

Imagen del mes

HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A PLASMOCITOMA GÁSTRICO

A. Huergo-Fernández¹, V. Álvarez-García¹, M. Álvarez-Posadilla¹, F. Fernández-Cadenas¹, L. Menéndez-León², R. Sánchez-Fernández¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Patología Digestiva. ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Álvarez-Buylla. Asturias.

Resumen

El plasmocitoma extramedular es una entidad poco frecuente de tumor de células plasmáticas. La afectación gastrointestinal representa un 5% de los casos, siendo las localizaciones más frecuentes el intestino delgado y el estómago^{1,2}. Puede causar hemorragia digestiva si se produce necrosis o ulceración^{3,4}. El diagnóstico diferencial debe establecerse con otros tumores gástricos, como el adenocarcinoma, los tumores del estroma, los tumores neuroendocrinos o los linfomas. Endoscópicamente no existen hallazgos específicos, confirmando el diagnóstico el estudio histológico y la inmunohistoquímica. El tratamiento del plasmocitoma extramedular se basa en la radioterapia para los tumores localizados. Pueden presentar recidiva local o a distancia, evolucionando a Mieloma Múltiple entre el 10-15% de los casos.

Palabras clave: Plasmocitoma extramedular. Hemorragia digestiva.

CORRESPONDENCIA

Adrián Huergo Fernández
c/ Carreño nº6 2ºB.
33012 Oviedo. Asturias.
Teléfono móvil: 657288765

adrianhuergo1978@gmail.com

Descripción

Presentamos el caso de un varón de 83 años remitido por anemia moderada y deposiciones melénicas. El estudio del paciente se inició con una endoscopia digestiva alta, donde se puso de manifiesto una llamativa lesión protruyente submucosa umbilicada a nivel de curvatura mayor, así como otra pequeña lesión contralateral de aspecto lipomatoso (**Figuras 1 y 2**). El estudio anatomopatológico reveló una infiltración



Figura 1

Plasmocitoma umbilicado en cuerpo gástrico.

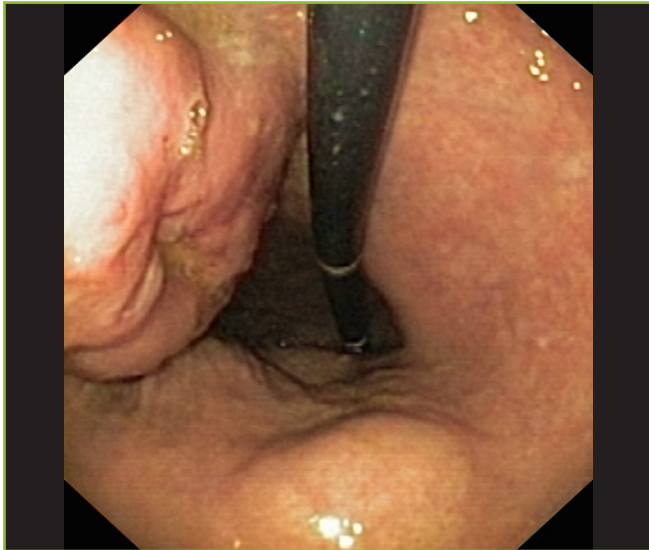


Figura 2

Detalle del plasmocitoma y de la lesión submucosa contralateral de aspecto lipomatoso.

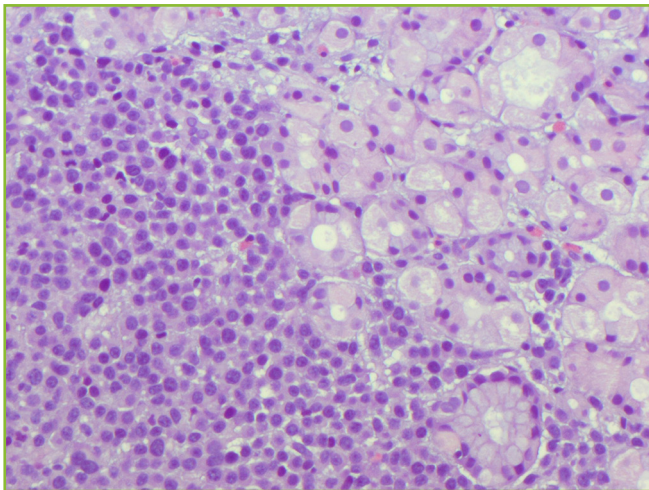


Figura 3

Infiltración mucosa por proliferación de células plasmáticas (H-E. x200).

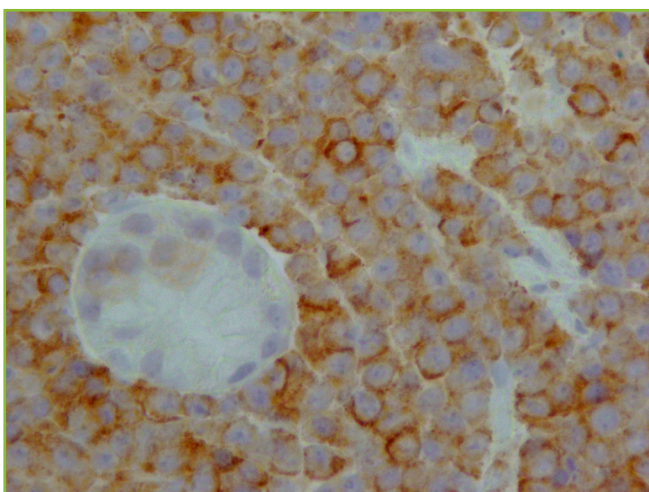


Figura 4

Tinción inmunohistoquímica. Positividad de células plasmáticas para cadena lambda (x400).

gástrica compacta por células atípicas de hábito plasmocitario (**Figura 3**) y la inmunohistoquímica confirmó el origen linfoide B y la monoclonalidad del infiltrado (**Figura 4**). Entre los antecedentes del paciente figuraba un plasmocitoma cervical tratado con radioterapia y quimioterapia. Presentó progresión a Mieloma Múltiple a los pocos meses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soutar R, Lucraft H, Jackson G, Reece A, Bird J, Low E, et al. Guidelines on the diagnosis and management of solitary plasmacytoma of bone and solitary extramedullary plasmacytoma. *Br J Haematol.* 2004; 124:717-26.
2. Rajkumar SV, Dispenzieri A, Kyle RA. Monoclonal gammopathy of undetermined significance, Waldenström macroglobulinemia, AL amyloidosis, and related plasma cell disorders: diagnosis and treatment. *Mayo Clin Proc.* 2006; 81:693-703.
3. Krishnamoorthy N, Bal MM, Ramadwar M, Deodhar K, Mohandas KM. A rare case of primary gastric plasmacytoma: an unforeseen surprise. *J Cancer Res Ther.* 2010; 6: 549-51.
4. Vicuña Arregui M, Borobio Aguilar E, Vila Costas JJ, Viguria Alegría MC, Arrechea Irigoyen M, Borda Celaya, et al. Gastric plasmacytoma as uncommon cause of upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Hepatol* 2008; 31: 217-20.