

MIELOMA DE CAVIDADES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Callejas M. Román A. López JL. Subirá D. Prieto E. Mata R. Soto C. Vizcarra E. Askari E. de la Fuente A. Paniagua C. Outeiriño J. Llamas P.

Servicio de Hematología y Hemoterapia. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Caso 1: Mujer de 73 años diagnosticada en My'94 de MM IgG lambda en estadio III-A (LDH y beta 2 elevadas). Recibió poliquimioterapia y TASPE, alcanzando RC. En Jn'01 recidiva en forma de 2 plasmocitomas óseos, recibiendo poliquimioterapia y radioterapia, consiguiendo de nuevo RC. En Jn'03 nueva recidiva en forma de 2 plasmocitomas extramedulares (mama dcha. y codo izq), realizándose mastectomía y radioterapia e inició terapia con talidomida. Ingreso en En'05 por empeoramiento, disnea, edemas en MMII y gran aumento del perímetro abdominal. Se documentó nueva recidiva con afectación masiva de MO y en TC gran cantidad de líquido ascítico y engrosamiento del peritoneo con aspecto infiltrativo. Se procedió a paracentesis, cuyo estudio citológico e inmunofenotípico, demostró gran cantidad de células mielomatosas con MIB1 del 60%. Citogenética: cariotipo complejo con alteraciones numéricas (hipodiploidia) y estructurales. Se demostró reordenamiento IgH. Se inició tratamiento con Bortezomid, (un ciclo), y falleció por neumonía.

Caso 2: Varón de 63 años diagnosticado en Mz'05 de MM IgA kappa en estadio III-B (LDH y beta 2 elevadas). Recibió 8 ciclos de VBMCP/VBAD y TASPE, obteniendo RC. Recayó 8 meses después, documentandose en MO cariotipo complejo con alteraciones numéricas (hiperdiploidia) y estructurales. Se documentó reordenamiento de IgH y trisomias al menos de los cromosomas 11 y 17. Comenzó tratamiento con Bortezomid y tandas de Dexametasona. Tras progresión inició poliquimioterapia. Tras el 1º ciclo ingresa por pancitopenia secundaria y neumonía bilateral por neumococo, con mala evolución a antibioterapia. La broncoscopia fue negativa. En TC se documentó derrame pericárdico importante, que se drenó, obteniéndose abundante líquido pericárdico con infiltración masiva por células plasmáticas por citología y citometría. El paciente falleció unos días después por progresión e insuficiencia respiratoria.

Conclusiones: La afectación de cavidades en pacientes afectos de mieloma múltiple es una complicación infrecuente, con un desenlace fatal en la mayoría de los casos. Las células plasmáticas que se observan suelen presentar inmadurez y atipias, lo que hace suponer la transformación a una fase más agresiva de la enfermedad.

En nuestra corta experiencia, la terapia en ambos casos fue ineficaz. En el caso del derrame pericárdico, el paciente falleció a los pocos días del hallazgo. En la literatura se describen otras opciones terapéuticas para tratar el derrame (ventana pericárdica, instilación intrapericárdica de bleomicina y otros agentes esclerosantes) con resultados variados. En el caso de ascitis mielomatosa, en general, toda terapéutica resulta ineficaz.

A pesar de ser localizaciones inusuales, ante una clínica sugestiva de derrame pericárdico o ascitis en un paciente diagnosticado de mieloma múltiple, debe plantearse, entre otras posibilidades, la afectación por su enfermedad de base como parte del diagnóstico diferencial.