Servicio de Hematología decidiéndose en conjunto la nueva exéresis tumoral y posterior tratamiento con radioterapia, solicitándose asimismo marca-

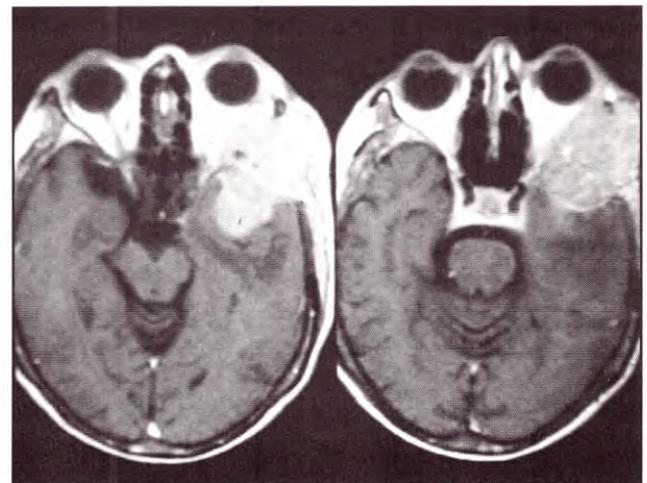


Fig. 5. IRM que muestra tumor en la fosa temporal.

dores tumorales específicos. Mediante el mismo abordaje se realizó la exéresis parcial de la lesión a expensas del extracraneal y temporal. El procedimiento fue bien tolerado, pero la paciente falleció días después.

DISCUSIÓN

El plasmocitoma se presenta predominantemente en el sexo femenino, pudiendo ocurrir como parte de una enfermedad sistémica de medula ósea (mieloma múltiple), lesión solitaria del hueso o como lesión fuera de la medula ósea (plasmocitoma extramedular). El origen del plasmocitoma extramedular es controversial, Wisniewski consideraba que proviene de la progenie tipo B de la medula ósea que viajan al tejido linfático periférico donde se diferencia en plasmocitoma mediante una estimulación de antígenos (proceso infeccioso crónico) pudiéndose encontrar en tracto respiratorio alto, baso o en ganglios linfáticos. El plasmocitoma solitario en el 25 a 50% se observa como inicio de afectación la columna vertebral, siendo la columna torácica el sitio más común de presentación, es más frecuente en hombres en la quinta década de la vida, pudiendo ser secretorio generalmente invade cuerpo vertebral y pedículos en el 20% de los casos.

El compromiso intracraneal es extremadamente raro estando la gran mayoría adheridos a la duramadre teniéndolos en cuenta como diagnóstico diferencial con meningiomas siendo estos últimos de presentación por lejos más frecuente. Son de ubicación variable siempre lindantes a estructuras óseas pudiendo algunos ser intraselares simulando un adenoma.

Clinicamente comienzan con dolor focal persistente y profundo produciendo compromiso neurológico como resultado de la compresión de estructuras neurales lindantes o por fractura compresión.

El diagnóstico puede hacerse con técnica de inmunoelectroforesis en orina y suero. El centellograma óseo puede ser negativo, y su diagnóstico definitivo depende de la biopsia donde no

debe haber signos de mieloma múltiple en screening previos.

Con respecto a la iconografía se puede decir que en TAC e IRM tienen un comportamiento similar a los meningiomas ya que realzan al contraste en forma homogénea, pudiendo presentar lesiones osteolíticas, siendo la falta de presentación de cola dural una de las formas de diferenciación.

Microscópicamente son similares a un meningioma pero la microscopía define claramente la histología diferencial.

El tratamiento es la radioterapia con 4500 cgs, siendo la sobrevida total de 5 a 10 años con un riesgo del 54% de desarrollar mieloma múltiple.

CONCLUSIÓN

Si bien el plasmocitoma intracraneal es una patología extremadamente infrecuente con poca casuística en la literatura internacional, debe ser tenida en cuenta al momento de realizar el diagnóstico, fundamentalmente diferenciarlo con meningiomas y metástasis (tiroides, pulmón o riñón). Son tumores radiosensibles por lo tanto, el rótulo tumoral debe ser preciso y rápido ya que la cirugía mas la radioterapia de 4500 cgs es el tratamiento de elección.

Bibliografía

1. Bindal AK, Bindal RK, van Loveren H, Sawaya R. Management of intracranial plasmacytoma. **J Neurosurg** 1995; 83: 218-21.
2. Mancilla-Jimenez R, Tavassoli FA. Solitary meningeal plasmacytoma: Report of a case with electron microscopic and immunohistologic observations. **Cancer** 1976; 38: 798-806.
3. Benli K, Inci S. Solitary dural plasmacytoma: Case report. **J Neurosurg** 1995; 36: 1206-9.
4. Banerjee AK, Blackwood W. A subfrontal tumour with the features of plasmocytoma and meningioma. **Acta Neuropathol (Berlin)** 1971; 18: 84-8.
5. Chang SC, Jing B-S: Solitary plasmacytoma in the cranial cavity: Case Report. **J Neurosurg** 1970; 33: 471-4.
6. Jyothirmayi R., Gangadharan V, Nair M, Rajan B. Radiotherapy in treatment of solitary plasmacytoma. **Brit Journal Radiol** 1997; 70: 511-6.