

CONTENIDO	POSTERS
Abstract	
PDF	
Comentarios	
Título	PLASMOCITOMA SOLITARIO EN PARÓTIDA Y PARTES BLANDAS.
Resumen	<i>María del Carmen Benítez, María Victoria López Soto, Rosa María Segismundo, Sady Serralta.</i>
Introducción	<i>Departamento de Anatomía Patológica. Hospital C. Q. Hermanos Ameijeiras. Ciudad Habana, Cuba.</i>
Resultados	IV-CVHAP 2001 PÓSTER-E - 021
Discusión	Fecha recepción: 15/01/2001
Conclusiones	Fecha evaluación: 18/01/2001
Referencias	Fecha publicación: 12/04/2001
Imágenes	

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: El plasmocitoma solitario constituye un tumor maligno de células plasmáticas de localización extraósea abarcando el 3-5% de la presentación de un mieloma múltiple. Se presenta mas frecuentemente en hombres alrededor de la sexta década. Generalmente se dividen en plasmocitoma óseo y plasmocitoma extramedular o de tejidos blandos, siendo muy debatida la incidencia de su evolución hacia un mieloma múltiple. Es de nuestro interés la presentación de 2 casos en localizaciones infrecuentes como son la glándula parótida y partes blandas de la cabeza.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recibieron las biopsias de dos pacientes obtenidas de parótida y partes blandas de la cara. Se realizó inclusión en parafina, tinción de Hematoxilina-Eosina por los métodos convencionales y estudio inmunohistoquímico por el método de peroxidasa-antiperoxidasa para cadenas Kappa y Lambda.

RESULTADOS: Se observaron por microscopía óptica las láminas obtenidas, realizándose el diagnóstico histológico de plasmocitoma solitario de la glándula salivar mayor (parótida izquierda) y otro localizado en partes blandas de la cabeza. En ambos casos los estudios inmunohistoquímicos se concluyeron como positivos para cadena ligera Lambda. Los pacientes fueron estudiados por el médico de asistencia con negatividad de los estudios de médula ósea, electroforesis de proteínas y survey óseo.

CONCLUSIONES: Se realiza la presentación de 2 casos de plasmocitoma solitario de la glándula parótida y otro de partes blandas de la cabeza, con expresión fenotípica lambda.

IMÁGENES

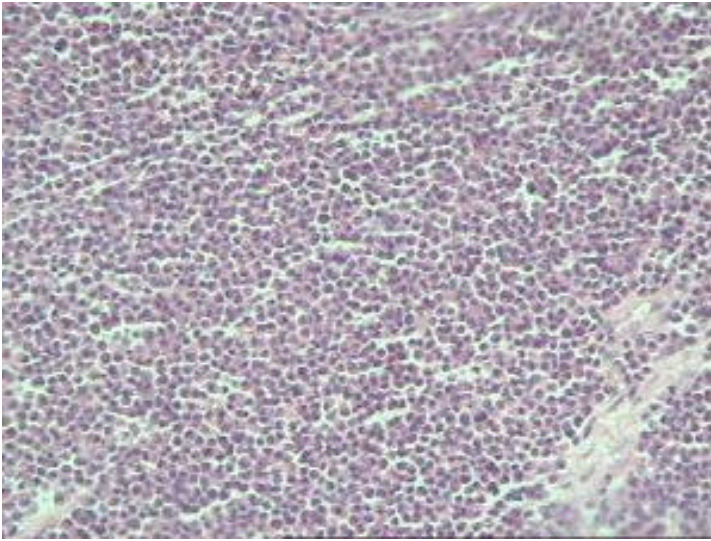


Figura 1

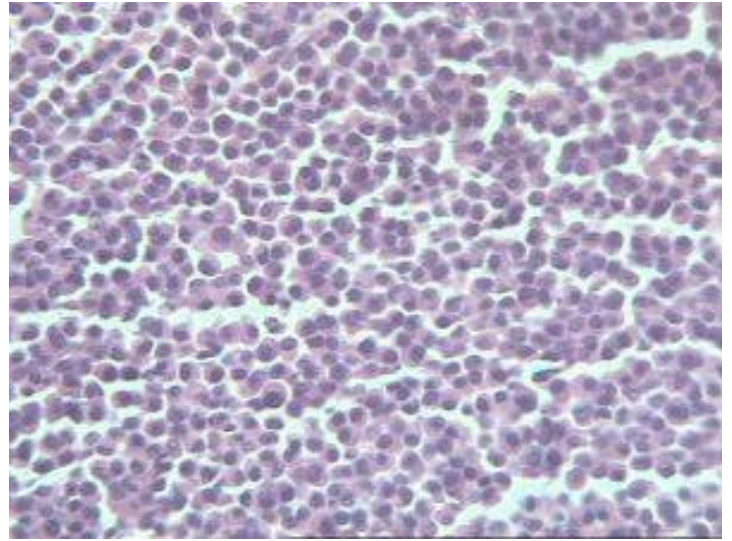


Figura 2

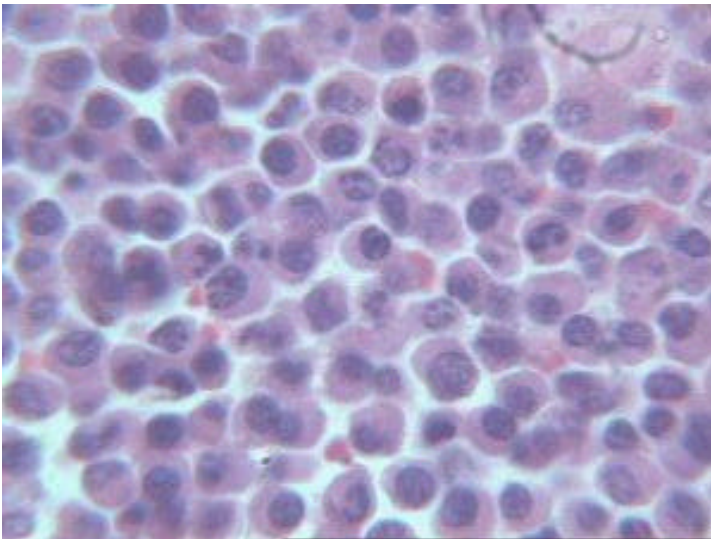


Figura 3

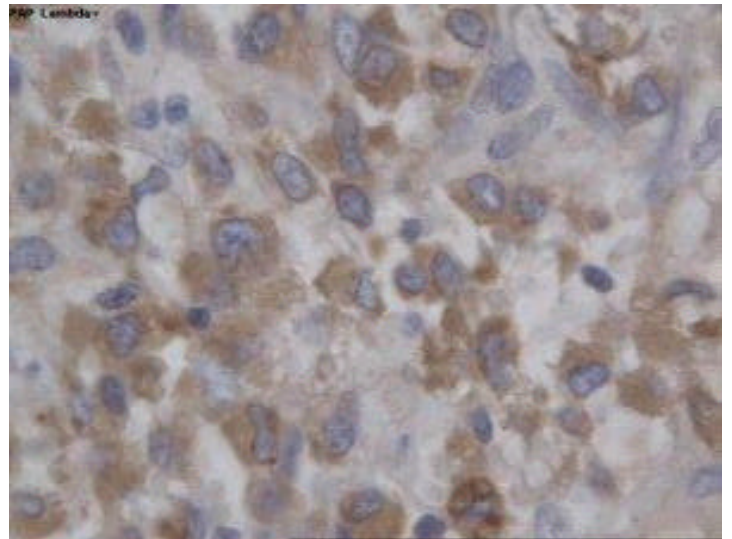


Figura 4

INTRODUCCION

Las discrasias de células plasmáticas, son proliferaciones de inmunocitos B acompañadas de producción monoclonal de cadenas ligeras de inmunoglobulinas. Entre ellas están: el mieloma múltiple, la leucemia de células plasmáticas, macroglobulinemia de Waldestron, la enfermedad de cadenas ligeras y el plasmocitoma solitario.

El plasmocitoma solitario es una proliferación de células plasmáticas productoras de cadenas ligeras, que se presentan fuera de la médula ósea y son clasificados de acuerdo a su localización en: plasmocitoma solitario óseo y plasmocitoma extramedular.

El diagnóstico de estas dos entidades, requiere, la exclusión de enfermedad medular.

CASOS Y RESULTADOS

CASO 1: Paciente femenina de 43 años que acude a consulta por presentar aumento de volumen difuso de glándula parótida izquierda, decidiéndose la excéresis de la lesión. Descripción macroscópica: Pieza quirúrgica correspondiente a glándula salival mayor, de 4x4 cms. Superficie irregular de color pardo oscuro, palpación firme y a los cortes seriados, tejido glandular conservado, alternando con áreas más pálidas. No se identifica tumor.

Descripción microscópica: Presencia de tejido glandular parotídeo, con zona de pérdida de la arquitectura normal y sustitución por proliferación monótona de células plasmáticas maduras, bien diferenciadas, con núcleo redondo, excéntrico, cromatina densa, citoplasma basófilo, variante plasmocítica.

El inmunofenotipo realizado fue LCA, L26, UCHL-1, CD43, EMA y Kappa, negativos en células tumorales, Lambda positivo en las células plasmáticas.

DIAGNOSTICO HISTOLÓGICO: Plasmocitoma extramedular bien diferenciado de glándula salival parótida. Lambda positivo.

CASO 2: Paciente de 71 años, blanco, con lesión tumoral elevada de 16 cms. de diámetro en región parietal derecha, en cuero cabelludo, subepidérmica.

Descripción macroscópica: Se recibe fragmento de piel y tejido celular subcutáneo, donde se identifica, lesión tumoral de 16 cms, de color blanco amarillento, delimitada por una delicada cápsula. A los cortes seriados presenta aspecto carnososo con focos de necrosis y hemorragia. No infiltra a planos profundos.

Descripción microscópica: Lesión tumoral constituida por células plasmáticas bien diferenciadas con núcleos excéntricos característicos dispuestos en rueda de carreta, citoplasma amplio, basófilo ([Figura 1](#), [Figura 2](#), [Figura 3](#)).

Inmunofenotipo: Lambda positivo ([Figura 4](#)), Kappa negativo

DIAGNOSTICO HISTOLÓGICO: Plasmocitoma solitario de partes blandas, Lambda positivo

Nota: Ambos pacientes fueron estudiados después del diagnóstico, no comprobándose la presencia de toma medular.

DISCUSIÓN

El plasmocitoma primario extramedular constituye una proliferación neoplásica monoclonal de células plasmáticas. Puede ocurrir de manera aislada (plasmocitoma solitario) y en ocasiones, en el contexto de un mieloma múltiple ([1](#), [2](#)). Esta lesión constituye una entidad rara que ha sido clasificada como plasmocitoma óseo solitario y plasmocitoma extramedular, con sus variantes histológicas: plasmocítico, plasmoblástico y anaplásico, según el grado de diferenciación ([3](#)).

Los plasmocitoma solitarios extramedulares ocurren más frecuentemente en el tractus aerodigestivo, particularmente en senos paranasales, nasofaringe, nariz, amígdala, laringe, en ocasiones con toma de ganglios regionales ([4](#)).

Los casos presentados, con plasmocitoma extramedular de localización en glándula parótida y cuero cabelludo, constituyen localizaciones raras de estas lesiones ([5](#), [6](#), [7](#)).

El diagnóstico diferencial, debe hacerse principalmente excluyendo la presencia de un mieloma múltiple, así como diferenciarlos de la reacción plasmocitoide, leucemia de células plasmáticas con infiltración y otros procesos linfoproliferativos, por lo que los estudios con técnicas de inmunohistoquímica, fundamentalmente Kappa y Lambda son de mucho valor para el diagnóstico.

NOTAS AL PIE DE PÁGINA:

Correspondencia: Dra. María del Carmen Benítez García. Departamento de Anatomía Patológica. Hospital C. Q. Hermanos Ameijeiras. Ciudad Habana, Cuba. <mailto:telepatol@hha.sld.cu>

REFERENCIAS

1. Callihan TR, Holbert JM, Jr : Neoplasm of terminal B cell differentiation. Norwalk: Appleton Century Crafts, 1983.,169-268
2. Kyle RA. Diagnostic criteria of multiple myeloma. Hematol Oncol Clin North Am 1992.,6: 347-358
3. Roger A Warnke, MD, Lawrence M Weiss, MD, et al: Atlas of Tumor Pathology. Tumor of the lymph nodes and spleen. Third Edition, 1993.,315-328
4. Park E, Bates MP, et al: Antigens on human plasma cells identified by monoclonal antibodies. J Immunol 1983.,: 130, 1132-1138
5. Witshaw E: The natural history of extramedullary plasmacytoma and its relation to solitary myeloma of bone and myelomatosis. Med 1976.,55: 217-238
6. Pascoe HR, Dorfman RF: Extramedullary plasmacytoma of the submaxillary gland. Am J Clin Pathol 1969.,51: 501-507
7. Kerr PD, Dort JC: Primary extramedullary plasmacytoma of the salivary glands. J Laryngol Otol 1991.,105: 687-692