

REMISIÓN COMPLETA DE PLASMOCITOMA ÓSEO SOLITARIO DE GRAN TAMAÑO CON TRASPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS DE SANGRE PERIFÉRICA Y CEMENTOPLASTIA LOCAL

L Villalón^a, A Bueno^b, J Martel^b, E Ortiz^c, J Odriozola^d, J García Laraña^d, MP Ricard^a, MJ García Bueno^a, JM Moreno^e, FJ Peñalver^a, P Martínez-Barranco^a, K. Arribalzaga^a.

a S. Hematología, b S. Radiodiagnóstico, c S. Traumatología, e, S. de Análisis Clínicos. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid. d S. Hematología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid

Introducción: Los plasmocitomas óseos solitarios y las lesiones extramedulares sin evidencia aparente de enfermedad sistémica representan menos del 5% de las neoplasias de células plasmáticas. El tratamiento estándar del plasmocitoma óseo solitario es la radioterapia, pero con dicho tratamiento la mayor parte de los pacientes desarrollan un mieloma múltiple con una mediana de supervivencia de entre 7 y 12 años. Ante esta perspectiva, y aunque aun existe una escasa experiencia con trasplante autólogo de células progenitoras de sangre periférica en esta patología, presentamos el caso de un paciente joven con un plasmocitoma óseo solitario de alto riesgo que ha alcanzado remisión completa con inmunofijación negativa con radioterapia y cementoplastia local, quimioterapia sistémica y consolidación con autotrasplante.

Caso clínico: Varón de 33 años remitido a nuestro servicio en septiembre de 2005 por presentar una lesión lítica en techo acetabular derecho de 7 x 11 cm con biopsia ósea compatible con plasmocitoma óseo. En el estudio de extensión, no se observaron otras lesiones óseas (estudio que incluía RNM de columna dorsolumbar, serie ósea, gammagrafía ósea y PET-TAC), ni afectación de médula ósea, pero sí un pico monoclonal IgG Kappa de 2 g/dl. Dado el gran tamaño del tumor y la edad del paciente, con alto riesgo de recidiva, se decidió realizar un tratamiento combinado con (1) radioterapia en pala iliaca (50 Gy) (octubre 05) seguida de (2) movilización y criopreservación de células progenitoras de sangre periférica con ciclosfosfamida y G-CSF (noviembre 05) (previa al uso de alquilantes para no afectar a la movilización), y posterior administración de (3) quimioterapia alternante tipo M2/VBAD (cuatro ciclos) entre enero y mayo de 2006. En junio de 06 fue sometido a una cementoplastia local para disminuir el riesgo de fractura. En julio de 06 se realizó un autotrasplante de progenitores de sangre periférica acondicionado con melfalán 200 mg/m². En controles postrasplante no se han observado datos de recidiva, con inmunofijaciones posteriores negativas, RNM de control sin datos de recaída y un excelente estado general. Se encuentra en la actualidad tratamiento mensual con ácido zoledrónico.

Conclusión: El trasplante autólogo de células progenitoras de sangre periférica puede ser opción terapéutica en pacientes con plasmocitomas óseos solitarios de alto riesgo, aunque la experiencia es escasa y es necesario un mayor tiempo de seguimiento para ver la evolución a largo de la enfermedad con este tratamiento.