

MIELOMA MULTIPLE CON PLASMOCITOMA ESFENOETMOIDAL CON EXPRESION ABERRANTE DE CITOQUERATINAS

García M.J., Perez N., Torres N., Dominguez B., ^aBerenguel M.M., Sanchez A., Clavero C., Salgado W., Gimenez F, Domingues I, Gracia A.

Servicio de Hematología. ^aServicio de Anatomía Patológica. Hospital Torrecárdenas. Almería

Introduccion: La morfología y perfil antigénico de los plasmocitomas habitualmente no presentan dificultades diagnósticas; sin embargo en ocasiones se presentan con variaciones que obligan a diagnóstico diferencial con otras entidades. Presentamos el caso de un paciente en estudio por masa esfenoidal con sospecha inicial de neoplasia epitelial y diagnóstico final de mieloma multiple.

Descripcion: Varón de 46 años de edad, que consulta por dolor lumbar incapacitante, pérdida de fuerza en MMSS y parestesias faciales, detectandose en estudio realizado lesiones con aplastamiento en cuerpos vertebrales C3, C4 y D12 así como en D4, D5, D8 D10 y vertebral sacra; a nivel de seno esfenoidal presenta tumoración expansiva infiltrativa de 3.3 x 3.6 x 4.4 cm que se extiende hacia el espacio masticador izdo, infiltra los músculos pterigoideos con extensión a cavum y celdillas etmoidales. Se realiza biopsia de masa, que es informada inicialmente como neoplasia epitelial atípica por presentar positividad para queratinas (pancitoqueratina y queratina 8-18) y vimentina, siendo negativa para marcadores de neoplasias neuroendocrinas, gliales y linfoides (CD45, CD3 y CD20 negativas). En estudio complementario se detecta pico monoclonal 3 g/dL (IgG lamda) y presencia de 27% de células plasmáticas con fenotipo mielomatoso en Médula ósea, por lo que se procede a revisión histológica de la pieza y ampliación de técnicas inmunohistoquímicas detectándose expresión positiva pra CD138 y cadenas Lambda (kappa negativo). Con el diagnóstico de Mieloma Múltiple estadio III-B se inicia tratamiento con VAD (6 ciclos), seguido de Bortezomid-Dexa por persistencia de masa esfenoidal, y posteriormente ha sido sometido a Auto-TPH, siendo en el momento actual la inmunofijación negativa con estudio de imagen de senos paranasales normal.

Conclusiones: 1- Es imprescindible una correlación clínica adecuada con los hallazgos anatomopatológicos dada la posibilidad de expresiones aberrantes antigénicas. 2- La expresión aberrante de citoqueratinas en el plasmocitoma no parece conferir valor pronóstico ni variaciones en respuesta a terapia con respecto a los plasmocitomas típicos. 3- La terapia con Bortezomib se mostró eficaz para obtener remisión completa y desaparición de lesión esfenoidal.