

PLASMOCITOMA DE MAXILAR SUPERIOR, REPORTE DE UN CASO

Eq. Tte.1. (Méd). Horacio Scigliano. (*)
Eq.Cap.(Odont). Dr.Silvio Scardovi. (**)

Palabras Clave (Key Words, Mots cle): BOCA - MAXILLARY SOLITARY PLASMOCYTOMA.-

(**) Asistente de Clínica Quirúrgica de Facultad de Odontología. (*) Prof. adj. anatomía patológica Facultad de medicina.

RESUMEN:

Se presenta un caso de plasmocitoma solitario de maxilar superior, lesión excepcional en esta topografía. Las características clínicas, histológicas e inmunohistoquímicas, así como su comportamiento biológico y serológico, se analizan a la luz de los conocimientos actuales y se enfatiza su buen pronóstico y la evolución incierta que necesita lapsos mayores a diez años para asegurar su diagnóstico de "solitario".-

SUMMARY:

We report on a case of solitary plasmocytoma of the superior maxilla, an exceptional lesion in this topography.

The clinical, histological and immunohistochemical features as well as its biological and serological behaviour are analyzed at the light of present-day knowledge and it is emphasized its good prognosis and the uncertain evolution that requires more than ten years to secure its diagnosis of "solitary" plasmocytoma.

RESUME:

On présente un cas de plasmocytome solitaire du maxillaire supérieur, lésion exceptionnelle dans cette topographie. Les caractéristiques cliniques histologiques et immunohistochimiques, ainsi comme leur comportement biologique et sérologique ont été analysées à la lumière des connaissances actuelles, et il faut remarquer leur bon pronostique et incertaine évolution qui nécessite plus de dix années pour assurer leur diagnostic du "solitaire".-

Trabajo realizado por:

- SERVICIO de Anatomía Patológica del H.C.FFAA (Jefe Eq. Mayor Méd.) Dr Augusto Soiza Larrosa) - SERVICIO ODONTOLOGICO del Batallón "Florida" de Infantería No 1

INTRODUCCION

Las proliferaciones atípicas de células plasmáticas integran parte de las afecciones de estirpe linfóide, considerándose derivadas de los linfocitos B. Dos formas clínicas se describen clásicamente: la forma difusa, diseminada. También conocida como Mieloma Múltiple; y la forma localizada, o solitaria denominada Plasmocitoma (8).-

El diagnóstico se establece en ambas por la determinación tanto a nivel sérico como tisular de la producción y/o secreción de una inmunoglobulina o una fracción de ella, conocida como Proteína del Mieloma o "Proteína M" que posee el carácter monoclonal (8,14). También se han reconocido formas no secretoras.

Los plasmocitomas pueden topografiarse a nivel óseo o extraóseo. Los óseos suelen formar una masa esquelética única de asiento en orden de frecuencia en columna vertebral, pelvis, fémur, humero y excepcionalmente a nivel de los maxilares. Los extraóseos, aún más raros se localizan en nasofaringe, pulmón, ganglio linfático y otros (1,4,9,11).-

El presente trabajo tiene la finalidad de reportar un caso clínico excepcional de plasmocitoma de maxilar superior, corroborado el diagnóstico por los estudios histológicos e inmunohistoquímicos.-

CASO CLINICO

- 1) Datos personales: D.P.F, sexo masculino, caucásico, 34 años de edad (H.Clinica n.: 281196).
- 2) Motivo de consulta: Derivado por colega odontólogo.
- 3) Enfermedad actual: Hace aproximadamente dos meses comenzó con una discreta "molestia", y una zona tumefacta en la encía vestibular del maxilar superior, a la altura de las raíces del primer molar superior derecho: por lo cual el paciente consultó a su odontólogo. Le practicaron un examen radiológico hallando una pequeña zona "oscura", a nivel de la raíz del segundo 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 pase al cirujano odontólogo.

El paciente mantiene la medicación indicada una semana, y al consultar presenta, dolor leve en forma discontinua, a predominio nocturno.

4) Antecedentes personales: En el interrogatorio surge una historia de traumatismo en la cara hace aproximadamente cinco años: el resto de aparatos y sistemas sin modificaciones.

5) Antecedentes familiares: Sin particularidades.

6) Exámen clínico: Paciente lúcido, ambulatorio, colaborador y sin alteraciones al exámen loco-regional.

Zona motivo de consulta:

Se observó una deformación en el fondo del vestíbulo a nivel supraapical de 1.6 y 1.5 de coloración normal, 1cm. de tamaño, consistencia dura y discreto dolor a la presión digital. Punción negativa. Piezas dentarias de las zona: vitales sin evidencias de caries o enfermedad periodontal inflamatoria ni sus secuelas (Fig. 1).-

7) examen radiográfico: la radiografía periapical mostró radiolucidez no muy acentuada a nivel mas alto que los ápices dentarios.

Se trataba de una lesión osteolítica de limites difusos.-

8) Diagnóstico positivo: lesión osteolítica de maxilar superior.

No se pudo establecer un diagnóstico etiológico preoperatorio.

9) Plan de tratamiento: exploración quirúrgica con fines biopsicos.

9.A: Exámenes preoperatorios: Se solicitó: hemograma completo, K.P.T.T. glicemia, orina y V.E.S. De estos exámenes solo aparecieron alteraciones en el hematocrito el cual estaba sensiblemente disminuido y una V.E.S muy aumentada (120 mms, en la primera hora) que se interpretó como resultante del proceso inflamatorio.

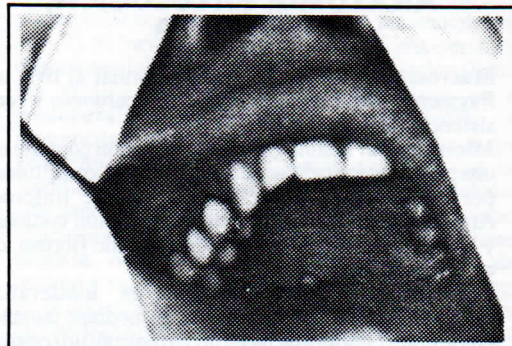
Desde el punto de vista radiológico se indicó una ortopantomografía complementaria, la cual no reportó lesiones en otros sectores de los maxilares.

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 la encía.

El decolamiento se realizó a legra y la osteotomía a nivel supraapical, entre medio del 1.5 y 1.6 se logró a la presión manual ya que existían pequeñas perforaciones de la tabla vestibular expandida. Se practicó la exéresis de una masa de tejido blando, de color rojo vinoso, con límites difusos, muy sangrante y que estaba separada de los ápices dentarios. Contactaba la pared ósea del seno maxilar, respetando la mucosa sinusal, la cual se evidenciaba focalmente puntiforme. La masa de tejido patológico se eliminó con curetas y se osteotomizó todo el hueso periférico con una fresa redonda N° 8.

La raíz mesiovestibular del 1.6 quedó en lecho quirúrgico sin sobresalir. El tamaño de la cavidad ósea

residual fue de aproximadamente, 1.5 cm (Fig.2).



Se rellenó el lecho óseo con esponja reabsorbible y se suturó a puntos separados.

La pieza operatorio se fijó en formol el 10%.

En el post-operatorio inmediato, se indicó amoxicilina 500 mgs, y novemina cada 8 horas.

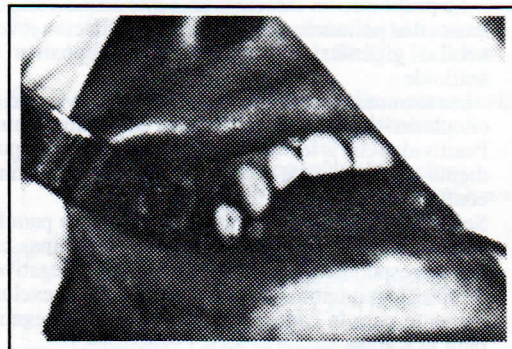
A los siete días se retiró la sutura y el paciente se encuentra sin sintomatología.

9.C: Informe anatomopatológico primario: El material examinado puede corresponder a un proceso inflamatorio crónico (Seudotumor inflamatorio) no pudiendo descartarse la posibilidad de una neoplasia linfoproliferativa (Mieloma).

Se sugirió radiografía ósea completa, investigación de inmunoglobulinas séricas (monoclonalidad) y compromiso de la médula ósea.

9.D: Indicación de exámenes sugeridos: radiología completa; hemograma y V.E.S.; estudio inmunoelectroforético en suero y orina; biopsia de médula ósea.

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

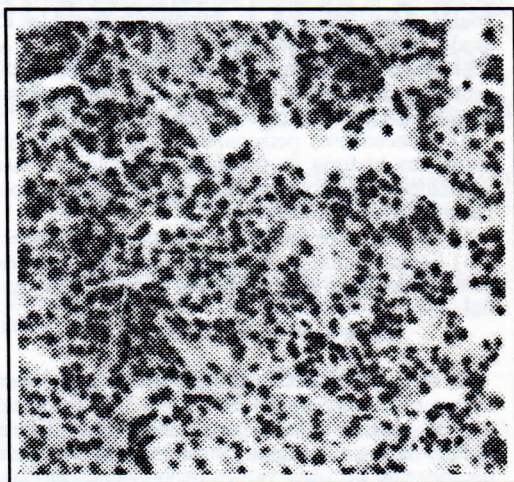


ANATOMIA PATOLOGICA, DEFINITIVA

Macroscopia: se recibió fijado en formal al 10% un fragmento tisular de 3x2x1 cm color parduzco y consistencia friable.

Microscopia: histológicamente la lesión consiste en una proliferación celular de aspecto difuso, constituida por células mononucleadas de estirpe linfóide. Arquitectalmente adopta una disposición cordonal y trabecular infiltrante, rodeado de tejido fibroso, de carácter reactivo.

La proliferación vascular es moderada. Citológicamente, las células son de mediano tamaño, con amplio citoplasma basófilo y/o eosinófilo (células flameadas), con un área perinuclear clara. Los núcleos de topografía excéntrica muestran una cromatina gruesa con disposición en "rueda de carro". Todos estos elementos corresponden a plasmocitos (Foto3).



Como el diagnóstico no fue sospechado preoperatoriamente, el material se remitió fijado en formol, lo que impidió realizar estudios de inmunofluorescencia, para determinar la inmunoglobulina sintetizada.

DISCUSION:

Dentro de las neoplasias linfoproliferativas a linfocitos B, el mieloma y los plasmocitomas son tumores hematológicos, compuestos de plasmocitos en diferentes estados madurativos, incluyendo formas atípicas. (9).-

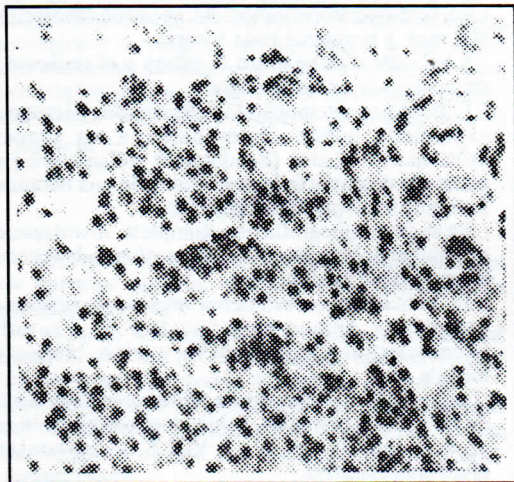
Se describen 3 formas clínicas conocidas como a) plasmocitoma extramedular que corresponde al 3% de los tumores plasmocitarios, topografiándose fundamentalmente en vías respiratorias superiores. (4,6) b) El plasmocitoma solitario de hueso, constituye menos del 10% de estas neoplasias

Se observan habitualmente en huesos largos, cuerpos vertebrales y en los huesos de la cintura escapular o pelviana: excepcionalmente aparecen localizados en los maxilares. (2,5,13)

c) El mieloma múltiple es el tumor primario más común de hueso en los adultos y su existencia se debe tener siempre presente frente a todo adulto con una lesión radiolúcida de hueso como nuestro caso. -

Algunas publicaciones consideran que tanto el plasmocitoma extramedular, como el solitario óseo constituyen el "foco único primario" de un mieloma múltiple; vale decir, serían el preludio de una afección sistémica, pudiendo pasar más de una década entre el diagnóstico inicial y la aparición de la diseminación (2,5,9).

Por el contrario, otros autores sostienen que sólo el 30% de los plasmocitomas extra-medulares y entre el 50 a 90% de los plasmocitomas solitarios evolucionan



No se observaron cuerpos de Russell, ni degeneración vacuolar citoplasmática (célula de Mott).

La proliferación carecía totalmente de macrófagos, leucocitos polinucleares, tejido de granulación joven, células gigantes multinucleadas, o depósitos de amiloide. -

Las técnicas histoquímicas demostraron: Marcación citoplasmática intensa, con el verde de metilopirónina. Positividad con la técnica de PAS en la zona correspondiente al aparato de Golgi. La técnica de Giemsa confirma su naturaleza linfóide.

Se realizaron técnicas inmunohistoquímicas para las cadenas Kappa y Lambda de la inmunoglobulina, con sus correspondientes controles positivos y negativos. Se apreció inmunomarcación positiva intensa exclusivamente para la cadena Lambda (Foto 4) y negativa para la Kappa.

rán al mieloma (4,5,6,13). Por lo tanto, según este último concepto la diseminación es imprevisible, lo que hace obligatorio efectuar los estudios radiológicos de todo el esqueleto y los análisis inmunológicos y bioquímicos durante un largo período de seguimiento (9). Se ha calculado que un 12% recidivan localmente (5).

El plasmocitoma solitario de hueso, es un tumor extremadamente raro. Los criterios para aceptar su diagnóstico son: 1) Prueba histológica de la lesión. 2) Estudio completo radiológico del esqueleto para descartar otros focos osteolíticos u osteoporosis avanzada. 3) Examen negativo de compromiso de la médula ósea (+ de 20% de plasmocitos polimorfos). 4) Ausencia de desproteinemia y de proteinuria de "Bence Jones". Con estos criterios se eliminan muchos presuntos casos "solitarios" (5,12).

De la revisión de la literatura hemos encontrado muy pocos casos publicados de plasmocitoma de maxilar superior (1,3,4,5,10,11,12,15). La afectación de este hueso se suele dar en casos de mieloma múltiple hasta en un 30%. Clínica y preoperatoriamente nuestro paciente se presentaba con algunos mínimos elementos clásicos de mieloma: Anemia discreta y V.E.S. aumentada. Sin embargo, como foco único es extremadamente raro. En el intraoperatorio se constató que la lesión no se relacionaba con algún foco séptico dentario, existiendo destrucción de la pared sinusal, lo que indicaba el carácter agresivo de la lesión. Efectuado el diagnóstico histológico primario, se realizaron estudios complementarios descritos, siendo sus resultados: radiología completa del esqueleto no reveló otras lesiones líticas. La biopsia de médula ósea no mostraba infiltración plasmocitaria ni plasmocitosis reactiva, y el proteinograma electroforético estaba dentro de parámetros normales. El hemograma y la V.E.S. regresaron también a valores normales.

Uno de los problemas cruciales que se plantean al patólogo es el diagnóstico histológico concreto de esta entidad y su diferenciación del denominado "Granuloma de células plasmáticas" (4,7,14). Ambos comparten las mismas características radiológicas; su topografía puede ser similar sobre todo si el granuloma plasmocitario es secundario a un foco séptico u osteomielitis crónica dentaria. En el caso presentado, este último hecho fue descartado, pues no se constató relación del proceso con focos periapicales y/o paradenciales. Además, el análisis histológico detallado, permitió su diferenciación: el granuloma plasmocitario, está constituido por una proliferación celular reactiva polimorfa, con un componente en plasmocitos, siempre de morfología típica, en una proporción que no supera al 20% a 30% de la población celular, se acompaña de linfocitos maduros, macrófagos, polimorfonucleares neutrófilos, tejido de granulación joven con vasos sanguíneos proliferados, revestidos de endotelio hipertrófico. Muy ocasionalmente se aprecian células gigantes multinucleadas. Es frecuente también cuerpos de

Russell en los plasmocitos del granuloma plasmocitario, excepcional en los plasmocitomas (1,5,9). Si bien no se dispuso del nivel preoperatorio de inmunoglobulinas y de su posible monoclonalidad, los valores normales de estas proteínas en el postoperatorio no invalidan el diagnóstico de plasmocitoma solitario secretor. Esto se debe a que generalmente este tipo de tumor, no cursa con las modificaciones biológicas características del mieloma, o de hacerlo, son tardías. Las mismas consideraciones valen para la presencia de la Proteína de Bence Jones urinaria. Además es bien conocido el hecho del retorno a valores normales de ambas proteínas luego de la ablación quirúrgica del foco tumoral, elemento que se transforma en indicador pronóstico favorable (9). La detección inmunohistoquímica de una sola cadena de las inmunoglobulinas indirectamente orientan también al diagnóstico.

El tratamiento del plasmocitoma solitario, puede ser simple o combinado: cirugía y/o radioterapia (2,5,13,15).. En nuestro caso la excéresis quirúrgica local fue suficiente, no planteándose la radioterapia complementaria, por ser el paciente joven y aún totalmente dentado. La quimioterapia no está indicada.

Como señalara el Prof. Muxi: "Es un hecho interesante, señalado por muchos autores, que el tratamiento radical quirúrgico y/o radioterápico puede corregir las alteraciones proteicas evidenciadas en la electroforesis, lo que permite establecer que se ha removido la clona de plasmocitos productores de inmunoglobulina" (8). La normalización del hemograma y la V.E.S. en nuestro paciente también avalan el diagnóstico y el eventual pronóstico favorable.

BIBLIOGRAFIA

- 1)- DAHLIN, D. Mieloma. En su Tumores óseos. Barcelona. Ed. Toray. 2da. Ed 1980. 152-164.
- 2)- FRASSICA, D.A. Frassica F.J.; Scharay, M. y col. Solitary plasmocytoma of bone; Mayo Clinic Experience. Int. J. Radiat. And Biol-Phys: (1989); 16:43-48.
- 3)- GRISPAN, D. Enfermedades de la boca. Buenos Aires. Ed. Mundi SAIC y F. Tomo V. 1983.
- 4)- HELLWIG, C.A. Extramedullary plasmacell tumors as observed in various locations. Arch. Pathol. (1943); 36:95-111.
- 5)- HUVOS, A. Mieloma múltiple, incluso mieloma óseo solitario. En su Tumores Oseos. BUENOS AIRES. Ed. Panamericana. (1981). 385-401.
- 6)- KOTNER, L.M.; WANG, C.C. Plasmocytoma of the upper air and food passages. Cancer (1972); 30:414-418.
- 7)- MARKEL, S.F. Plasma cell granuloma or myeloma? Letter to the editor. Jama (1972); 220:278.

- 8)- MUXI F;PORTOS,M.;DE BELLIS R.
Mieloma. Montevideo.Fund.Univ.de la
Ciencia.Ed. 1978.75-82.-
- 9)- PARDO PERET,P.;SALINA,R.;
MODELELL,A.Mieloma múltiple.
En Sans-Sabrafen,J.Hematología Clínica.
Ed.Doyma.2a.ed.Barcelona.(1988)514-529.-
- 10)- REGEZI,J.;SCIUBA,J.;Patología bucal.
México.Ed.Interamericana Mac.Graw-
Hill.1989.-
- 11)- SCHAJOWICZ,F. Tumores de médula ósea.
En su Tumores y lesiones pseudotumorales de
huesos y articulaciones.Buenos Aires
Ed.Panamericana.(1982).253-310.-
- 12) SPIRO,V.T.C.;FREYSCHMIDT,J.;
SCHOLMER,H. Clinical and Radiological
findings of plasmocytoma. An analysis of 116
cases.Forstschr.Rontgenstr.
(1988);148:516-519.
- 13)- VALDERRAMA,J.A.;BULLOUGH,P.C.
Solitary Myeloma of the Spine.
J.Bone-Joint.Surg.(1968);50:82-90.-
- 14) WILE,A;OLINGER,G.;PETER,J.B.:
DORNFELD,L.Solitary intraparenchymal
pulmonar y plasmocytoma
associated with production of
and M-Protein.Cancer.(1976);37:2338-2342.-
- 15)- WRIGHT,C.J. Long Survival in solitary
plasmocytoma of Bone.
J.Bone Joint,Surg.(1961);43:767-771.-

AGRADECIMIENTOS

*Los autores agradecen la eficaz colaboración del
Sdo.1a.Walter López y del Sdo.1a. Mónica Daleiro el
mecanografiado del presente trabajo.-*