Revista SOCAMPAR

CASO CLÍNICO

Sospechoso habitual, culpable inesperado.

The Usual Suspect, the Unexpected Culprit.

Autores: *Colomer Delgado, R.P[1]; Garrido Sólvez, M[1].; López de Miguel, P.C[1]; Cruz Ruiz, J[1]; Sala Gómez, I[2].*

[1]Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

[2]Servicio de Hematología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete, Castilla-La Mancha, España

Resumen:

Caso clínico de una paciente de 40 años que consulta por contacto estrecho con enfermo tuberculoso en UCI y que tras exploración en el Servicio de Urgencias del Hospital de Villarrobledo destaca un bultoma de unos 5 centímetros en región posterior derecha de años de evolución. No presenta otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés y es natural de Ghana, reside en España desde 2019. Vuelve a acudir para valoración por crecimiento del mismo. Tras solicitar TAC torácico por parte del Servicio de Cirugía General del hospital de Villarrobledo; donde se describe una masa pleurocostal en la novena costilla. Se deriva a las consultas externas de neumología del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete para estudio diagnóstico. Se realiza BAG guiada por ecografía, PET-TAC y pruebas funcionales respiratorias, para presentarlas al comité de tumores torácicos del mismo hospital. Finalmente, la anatomía patológica indica que se trata de una neoplasia de células plasmáticas con restricción de cadenas ligeras kappa.

Palabras clave: tumor, masa, pleural, costal, invasivo, plasmocitoma.

Resume:

A 40-year-old woman presented to the Emergency Department of Villarrobledo Hospital following close contact with a patient with tuberculosis admitted to the Intensive Care Unit (ICU). Physical examination revealed an approximately 5-cm mass in the right posterior thoracic region, which had been present for several years. She had no other relevant medical or surgical history. Originally from Ghana, she had been living in Spain since 2019.

The patient subsequently returned for reassessment due to an increase in the size of the mass. A chest computed tomography (CT) scan, requested by the General Surgery Department at Villarrobledo Hospital, revealed a pleurocostal mass involving the ninth rib.

She was referred to the outpatient Pulmonology Department at the University Hospital Complex of Albacete for further diagnostic evaluation. An ultrasound-guided core needle biopsy, positron emission tomography–computed tomography (PET/CT), and pulmonary function tests were performed, and the case was referred to the multidisciplinary thoracic tumor board.

Histopathological examination ultimately revealed a plasma cell neoplasm with kappa light-chain restriction.

Keywords: Tumor, mass, pleural, costal, invasive, plasmacytoma..

Observación clínica:

Mujer de 40 años que consulta en el Servicio de Urgencias de Villarrobledo por contacto estrecho con enfermo tuberculoso (su marido) tras ingresar en la UCI. La paciente no presenta reacciones adversas medicamentosas, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamiento crónico. Es natural de Ghana y reside en España desde 2019, se dedica a la recogida de ajos sin referir sintomatología respiratoria. Se realiza una radiografía de tórax donde no se aprecian lesiones y se explica que deberá realizarse un Mantoux en su Centro de Salud, pero llama la atención la presencia de un bultoma en región dorsal costal derecha de unos 5 centímetros, no doloroso, de consistencia pétrea y de 3 años de evolución tras caída accidental sin otras repercusiones a nivel funcional. Se explica a la paciente que debe realizar en su Centro de Salud estudio de contacto de tuberculosis y se deriva para estudio de bultoma a Cirugía General de Villarrobledo. No acude a consulta primariamente, pero tras 6 meses vuelve a acudir a ese servicio para valoración puesto que continúa creciendo y refiere molestias sin ser dolorosas.

Le realizan un TAC torácico (imagen 1) donde describen: “masa pleurocostal en base de hemitórax derecho de morfología abigarrada con calcificaciones dismórficas que afectan fundamentalmente al noveno arco costal posterior derecho. mide aproximadamente 50,4x85,7 mm en el plano axial y 62,2 mm en el cráneocaudal. No hay evidencia de lesiones sospechosas en parénquimas pulmonares. Hilios pulmonares de morfología vascular. No hay evidencia de adenopatías mediastínicas de tamaño significativo. espacios pleurales libres. Como conclusión existe gran tumoración costal derecha de características descritas que invade o protruye en pleura”. Ante estos hallazgos se decide derivar a las consultas externas de

neumología del complejo hospitalario de Albacete para estudiar la masa costal y realizar diagnóstico diferencial entre varias entidades: neoplasia pleural, sarcoma, metástasis de otro cáncer primario (como pulmón) o fractura previa con callo óseo atípico.

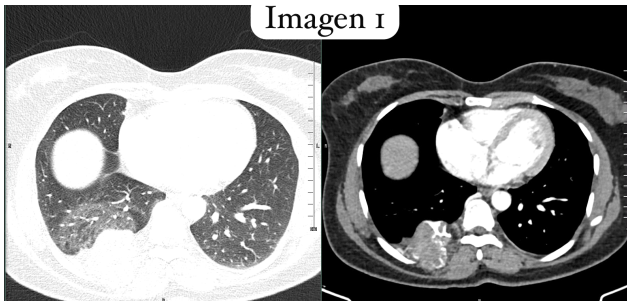


Imagen 1: TAC torácico; a la izquierda ventana de parénquima pulmonar, se observa la masa a nivel costal 9º adherida a pared posterior derecha. A la derecha con contraste intravenoso, se observa masa al mismo nivel.

Para continuar el estudio se solicita Biopsia Aspiración con Aguja Gruesa guiada por ecografía, PET-TAC y espirometría con difusión.

En el PET-TAC (imagen 2) el informe señala la presencia de una masa costal posterior derecha notablemente hipermetabólica con un SUV max=14, con dimensiones aproximadas de 55x71x 54 mm (APxTxCC) de bordes calcificados e interior con densidad de partes blandas, localizada en el noveno arco costal. Dicha masa produce invasión de la pleura y comprime el lóbulo inferior derecho. Se distingue así mismo un nódulo pleural hipermetabólico en región paravertebral a la altura de D8 de aproximadamente 10 mm anteroposterior y SUV max=10,2. Moderado hipermetabolismo en región amigdalar bilateral y simétrico acompañado de ganglios hipercaptantes en región latero cervical a nivel IIb, todo ello subjetivo de origen reactivo inflamatorio sin otro hallazgo en el resto de regiones exploradas sospechosas de enfermedad macroscópica maligna.

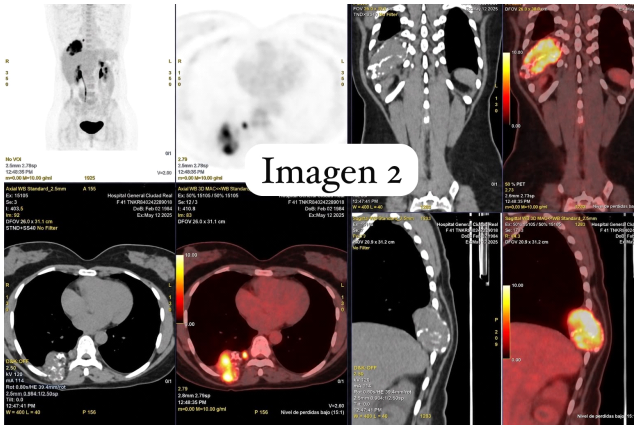


Imagen 2: Diferentes cortes de PET-TAC, donde se aprecia la captación de la masa.

Respecto a la espirometría no se encuentran alteraciones reseñables en la función pulmonar ni en la difusión. (FEV1 2240 ml (94%), FVC 3080 ml (107%) FEV1/FVC 72% DLCO 111%)

La anatomía patológica de la BAG guiada por ecografía reveló que la masa era una neoplasia de células plasmáticas con restricción de cadenas kappa.

Se presenta en el comité de tumores torácicos y se comenta el caso con el servicio de Hematología donde inician más estudios referentes a la médula ósea (imagen 3): aspirado sin infiltración por mieloma múltiple y citometría de flujo sin evidencia de infiltración por mieloma múltiple, FISH y citogenética negativos; con células plasmáticas <1%. Debido a todo ello, se confirma el diagnóstico de plasmocitoma solitario con componente monoclonal asociada (no cumple criterios de mieloma) y se inicia tratamiento con radioterapia local, con un total de 25 sesiones de 50 Gy.

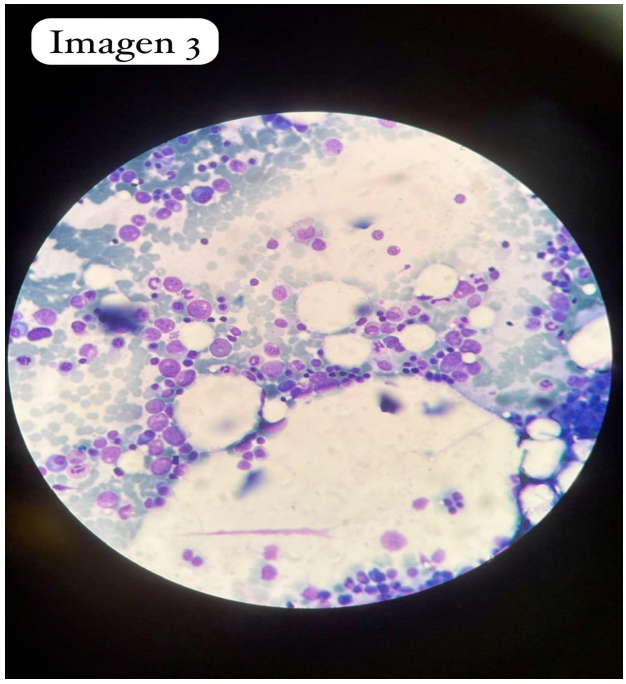


Imagen 3: Cedida por el Servicio de Hematología, imagen del aspirado de médula ósea

Discusión

Los plasmocitomas solitarios forman parte del espectro de neoplasias de células plasmáticas y se definen como una proliferación localizada clonal ósea o extramedular sin criterios de mieloma múltiple (MM), por lo que es una entidad poco frecuente. Desde el punto de vista clínico, la distinción entre ambas entidades es fundamental, ya que condiciona de forma directa el tratamiento: mientras el plasmocitoma se maneja con tratamiento locorregional (principalmente radioterapia), el MM requiere tratamiento sistémico.

En el contexto de una masa pleuro-costal como la descrita, el diagnóstico diferencial inicial desde Cirugía Torácica incluye tumores primarios de pared torácica

(sarcomas, condrosarcoma), metástasis óseas o pleurales y procesos infecciosos crónicos. La imagen por TAC muestra una lesión costal con calcificaciones dismórficas e invasión pleural, hallazgos sugestivos de neoplasia agresiva pero no específicos. En este escenario, la obtención de una biopsia percutánea diagnóstica es esencial antes de plantear una resección amplia de pared torácica.

La anatomía patológica demuestra una proliferación de células plasmáticas monoclonales con restricción kappa, estableciendo el origen hematológico de la lesión. A partir de este punto, el reto clínico es descartar mieloma múltiple, ya que puede debutar con una lesión ósea dominante similar a un plasmocitoma. Los criterios actuales exigen valorar tres elementos fundamentales: infiltración medular, lesiones óseas múltiples en imagen avanzada y datos de daño orgánico (anemia, insuficiencia renal, hipercalcemia o lesiones líticas múltiples).

En este caso, el aspirado y citometría medular muestran menos del 1% de células plasmáticas, sin alteraciones citogenéticas relevantes, lo que descarta afectación medular significativa. El PET-TC identifica la lesión costal hipermetabólica principal y un pequeño foco pleural regional, sin enfermedad a distancia. Este estudio es especialmente útil en el diagnóstico diferencial, ya que permite detectar lesiones adicionales no visibles en TAC convencional, cuya presencia reclasificaría el cuadro como MM.

Una vez establecido el diagnóstico de plasmocitoma solitario, el tratamiento estándar es la radioterapia local, debido a la elevada radiosensibilidad de las células plasmáticas. Las dosis recomendadas oscilan entre 40 y 50 Gy, empleándose el rango alto en tumores voluminosos como el presente. En este caso se administraron 50 Gy en 25 fracciones, una pauta acorde con las guías actuales.

Desde la perspectiva de Cirugía Torácica, este diagnóstico modifica de forma sustancial la estrategia terapéutica. Aunque una resección en bloque de la costilla afectada con pleura parietal sería técnicamente posible, la evidencia muestra que la cirugía no mejora el control local frente a la radioterapia en plasmocitoma, pero sí incrementa la morbilidad asociada a defectos de pared torácica y reconstrucción. Por ello, la cirugía queda reservada para situaciones concretas como inestabilidad ósea, dolor mecánico refractario, compresión de estructuras vecinas o fracaso de la radioterapia.

Finalmente, aunque el control local suele ser excelente, el riesgo de progresión a mieloma múltiple persiste, especialmente en lesiones grandes o con persistencia de componente monoclonal tras el tratamiento. Esto obliga a un seguimiento estrecho clínico, analítico e imagenológico para detectar progresión sistémica precoz.

Bibliografía:

1- Rajkumar SV, Dimopoulos MA, Palumbo A, et al. International Myeloma Working Group updated criteria for the diagnosis of multiple myeloma. Lancet Oncol. 2014;15(12):e538-e548. doi:10.1016/S1470-2045(14)70442-5

2- Dimopoulos MA, Terpos E, Boccadoro M, et al. Multiple myeloma: EHA-ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol. 2021;32(3):309-322. doi:10.1016/j.annonc.2020.11.014

3- Ulaner GA, Landgren O. FDG-PET/CT in plasma cell disorders. Blood. 2020;135(16):1301-1311. doi:10.1182/blood.2019004118

4- Cavo M, Terpos E, Nanni C, et al. Role of 18F-FDG PET/CT in the diagnosis and management of multiple myeloma and other plasma cell disorders. Lancet Oncol. 2017;18(4):e206-e217. doi:10.1016/S1470-2045(17)30189-4

5- Tsang RW, Campbell BA, Goda JS, et al. Radiation therapy for solitary plasmacytoma and multiple myeloma: Guidelines from the International Lymphoma Radiation Oncology Group. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2018;101(4):794-808. doi:10.1016/j.ijrobp.2018.04.072

6- Hatipoğlu U. Solitary plasmacytomas: current status and future directions. Cancers (Basel). 2025;17(4):32.

7- Wang L, Zhao X, Ren Y, et al. Chest wall tumor resection and reconstruction: a comprehensive review. J Thorac Dis. 2021;13(4):2454-2470. doi:10.21037/jtd-20-3315

8- MD Anderson Cancer Center. Solitary Plasmacytoma (Bone and Extramedullary) Clinical Management Algorithm. 2024.