

Mieloma de los maxilares

Plasmacitoma de maxilares. Caso clínico.

Autor: Dr. Silvio Scardovi (*)

Palabra clave: Plasmacitoma

INTRODUCCION

En este trabajo se realiza un estudio esquemático de las neoplasias plasmáticas (mielomas múltiple y/o solitario) y se presenta un caso clínico de "plasmacitoma solitario" de maxilar superior, confirmado por los estudios anátomo-patológicos e inmunohistoquímicos.

DEFINICIONES

El Mieloma múltiple(**) o también denominado mieloma difuso(***), es definido por la OMS como: "un tumor maligno, que habitualmente muestra compromiso óseo difuso o múltiple y que se caracte-



FOTO 1

(*) Asistente de Clín. Quirúrgica 2do. de Fac. de Odontología (Montevideo).

(**) M.M.

(***) M.D.

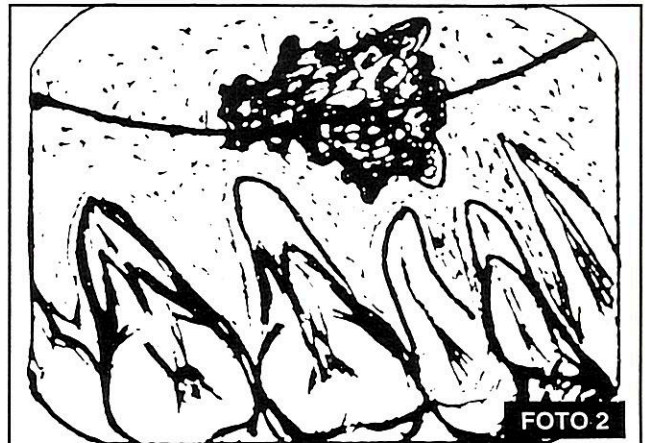


FOTO 2

riza por la presencia de células redondas del tipo de las células plasmáticas pero con diversos grados de inmadurez, incluyendo formas atípicas. Las lesiones están a menudo asociadas con la presencia de proteínas anormales en sangre, orina y ocasionalmente la presencia de amiloide o para-amiloide en el tejido tumoral o en otros órganos".

Según algunos autores(5) no existe una definición de la OMS para la forma "solitaria", por ser una lesión sumamente rara, de larga y confusa evolución con la forma difusa y de comportamiento impredecible.

CLASIFICACION

Las neoplasias plasmáticas fueron clasificadas en diversas categorías(5) basadas en su apariencia macro y microscópica según puede observarse en el siguiente cuadro:

- 1- MIELOMA MULTIPLE (Mieloma múltiple a células plasmáticas, mielomatosis o enfermedad de Kahler).
- 2- MIELOMATOSIS NO OSTEOLITICA DISEMINADA



tratados por cirugía y/o radioterapia en las formas solitarias(4),(5).

4- PARTICULARIDADES: En las mielomatosis plasmacíticas es casi patognomónico hallar aumentada la producción de IgG e IgA, secretadas por los plasmocitos, y la inmunoglobulina monoclonal de cadena liviana (proteína de Bence Jones) que aparece en orina y que se la interpreta como fragmentos de las ya mencionadas Ig.

Existen dos situaciones exóticas: a) ver aumentadas las IgD, las IgE o las IgM(5). b) ausencia de inmunoglobulina monoclonal en suero y de la proteinuria de

- (Mielomatosis difusa descalcificante)
- 3- MIELOMA SOLITARIO o PLASMACITOMA.
 - 4- PLASCITOMA EXTRAESQUELETICO.
 - 5- LEUCEMIA A CELULAS PLASMATICAS.
 - 6- LINFOMAS MALIGNOS con diferenciación plasmocítica.

Bence Jones. La incidencia de estos casos es del 1 al 2% de todos los pacientes con mielomas(5) y estos tumores independientemente que sean "solitarios" o "múltiples", se los clasifica como "mielomas no secretores"(5).

5- DIAGNOSTICO.

5.a.: SINTOMAS Y SIGNOS: los síntomas más comunes de las "mielomatosis" de todo el esqueleto incluyen: dolor, tumoración (que se asemeja a un proceso inflamatorio) y finalmente fractura patológica. La localización en los huesos maxilares puede ser asintomática(4) y si la forma es "solitaria" la cortical puede estar destruida en un área amplia, pero generalmente está solo adelgazada y expandi-

CARACTERISTICAS

1- ETIOLOGIA: El mieloma se origina en los plasmocitos de la médula ósea y es el blastoma óseo primitivo más frecuente.

2- RANGO: El M.D. y el Plasmacitoma solitario de hueso son enfermedades del adulto y fundamentalmente del sexo masculino.

La edad promedio del inicio de los Plasmacitomas es de 35 años, mientras que las formas múltiples comienzan a una edad promedio de 40 años(5).

3- EVOLUCION Y PRONOSTICO: la evolución es irreversiblemente fatal. La supervivencia total es de 20 meses y solo el 18% de los pacientes sobreviven cinco años (4). Las formas solitarias parecen tener un grado más bajo de malignidad y una progresión más lenta. Según estadísticas (4) entre el 32 y el 75% de los enfermos con Plasmacitoma solitario evolucionan hacia el mieloma múltiple, pero con una sobreduda de 10 años a diferencia de los veinte meses mencionados. Hay reportes de enfermos libres de la enfermedad después de 10 años de haber sido



da sin penetración del tumor en los tejidos blandos(5).

En los maxilares dentados puede aparecer "lisis" de la lámina dura con destrucción parcial del alvéolo, movilidad dentaria y rizolisis. Los plasmocitomas solitarios son excepcionales en los maxilares, son frecuentes en íleon, fémur, húmero, vértebras y cráneo; mientras que en los M.M. se observa un compromiso maxilar entre el 70 y el 95% de los enfermos(4) iniciándose como lesión múltiple en uno o varios huesos a la vez, generalmente en cráneo, columna, costillas, pelvis, maxilares, etc.

Los exámenes radiográficos de los M.M. tienen imágenes típicas, con lesiones osteolíticas en "sacabocados" sin reacción osteoblástica periférica.

5.b.: DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE "SOLITARIO" Y "MULTIPLE". Los criterios aceptados para considerar un mieloma como "solitario" son:

1- Ausencia de otras lesiones comprobadas radiológicamente.

2- Biopsia de médula esternal negativa.

3- Ausencia de disproteinemia plasmática.

4- Falta de alteraciones en las proteínas urinarias.

5- Período de 3 a 5 años sin lesiones secundarias.

El factor en discusión es el período de observación una vez eliminado el tumor, ya que existen casos que comienzan como lesión solitaria y luego de meses o años se generalizan(3). Autores como Christopherson y Miller (1950) consideran el período de 3 años; otros como Lichtenstein (1977) y Grispan (1983) marcan un límite de 5 años.

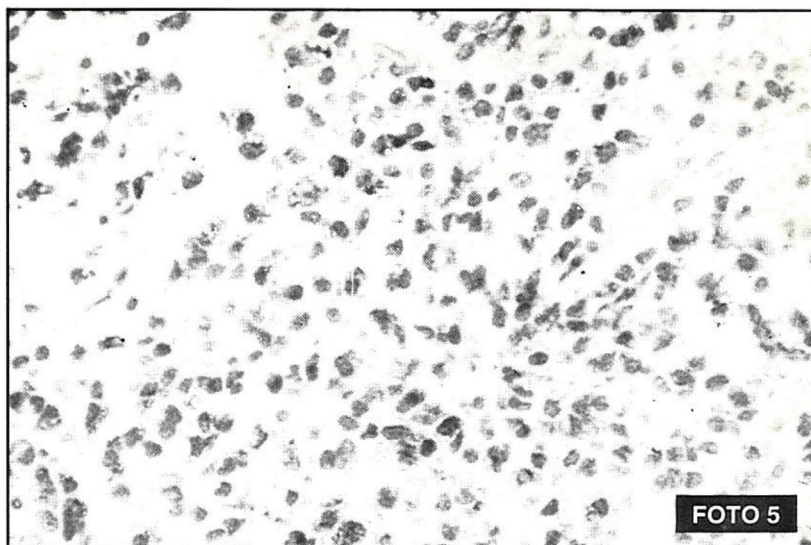
5.c.: EXAMENES COMPLEMENTARIOS: Los exámenes fundamentales para llegar a un correcto diagnóstico son:

1- Hemograma completo. En esta enfermedad hay una marcada reducción de eritrocitos (anemia).

2- Velocidad de eritrosedimentación. Aumenta significativamente en los casos difusos y/o solitarios.

3- Proteinograma inmunoelectroforético del plasma. En los pacientes enfermos generalmente muestra un aumento de globulinas en forma de banda alta y estrecha. Habitualmente está aumentada la IgG y en algunos casos la IgA.

4- Examen inmonoelectroforético de orina: en el 50% de los casos es posible detectar cadenas ligeras monoclonales urinarias, denominadas "protei-

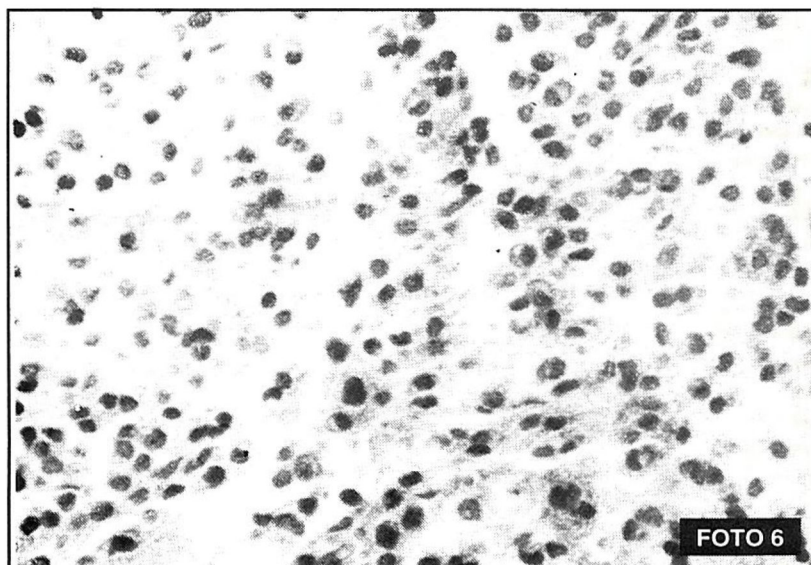


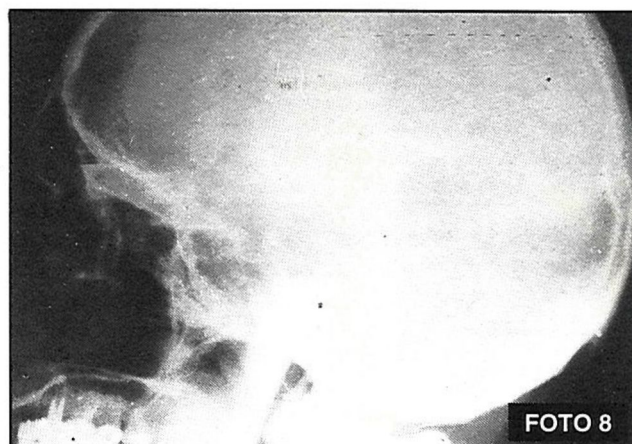
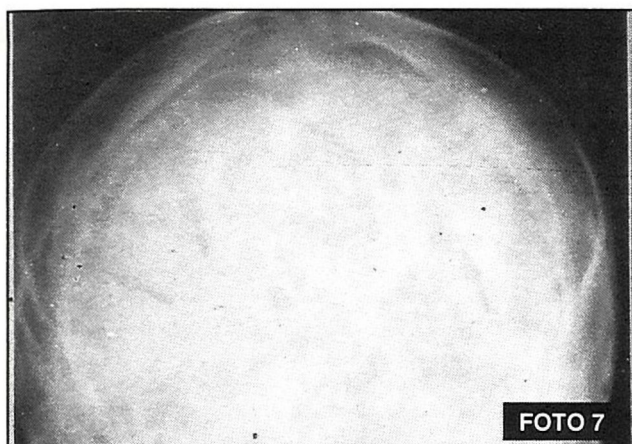
nuria de Bence Jones".

5- Punción medular. Las alteraciones más características encontradas son el aumento de los plasmocitos con groseras alteraciones morfológicas, inmadurez, etc.

6- Estudio Radiográfico de todo el esqueleto. Mostrará las típicas lesiones ya descritas y la naturaleza difusa o no.

7- Estudio biópsico de la zona. Como todas las neoplasias de células de la línea de linfocitos B (la médula ósea) diferenciadas desde el punto de vista funcional, son capaces de producir y secretar inmunoglobulinas. Al derivar de **una sola clona** neoplásica, se relaciona con la producción un componente **monoclonal** de Ig, en ésta, la cadena liviana puede ser de tipo "Kappa" o "Lambda". Para la investigación de dichas cadenas ligeras (Kappa y Lambda) se





pueden utilizar diferentes técnicas de coloración histoquímicas e inmuno-histoquímicas utilizando otros tejidos como material de control positivo. La técnica de inmunoperoxidasa pone de manifiesto en las células plasmáticas tumorales la cadena liviana de inmunoglobulina **monoclonal** intracitoplásmica, lo que las diferencia claramente de otras células plasmáticas de lesiones inflamatorias reactivas en que el infiltrado celular intracitoplasmático es **poli-clonal**.

6- **TRATAMIENTO.** El tratamiento del M.M. es fundamentalmente médico-quimioterápico(3),(5). Las formas solitarias curan por extirpación quirúrgica con margen de seguridad o por radiación, o por ambas asociadas. La radioterapia puede ser en dosis de 3.000 o 4.000 rads sobre todo en zonas no accesibles a la cirugía, que no es el caso típico de las formas maxilares. La quimioterapia solo se indica si aparece después de un tiempo otro foco secundario o más(3),(4),(5).

CASO CLINICO

1- Datos personales: Nombre: D.P.F., sexo masculino, caucásico, soltero de 34 años de edad.

2- Motivo de consulta: derivado por colega.

3- Enfermedad actual: aproximadamente dos meses atrás comenzó una discreta "molestia" y una zona tumefacta en la encía vestibular del maxilar superior a la altura de las raíces del 1er. molar superior derecho, por lo cual el paciente consulta a su odontólogo. Le practicaron un examen radiográfico hallando una pequeña zona "oscura" a nivel de la raíz del 2do. premolar. Al querer comenzar el tratamiento endodóntico del premolar, hubo dolor inmediato al frío y al tallado, por lo que el profesional no realizó la proyectada apertura y lo medicó con analgésicos y antibióticos. Simultáneamente le extendió un pase al cirujano.

El paciente mantiene la medicación indicada por

una semana y en el momento actual presenta dolor leve, en forma discontinua y sobre todo nocturno.

4- Antecedentes personales: Al interrogatorio aparece una historia de traumatismo en la cara hace cinco años, el resto de aparatos y sistemas son s/p.

5- Antecedentes familiares: sin particularidades.

6- Examen clínico: paciente lúcido, ambulatorio, colaborador y sin alteraciones al examen loco-regional.

Zona motivo de consulta: Se observa una deformación en el fondo del vestíbulo a nivel supra apical del 1.6 y 1.5, de coloración normal, 1 cm. de tamaño, consistencia dura y discreto dolor a la presión digital. Punción: negativa. Piezas dentarias de la zona vitales, sin evidencias de caries o enfermedad periodontal inflamatoria ni sus secuelas. Fig. 1.

7- Examen Radiográfico: La radiografía periapical muestra una radiolucidez no muy acentuada a nivel más alto que los ápices dentarios como puede observarse en el calco de la radiografía en la Fig. 2. Se trataba de una lesión osteolítica de límites difusos.

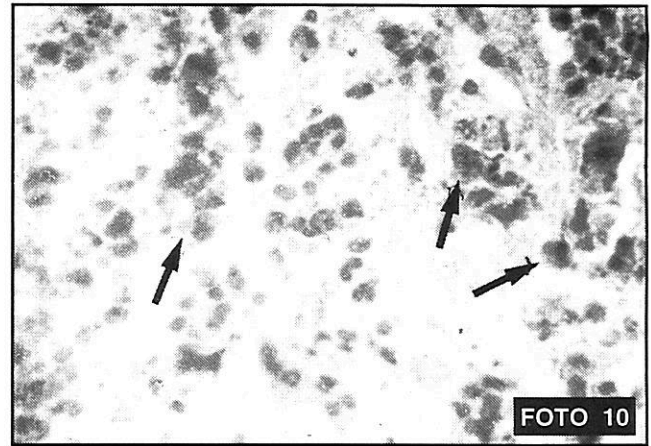
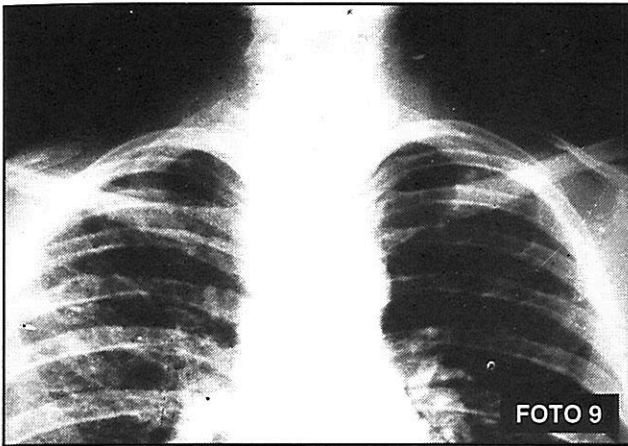
8- Diagnóstico positivo: lesión osteolítica de maxilar superior. No se pudo establecer un diagnóstico etiológico preoperatoriamente.

9- Plan de tratamiento. Exploración quirúrgica con fines biópsicos.

9.a. Exámenes preoperatorios: se solicitaron hemograma completo, K.P.T.T., glicemia, orina y V.E.S. De los exámenes antecedentes solo aparecen alteraciones a nivel de los glóbulos rojos que están sensiblemente disminuidos y una V.E.S. muy aumentada (120 mm. en la 1ª hora) que se interpretó a causa del posible proceso inflamatorio.

Desde el punto de vista radiológico se indicó como radiografía complementaria una ortopantomografía, la cual no reportó lesiones en otros sectores de los maxilares.

9.b. Acto quirúrgico: Bajo anestesia regional se labró un colgajo a dos trazos desde el 1.4 hacia distal por el borde libre de encía. El decolamiento se realizó



a legra y la osteotomía a nivel supraapical, entre medio del 1.5 y del 1.6, se logró a presión manual ya que existían pequeñas perforaciones de la tabla vestibular expandida. Se practicó la excresis de una masa de tejido blando de color rojo vinoso, con límites difusos, muy sangrante y que estaba separado de los ápices dentarios. Contactaba la pared ósea del seno maxilar, respetando la mucosa sinusal, la cual se evidenciaba en zonas puntiformes. La masa de tejido patológico se eliminó con curetas y se osteotomizó todo el hueso periférico con una fresa redonda N° 8. La raíz mesio-vestibular del 1.6 quedó en el lecho quirúrgico sin sobresalir. El tamaño de la cavidad ósea residual fue de aproximadamente de 1 1/2 cm. Se rellenó el lecho óseo con esponja reabsorbible y se suturó a puntos separados. Figs. 3 y 4.

La pieza operatoria se fijó en formol al 10%.

Para el post-operatorio inmediato se indicó amoxicilina 500 mg. y novemina cada 8 horas.

A los 7 días se retira la sutura y el paciente se encuentra sin sintomatología.

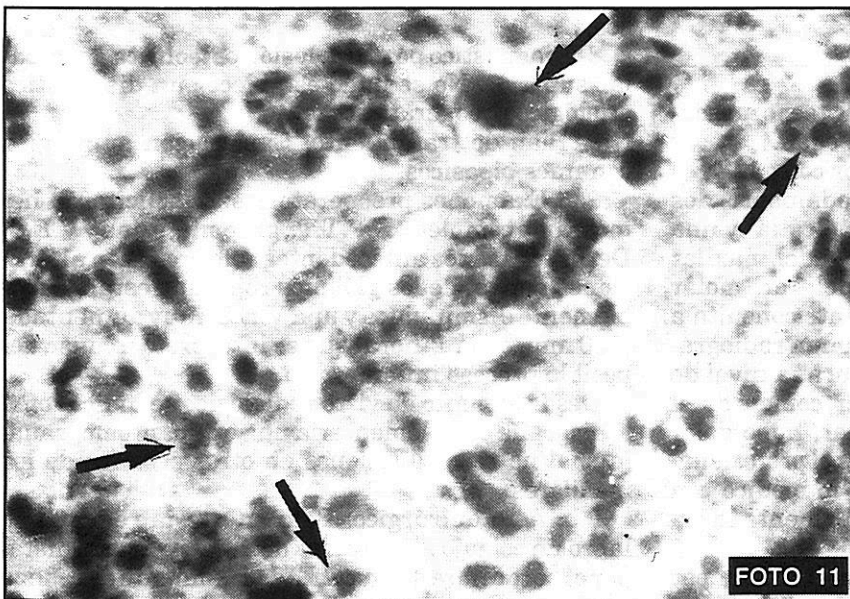
1er. INFORME ANATOMO-PATOLOGICO: "la mayor parte del material está constituido por tejido de granulación, con neovasos, restos de trabéculas óseas incluidas en el proceso y abundante exudado mononuclear, que en un 98% lo constituyen plasmocitos maduros. Figs. 5 y 6. En suma: Puede tratarse de un proceso inflamatorio crónico pero tiene características de una neoplasia (mieloma), por lo que se sugiere: estudio radiográfico completo, investigación de pico monoclonal de Ig y un nuevo estudio histoquímico de la pieza operatoria para estudiar las cadenas livianas".

9.c. Indicación de exámenes sugeridos: 1- radiológico completo (Figs. 7, 8 y 9). II- Hemograma y V.E.S. III- Estudios inmunolectroforéticos de suero y orina. IV- Punción medular.

Los resultados de las pruebas están dentro de parámetros normales, habiéndose corregido la discreta anemia y la V.E.S. aumentada preoperatoriamente.

2do. INFORME ANATOMO-PATOLOGICO: "se realizaron técnicas de coloración histoquímicas de PAS y verde Metilpironida e Inmunohistoquímica para los componentes de cadenas livianas con sus controles positivos correspondientes. Se aprecia: Inmunomarcación positiva para la cadena Lambda en forma de pequeños precipitados (Figs. 10 y 11) La cadena Kappa dio negativo con control positivo.

La técnica histoquímica reveló intensa marcación de color verde de los citoplasmas en las áreas alejadas del aparato de Golgi, característica marcación de los plasmocitos.



En suma: aunados datos clínicos, aspecto histológico e inmunomarcación, se concluye que se está en presencia de una proliferación plasmocitaria de estirpe monoclonal a cadena Lambda, característica del "plasmocitoma".

RESUMEN

Se han descripto las principales características del mieloma; reportándose un caso clínico de PLASMACITOMA SOLITARIO de maxilar superior, confirmado anatómopatológicamente por pruebas de inmunomarcación, con tratamiento quirúrgico y aparente curación del enfermo a más de un año de su operación.

De las fuentes bibliográficas consultadas se llega a la conclusión de que el "mieloma solitario" de maxilar es excepcional y en la literatura internacional son pocos los reportes en esa ubicación. Debe aguardarse un mínimo de tres años sin que aparezca otra lesión secundaria para reafirmar el diagnóstico de "solitario" y como ese tiempo no ha transcurrido en el caso presentado, y aunque el resto de los elementos de laboratorio, inmunológicos, radiográficos y clínicos avalen el diagnóstico de "plasmacitoma solitario", no se debe excluir la posibilidad de evolución a la forma múltiple a corto o largo plazo.

SUMMARY

The principal sing of myelomas are reviewed and a case of solitary "plasmacytoma" of the maxila is reported.

The treatment performed was surgical removal.

The lesion is confirmed by anotomo-pathological study.

BIBLIOGRAFIA

1- BHASKAR, S.N.: PATOLOGIA BUCAL. Ed. El Ateneo. Bs. As.; 1974.

2- BORGHELLI, R.: TEMAS DE PATOLOGIA BUCAL CLINICA. Ed. Mundi Saic. y F.; Bs. As.; 1979.

3- GRISPAN, D.: ENFERMEDADES DE LA BOCA. Tomo V. Ed. Mundi Saic. y F.; Bs. As.; 1983.

4- REGEZI, J.; SCIUBBA, J. PATOLOGIA BUCAL. Ed. Interamericana. Mc. Grauw - Hill. México. 1989.

5- SCHAJOWICZ, F.: TUMORES Y LESIONES PSEUDOTUMORALES DE HUESOS Y ARTICULACIONES. Ed. Médica Panamericana S.A.; Bs. As.; 1982.

6- SCHWEER, C.A.; SHAW, M. T; NORDQUIST, R.; y Col.: SOLITARY CECAL PLASMOCYTOMA. Cancer 37; 2220-2223. 1976.

7- VALDERRANO, J.A.; BULLOVGH, P.C.; SOLYTARY MYELOMA OF THE SPINE. J. Bone Joint Surg. 50:82-90. 1968.

8- WRIGHT, C.J.: LONG SURVIVAL IN SOLITARY PLASMOCYTOMA OF BONE. J. Bone Joint Surg. 43: 767-771. 1961.