



# PLASMOCITOMA DE LOCALIZACION TRAQUEAL

S. MALLAGRAY CASAS, M.<sup>a</sup> T. BUTRON VILA, M. LIMONES ESTEBAN,  
G. LOPEZ ALONSO\* y R. MARTINEZ CABRUJA\*

Servicio de Cirugía General y Torácica. Servicio de Anatomía Patológica.\*  
Hospital Central de la Cruz Roja.  
Madrid.

El plasmocitoma solitario es un tumor constituido por células plasmáticas cuya localización traqueal es extremadamente rara. Presentamos un caso de plasmocitoma traqueal y hacemos una revisión de la pauta a seguir ante este tipo de tumor, haciendo hincapié en la necesidad de hacer controles periódicos en estos pacientes por ser impredecible su forma de evolución.

## Tracheal plasmocytoma

Solitary plasmocytoma is a tumour constituted by plasma cells; tracheal localization is extremely unusual. A case of tracheal plasmocytoma is reported, with a review of the guidelines of management. Emphasis is made on the need of periodic control of these patients, insofar as their evolution is unpredictable.

## Introducción

El plasmocitoma solitario es un tumor constituido por células plasmáticas, que se ha observado en huesos, riñón, ovario, tracto gastrointestinal, pulmón, tracto respiratorio alto y cavidad oral; localizándose aproximadamente en el 78 % de los casos en el tracto respiratorio alto<sup>1</sup>. Sólo un 0,5 % de los tumores de esta zona son plasmocitomas<sup>2</sup>. Su aparición en tráquea es extremadamente rara. El pronóstico de estos enfermos es impredecible, pero todos los autores coinciden en que es mejor que el del mieloma múltiple<sup>2,3</sup>, habiéndose desarrollado sólo en algunos de estos pacientes una mielomatosis múltiple al cabo de los años<sup>2,4</sup>. El diagnóstico suele hacerse de forma casual tras estudio anatomopatológico de la pieza operatoria, pues clínicamente se presentan con sintomatología

obstructiva de vías respiratorias altas e imagen broncoscópica similar a un adenoma traqueal.

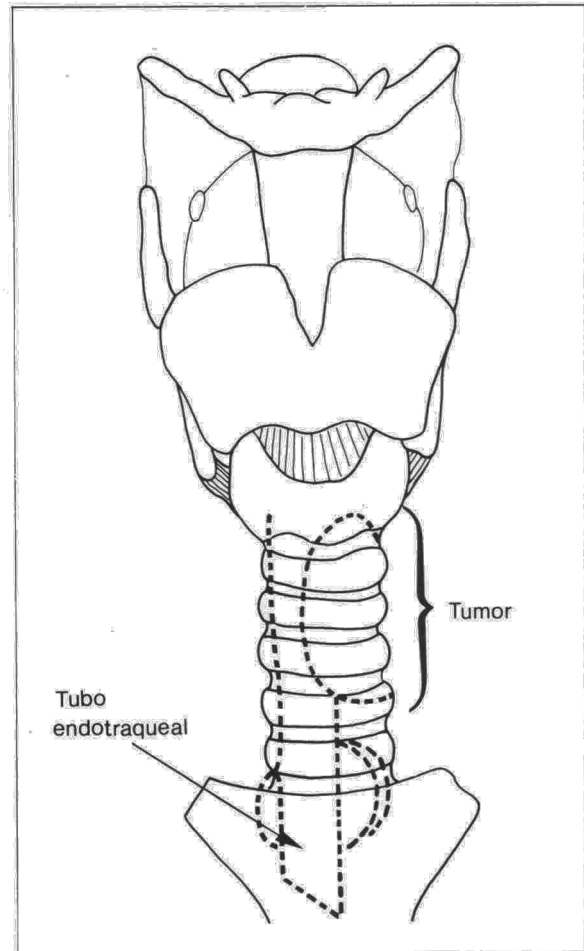
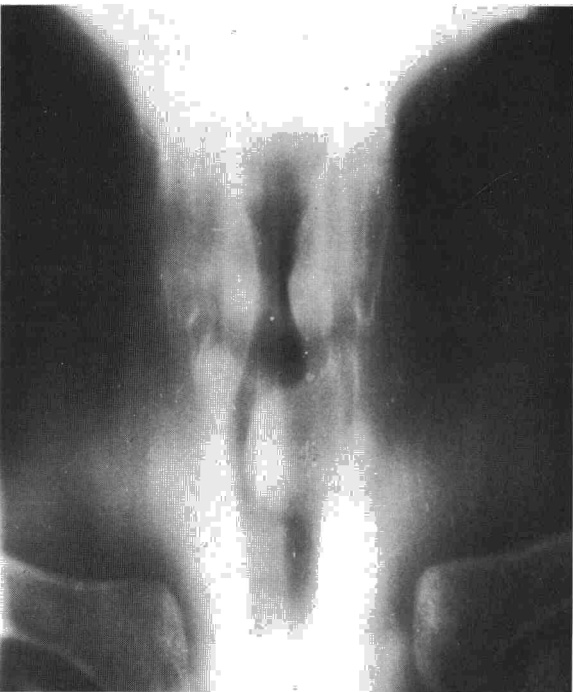
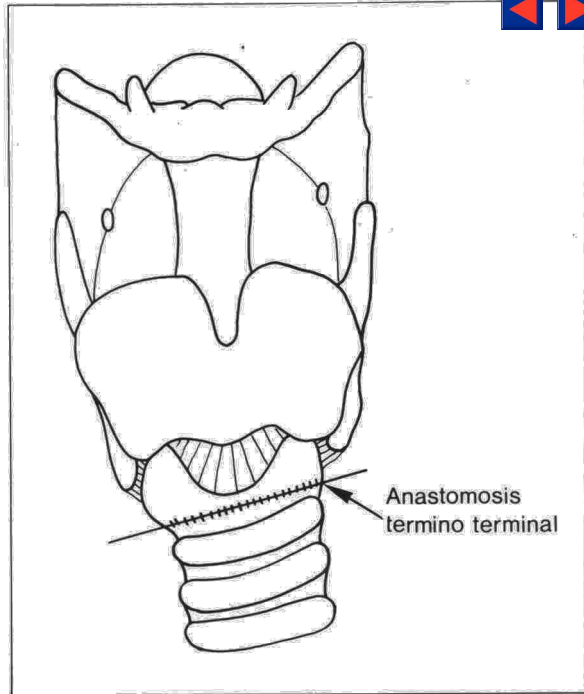
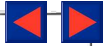
Por la rareza del plasmocitoma de localización traqueal, que no hemos encontrado descrito en la literatura española, creemos justificado comunicar el caso a pesar de que el paciente había sido intervenido tres años antes de un plasmocitoma de cavum.

## Observación clínica

Varón de 50 años, sin antecedentes familiares de interés. Entre los antecedentes destaca un episodio de melenas a los 30 años por ulcus duodenal; tres años antes de la historia actual fue intervenido de plasmocitoma de cavum, practicándose resección del mismo, sin hacer ningún tratamiento posteriormente. Sólo se realizaron revisiones periódicas para descartar en algún momento la presencia de mieloma múltiple.

La historia actual comienza a finales de 1980 en que empezó a notar sensación de falta de aire y dificultad respiratoria al hacer deporte; esta sintomatología fue mayor a partir del mes de octubre de 1981, en que necesitaba pararse tras subir un tramo de escaleras o andar 100-200 metros, acompañándose de forma es-

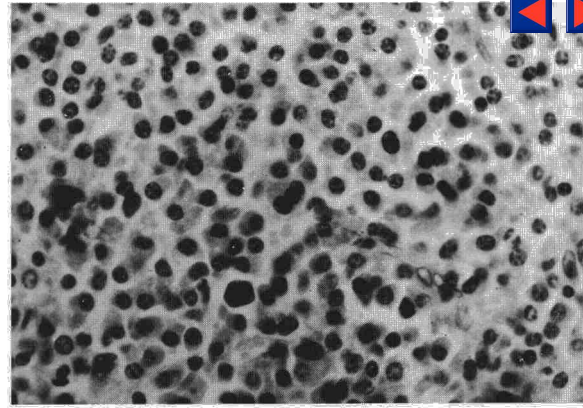
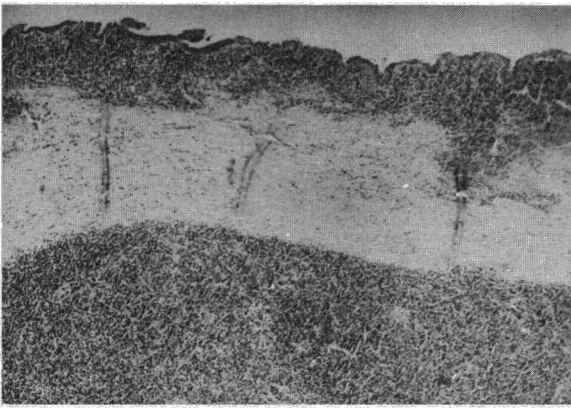
Recibido el 14-6-1982.  
Aceptado 25-4-1983.



Figs. 1 y 2. Tomografías de laringe en inspiración y espiración, en las que puede apreciarse la tumoración.

Figs. 3 y 4. Diagramas representativos de la técnica opertoria.

porádica de esputos hemoptoicos. En la exploración física sólo destacaba la presencia de discreto estridor laríngeo. Se practicó espirometría, siendo todos los parámetros normales excepto el VIMS indicativo de obstrucción de vías aéreas superiores. El estudio otorrinolaringológico fue normal por lo que se decidió efectuar broncoscopia, apreciándose sobre el borde inferior del cartilago cricoides y primeros anillos traqueales en su pared lateral izquierda, una tumoración lobulada, con mucosa surcada



Figs. 5 y 6. Imágenes histológicas de este plasmocitoma.

por vasos que ocupaba las 4/5 partes de la luz traqueal. No se realizó biopsia ya que aunque su antecedente de plasmocitoma de cavum hacía pensar en este tumor como primera posibilidad, no podía descartarse el estar ante la presencia de un adenoma por su aspecto, y una biopsia podría provocar una hemoptisis grave.

Ante la sintomatología aguda que presentaba el enfermo, se decidió efectuar tratamiento quirúrgico realizándose previamente estudio preoperatorio completo con análisis de sangre, orina, electrocardiograma y radiografía de tórax, todo ello dentro de los límites normales. Las tomografías de laringe mostraban la existencia de una masa de aproximadamente tres centímetros que ocupaba casi todo el diámetro de la tráquea, de contorno liso que los radiólogos diagnosticaron como posible cilindroma de tráquea (figs. 1 y 2).

Fue intervenido en febrero de 1982, practicándole resección del borde inferior del cricoides y tres anillos traqueales, zona en que asentaba el tumor, y anastomosis término-terminal (figs. 3 y 4). La anatomía patológica de la pieza operatoria mostraba una tumoración redondeada de superficie irregular de 2,5 por 2 centímetros y que distaba 0,1 centímetro de los límites de resección; al corte era de color violáceo, exceptuando los pequeños nódulos de color blanquecino y de consistencia media. Microscópicamente se observó infiltración celular muy densa, las células tumorales mostraban citoplasma eosinófilo con núcleos lateralizados y cromatina en rueda de carro, muchas de estas células se reconocían como células plasmáticas, alguna de ellas con atipias (figs. 5 y 6). El diagnóstico fue de plasmocitoma, confirmandose así el diagnóstico de presunción.

Ante esto se decidió practicar los estudios complementarios necesarios para descartar la presencia de un mieloma múltiple, a pesar de que la revisión realizada en octubre de 1981 fue normal. Se practicó rutina de sangre, SMA-6, proteínas totales y espectro electroforético, inmunoelectroforesis, proteínas en orina, proteína de Bence-Jones en orina, punción esternal, scanning óseo, hallándose todo dentro de los límites normales.

Por todo ello se pudo hacer el diagnóstico de plasmocitoma extramedular solitario de localización traqueal en un paciente que tres años antes había presentado un plasmocitoma de cavum.

Un mes después, se realizó control broncoscópico visualizándose la línea de sutura y un buen calibre de tráquea sin recidiva «in situ»; en el tercio medio sobre cara anterior se apreció un granuloma de 2 mm de tamaño que se biopsió para descartar la presencia de un plasmocitoma de nueva aparición. El examen histopatológico indicó que se trataba de un plasmocitoma, por lo que se decidió someter al paciente a radioterapia de todo el tracto traqueobronquial.

Una vez instaurado este tratamiento y a los 2 meses de la intervención, el estado del paciente era satisfactorio tanto clínica como endoscópicamente.

El pronóstico es impredecible, pero se harán controles en períodos de 3-6 meses para determinar el comienzo o no de una mielomatosis múltiple.

## Discusión

Todos los autores consultados coinciden en que el plasmocitoma es un tumor que se localiza en el tracto respiratorio alto, teniendo predilección por la nasofaringe, senos paranasales y lengua, siendo más rara su aparición en tráquea<sup>1,3</sup>. Herskovic et al<sup>5</sup> reportaron 33 casos de plasmocitoma intratorácico y de éstos, seis estaban en la tráquea y dos en bronquio, uno de los pacientes tenía tumor en la tráquea y bronquio. En 1965, Dines et al<sup>3</sup> publicaron un caso de plasmocitoma traqueal; en 1979 Kober<sup>6</sup> publicó un caso de plasmocitoma en carina, en un enfermo que quince años antes había tenido un plasmocitoma en nasofaringe, caso similar al presentado aquí.

El diagnóstico de los plasmocitomas suele ser casual tras biopsia de una tumoración que macroscópicamente no tiene ninguna característica especial<sup>7</sup>; en caso de localización traqueal el diagnóstico suele hacerse tras la exéresis quirúrgica y estudio de la pieza operatoria, ya que no puede practicarse biopsia en los tumores traqueales en los que se sospecha estar ante la presencia de un adenoma por el peligro de hemorragia que ello conlleva<sup>1</sup>.

Dines et al<sup>3</sup> indican que puede seguir cuatro patrones evolutivos: 1: invasión de ganglios linfáticos, huesos y otros órganos; 3: evolución hacia un mieloma múltiple y 4: respuesta al tratamiento local sin evidencia de diseminación. Por ello en todos estos enfermos debe hacerse una serie de estudios complementarios para descartar que estamos ante la presencia de un mieloma múltiple: rouleaux en la extensión hemática, inmunoglobulinas monoclonales, proteinuria de Bence-Jones, aumento de células plasmáticas en médula ósea e imágenes de líticas de huesos.

La terapia recomendada en este tipo de tumores por los diferentes autores consultados es variable. Martinson et al<sup>1</sup> preconizaban la escisión quirúrgica que podría ser seguida de radioterapia si los bordes de la pieza estuvieran infiltrados. Singh et al<sup>7</sup> indican que el tratamiento va a depender de la

localización y ellos practicaron escisión quirúrgica en un plasmocitoma laríngeo seguido de radioterapia en una zona residual dudosa, e hicieron tratamiento radioterápico en un paciente con tumoración nasal. Medini et al<sup>4</sup> preconizan el tratamiento con radioterapia cuando el diagnóstico se estableció por biópsia, obteniendo buenos resultados en los casos publicados. Webb et al<sup>2</sup> no encontraron una causa clara que indicara si el tratamiento quirúrgico era mejor que el radioterápico o viceversa, diciendo que la combinación del tratamiento quirúrgico con el radioterápico era deseable en todos los casos, toda vez que han descrito recidivas locales en pacientes con tratamiento único.

Sin embargo, Sisson y Goldstein<sup>8</sup> son partidarios de la resección local y prefieren reservar la radioterapia para las recurrencias. Kotner et al<sup>9</sup> trataron a 17 pacientes con radioterapia a dosis de 4000-5000 rads, observando que en 4-5 semanas había regresado la tumoración en un porcentaje alto de casos, por lo que no creía justificado hacer un tratamiento quirúrgico primario dada la radiosensibilidad de estos tumores e indicaban que la cirugía podría ser útil en los casos de recurrencia después de tratamiento radioterápico.

El pronóstico de este tipo de tumor es mejor que el de los pacientes que presentan un mieloma múltiple, pero como pueden evolucionar de forma va-

riable, como ya se indicó anteriormente, se recomienda hacer revisiones periódicas de estos pacientes cada tres o seis meses.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Martinson FD, Pulvertaft RJV: Clinical and live-cell study of extramedullary plasmacytoma of the upper respiratory tract. *Brit J Surg* 1967, 54: 8-14.
2. Webb HE, Harrison EG, Massom JK, Remine WH: Solitary extramedullary myeloma (plasmacytoma) of the upper part of the respiratory tract and oropharynx. *Cancer* 1962; 15: 1142-1155.
3. Dines DE, Lillie JC, Henderson LL, Stickney JM: Solitary plasmacytoma of the trachea. *Am Rev Respir Dis* 1965; 92: 949-951.
4. Medini E, Rao Y, Levitt SH: Solitary extramedullary plasmacytoma of the upper respiratory and digestive tracts. *Cancer* 1980; 45: 2893-2896.
5. Herskovic T, Andersen HA, Bayrd ED: Intrathoracic plasmacytomas. *Dis Chest* 1965; 47: 1-6.
6. Kober SJ: Solitary plasmacytoma of the carina. *Thorax* 1979; 34: 567-568.
7. Singh B, Lahiri AK, Kakar PK: Extramedullary plasmacytoma. *J Laryngol Otol* 1979; 93: 1239-1244.
8. Sisson GA, Goldstein JC: Tumors of the nose, paranasal sinuses and nasopharynx. En *Otologyngology*. Paparella MM Shumricr DA. Ed Philadelphia, W.B. Saunders, 1973; 3:143.
9. Kotner LM, Wang CC: Plasmacytoma of the upper air and food passages. *Cancer* 1972; 30: 414-418.