

# Plasmocitoma óseo solitario de costilla

## *Rib solitary bone plasmacytoma*

*Farina, César<sup>1</sup>; Montiel, Arnaldo<sup>2</sup>, Rojas, Tulio<sup>1</sup>; Otazú, Rodrigo<sup>3</sup>;  
Frachi, Rodrigo<sup>4</sup>, Pedrozo, Carolina<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Los plasmocitomas son tumores originados por una proliferación neoplásica de células plasmáticas. Los tumores primarios de costilla son infrecuentes, siendo los plasmocitomas solitarios de costilla excepcionales. La resección quirúrgica con márgenes amplios y seguimiento adecuado son una alternativa válida de tratamiento. Presentamos el caso de un mujer de 45 años con un tumor óseo solitario de la quinta costilla. Se realizó resección quirúrgica de la costilla, y cuyo informe de anatomía patológica confirma plasmocitoma.

Paciente con evolución favorable fue dado de alta al décimo día post operatorio y posterior seguimiento por el servicio de hematología.

**Palabras clave:** Plasmocitoma, Costilla, Toracotomía, Cirugía, Esternón.

### SUMMARY

Plasmacytomas are tumors caused by a neoplastic proliferation of plasma cells. Rib primary tumors are uncommon, with the exceptional rib solitary plasmacytomas. Surgical resection with wide margins and adequate monitoring are a valid treatment alternative present the case of a woman of 45 years with a solitary bone tumor of the fifth rib. Surgical Resection of the rib, and whose pathology report confirmed plasmacytoma.

Favorable patient was discharged on the tenth postoperative day and subsequent monitoring by the hematology

**Keywords:** Plasmacytoma, Rib, Thoracotomy, Surgery, Sternum.

### INTRODUCCIÓN

El plasmocitoma óseo solitario constituye una proliferación neoplásica monoclonal solitaria de células plas-

máticas que se encuentran a nivel óseo. Frecuentemente se localiza a nivel de la columna vertebral, costillas, pelvis, fémur y húmero.<sup>1-3</sup>

Requiere para su diagnóstico la ausencia de otras lesiones líticas y la presencia de un mielograma normal. Generalmente ocurre en varones de mediana edad y suele manifestarse con dolor y/o fracturas.<sup>2</sup>

Tiene aspecto osteolítico a menudo expansivo con un margen claro, habitualmente no esclerótico, presentando una estrecha zona de transición con el tejido sano adyacente.<sup>3</sup>

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 45 años, que consultó por dolor en región dorsal derecha, de dos meses de evolución, sin ningún otro acompañante. Al examen físico se constató dolor a la palpación en hemitórax derecho sobre la quinta costilla sin alteraciones en la auscultación en los campos pulmonares. Se realizaron estudios laboratoriales que estuvieron dentro de los parámetros normales. Los estudios por imágenes como radiografía de tórax y tomografía axial computarizada evidenciaron una tumoración a nivel de la 5ta costilla (**Figura 1 y 2**).

Fue sometida a cirugía con el diagnóstico de tumor de 5ta costilla derecha de etiología a determinar a través de una toracotomía posterolateral derecha.

El hallazgo operatorio fue una tumoración sólida elástica de 7 cm de diámetro que asentaba sobre la quinta costilla e infiltraba en toda su longitud la superficie pleural, desde la articulación costo vertebral a la unión esternocostal derecha (**Figura 3**). Se realizó resección de la quinta costilla derecha en toda su extensión y colocación

1. Médico de Planta - Especialista en cirugía de tórax.

2. Jefe de sala

3. Jefe de Residentes

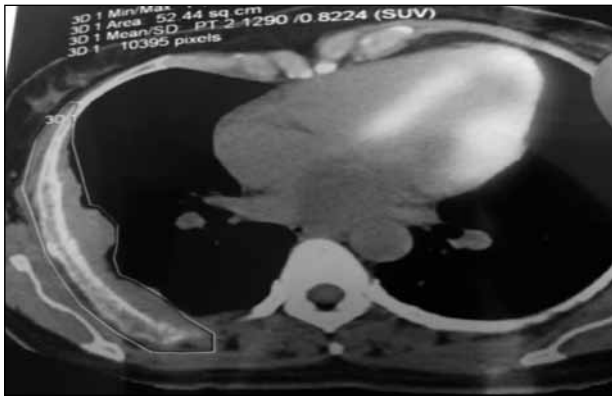
4. Residentes

Instituto de Previsión Social – Hospital Central – Servicio de Cirugía General

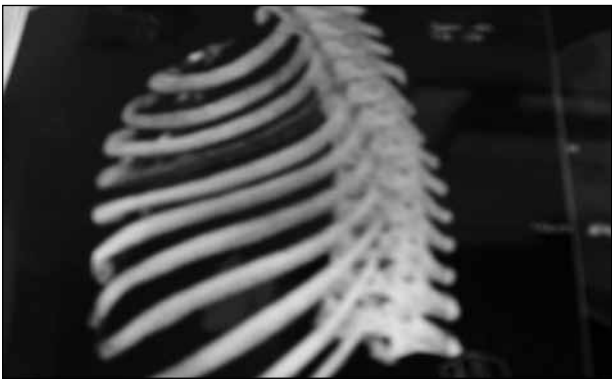
**Autor Correspondiente:** Dr. Rodrigo Frachi - Dirección: 29 de setiembre 573 (Asunción-Paraguay) -Tel: (595 981) 818098 - Email: rodrigofrachi@hotmail.com

**Fecha de recepción:** 10-abril-2013

**Fecha de aceptación:** 06-mayo-2013



**Fig. 1:** Imagen tomográfica donde se aprecia lesión a nivel de la quinta costilla derecha (Foto del archivo del autor).



**Fig. 2:** Tomografía con reconstrucción en 3D donde se aprecia lesión en la quinta costilla (Foto del archivo del autor).



**Fig. 3:** Quinta costilla donde se observa lesión quística a nivel de la cara interna (Foto del archivo del autor).

de un tubo de drenaje pleural.

Paciente pasó a la unidad de terapia intensiva en el post operatorio inmediato, 24 horas después es trasladada a sala común, donde luego de 4 días de internación se retira el tubo de drenaje pleural lado derecho. Con evolución favorable fue dada de alta a 10 días de internación.

La anatomía patológica informó una proliferación neoplásica maligna, de patrón sólido, constituida por células de mediano tamaño, monomórficas, de citoplasma amplio, núcleo redondo y excéntrico, con cromatina gruesa. Todos estos hallazgos fueron compatibles con un plasmocitoma.

Actualmente en tratamiento con quimioterapia y seguimiento por el servicio de hematología del hospital.

## DISCUSIÓN

Los plasmocitomas solitarios son tumores óseos infrecuentes y corresponden aproximadamente al 5% de los tumores de células plasmáticas. Se pueden localizar en cualquier hueso, son más frecuentes en la columna vertebral, fémur y cresta iliaca; en el tórax se han comunicado en las costillas y en el esternón. Radiológicamente, los plasmocitomas solitarios de hueso se manifiestan como una lesión multiquística con destrucción de la porción medular del hueso.<sup>1,2</sup>

En el plasmocitoma los síntomas clínicos dependen de la localización de la lesión.

El diagnóstico del plasmocitoma óseo solitario se basa en la evidencia histológica de dicha lesión y en la ausencia de alteraciones propias del mieloma múltiple.<sup>2-5</sup>

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica con lo que se evita su diseminación local y sistémica y se consigue una elevada supervivencia a largo plazo.

El seguimiento clínico y analítico posterior a la resección es importante para detectar posibles recidivas locales o sistémicas.<sup>3,4</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- González LR, Campos MR, Seguel SE, Stockins LA. Resección quirúrgica de plasmocitoma solitario del esternón asociado a cirugía de revascularización miocárdica. Seguimiento a largo plazo. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2011; 63 (4): 422-425
- 2- Rombolá P, León Atance C, Muñoz Sánchez A, Trueba A. Plasmocitoma solitario de esternón. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Oncología*, 2006; 29 (9):378-381.
- 3- García Franco CE, Jiménez Hiscock L, Zapatero Gaviria J. Plasmocitoma costal solitario. *Archivos de Bronconeumología*. 2004;40(2):100-102.
- 4- Valiente R, Barbieri M, Galletti S, Lucilli N. Tumor infrecuente de pared torácica. *Revista del Hospital JM Ramos Mejia*. 2007;12(3):1-4.
- 5- Moreno Hoyos LF, Moreno Wright E, Ramírez S, Teccualt Gómez R, Amaya Zepeda RA, Morfin Padilla A. Tumores óseos benignos de comportamiento agresivo. *Ortho-tips* 2008; 4(2):111-127.