

Caso Clínico

Plasmocitoma óseo solitario



Dr. Julio Cortés B¹, Javier Ibarra D², Dr. Milton Ramos M.³

¹ Radiólogo Máxilo-Facial, facultad Odontología, Universidad de Chile.

² Radiólogo Máxilo-Facial, facultad Odontología, Universidad de Chile.

³ Radiólogo Máxilo-Facial Hospital Barros Luco. Profesor área de Radiología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Introducción

El plasmocitomas se puede presentar como tres entidades clínicas diferentes: Mieloma Múltiple (MM), plasmocitoma solitario del tejido óseo, y su variación extra medular. (PEM). El mieloma múltiple es una proliferación sistémica clonal de células plasmáticas basadas en el hueso medular que de forma característica secreta inmunoglobulinas que son inidentificables en la orina o suero mediante técnicas de electroforesis proteica. Los plasmocitomas localizados corresponden a tumores aislados compuesto de células plasmáticas malignas. Estas son menos comunes que el MM y son clasificados en dos grupos, en PEM y plasmocitoma óseo solitario (POS). Ambas son proliferaciones clonales de células plasmáticas, en donde puede haber un suero correspondiente a inmunoglobulinas monoclonales. Aproximadamente el 70% de POS evolucionarán a MM; menos de un 30% de PEM progresarán después de la radioterapia¹.

En los Estados Unidos, los POS corresponden aproximadamente a un 5% a 10% de los 13.000 a 15.000 nuevos casos anuales de neoplasias de células plasmáticas. La mayoría de los casos de POS ocurren en hombres en una edad promedio de 55 años. Estos son 2 veces más común en variedades extra óseas. Alrededor de un 12% a 15% de los POS ocurren en la mandíbula. Las manifestaciones orales de POS se hallan en el cuerpo posterior mandibular, rama y ángulo de la mandíbula y pueden incluir dolor en la mandíbula y dentario, parestesia, aumento de volumen, asimetría de tejidos blandos, movilidad y migración dentaria, hemorragia y fractura patológica.

Las manifestaciones radiográficas de las lesiones mandibulares varían de una radiolucidez unilocular bien definida no corticalizada con una apariencia de hueso reabsorbido a radiolucideses mal definidas con bordes recortados. Raramente, islas internas de hueso residual pueden dar la apariencia de lesiones multi focales. El diagnóstico diferencial radiográfico de neoplasias malignas de proliferación celular de la mandíbula típicamente incluye lesiones metastásicas y osteomielitis, sin embargo en algunos casos menos comunes pueden aparentar ser tumores/quistes odontogénico y no odontogénico².

Caso Clínico

Un hombre de género masculino de 77 años de edad, es derivado al servicio de Radiología Oral del Hospital Barros Luco para evaluar una dolencia que padece en la región mandibular posterior izquierda.

Clínicamente el paciente presenta un aumento de volumen en la región geniana inferior posterior izquierda, a la vista intra oral la mucosa se encuentra de aspecto normal.



Figura 1. Imagen Clínica Extra oral



Figura 2. Imagen Clínica Intra oral

Las radiografías retroalveolares de las zonas de premolares y molares muestran un área de tejido óseo irregular de densidad mixta y límites no definidos.



Figura 3. Radiografía retroalveolar PM.

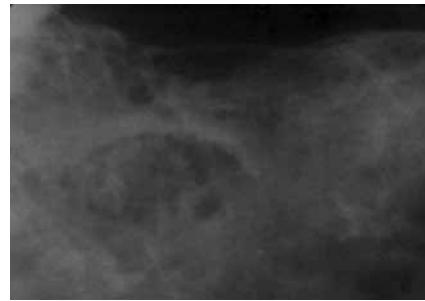


Figura 4. Radiografía retroalveolar M.

En la radiografía panorámica se aprecia una extensa lesión radiolúcida de apariencia multi locular, que se extiende desde la zona periapical de la pieza 24 hasta la parte media de la rama ascendente mandibular izquierda y desde el reborde alveolar residual hasta el borde basilar mandibular en la región del cuerpo mandibular izquierdo, comprometiendo línea media, ángulo mandibular y provocando un adelgazamiento del borde basilar mandibular.



Figura 5. Radiografía Panorámica

Se realiza una tomografía computarizada de alta resolución bi-maxilar y cortes de 1 mm de espesor.

En el corte axial se aprecia una evidente expansión de ambas tablas mandibulares, junto con un compromiso de las corticales vestibular y lingual. Además se aprecia una marcada área hipodensa del trabeculado óseo en la zona comprometida.

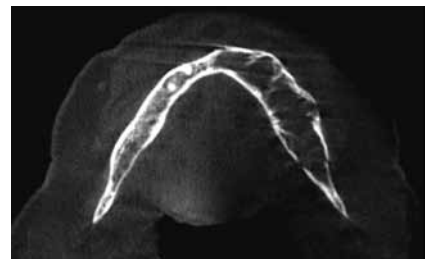


Figura 6. Corte axial

A la vista de los cortes sagitales se observa una lesión de 2 cm en sentido cráneo-caudal que abarca la zona periapical de la pieza 24, extendiéndose en el espesor del trabeculado óseo, cruzando la línea media mandibular, llegando a

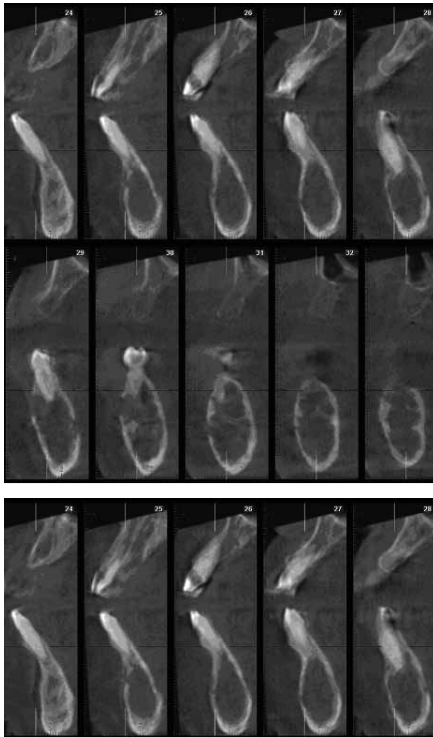


Figura 7. Cortes sagitales

comprometer la parte media en sentido longitudinal de la rama ascendente mandibular izquierda, provocando un adelgazamiento del borde basilar y perforación de ambas corticales mandibulares.

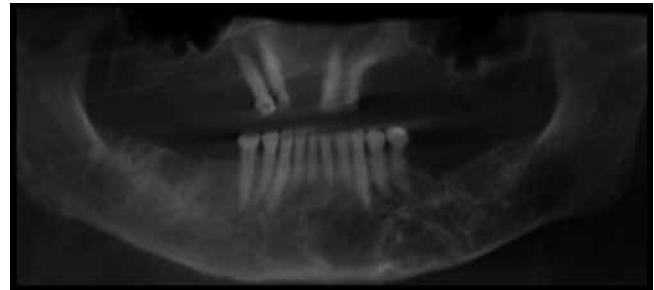


Figura 8. Reconstrucción panorámica.

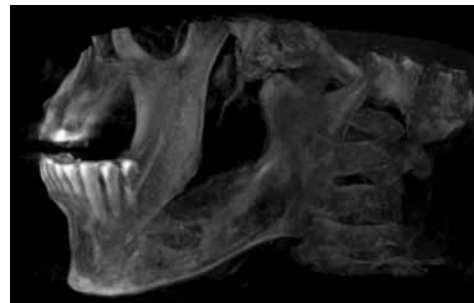


Figura 9. Reconstrucción 3D.

Diagnóstico Histopatológico

Mieloma-Plasmocitoma de células plasmáticas.

Bibliografía

1. Jame J. Pisano, Robert Coupland, Sow-Yeh Chen y Arthur S. Miller. Plasmocytoma of the oral cavity and jaws. A clinicopathologic study of 13 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* February 1997; vol 83, num 2.
2. Leandro Napier Souza, Lucyana Conceição Farias, Luís Antônio Nogueira Santos, Ricardo Alves Mesquita, Hercílio, Martelli Júnior y

Alfredo Maurício Batista De-Paula. Asymptomatic expansile lesion of the posterior mandible *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2007;103:4-7.