

P-154 - PLASMOCITOMA CRANEO SOLITARIO GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

D. Aliaga Cambronero, F.Á. Goig Revert, J.M. Gallego Sánchez, C. Herrero Sellés, S. Santillán Iñiguez, K. Cano Couto y E. Bernal Camacho

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España.

Resumen

Introducción: El plasmocitoma craneal solitario es una entidad muy infrecuente, caracterizada por la proliferación de células plasmáticas y producción de inmunoglobulinas monoclonales. Precisa unos criterios anatomo-patológicos y bioquímicos estrictos para su diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 54 años, con clínica de desorientación e inatención, cefalea y vómitos e inestabilidad de la marcha con desviación hacia la izquierda. En la exploración destaca desorientación, marcada bradipsiquia, y paresia 4/5 en MII. La TC craneal urgente y posterior RM cerebral mostraron una lesión extraaxial frontal derecha, captación homogénea de contraste y erosión ósea en convexidad craneal y techo de la órbita. La TC de extensión no mostró hallazgos patológicos. Se realizó una craniectomía, exéresis de la lesión incluyendo su porción intraorbitaria, y craneoplastia del techo de la órbita y convexidad craneal. La paciente evolucionó satisfactoriamente, y fue dada de alta seis días después de la intervención. La RM posoperatoria confirmó exéresis completa de la lesión. El resultado AP fue de plasmocitoma intracraneal. Con el objetivo de descartar una afectación sistémica se realizó PET-TC, sin evidencia de enfermedad tumoral activa, aspirado de médula ósea normocelular (CP:2%), se objetivó pico monoclonal en suero de 0,7 g/dl y el test de Bence Jones en orina fue negativo.

Discusión: El plasmocitoma craneal solitario es una entidad muy poco frecuente. Su diagnóstico diferencial incluye el meningioma, metástasis de carcinoma, osteoblastoma y granuloma eosinofílico. El pronóstico es bueno cuando el diagnóstico asienta sobre unos criterios estrictos: lesión craneal única, presencia de células plasmáticas en la muestra de biopsia, 5% de células plasmáticas en médula ósea, 2,0 g/dl de proteína monoclonal en suero y test de Bence Jones en orina negativo. Existen controversias acerca de la necesidad de completar el tratamiento con RT adyuvante si la resección ha sido completa. Por ello, una opción válida consiste en un seguimiento clínico-radiológico estrecho.