

ASOCIACION DE GASTROENTEROLOGIA

Sesión del día 11 de diciembre de 1969

PLASMOCITOMA DEL ESTÓMAGO

J. VILAR BONET, J. SALVATELLA SERRA, J. RUBIO ROIG, C. MOLINS GALI,
M. SARRÓ PALAU

1. GENERALIDADES. — La proliferación de células plasmáticas en el tubo digestivo, hasta constituir un verdadero tumor, puede considerarse un hecho excepcional. Es tan corta la casuística, que al aportar un nuevo caso los autores suelen resumir o tabular los precedentes. A excepción de MERRITT, que aportó dos casos, las publicaciones añaden una sola observación.

Antes de entrar en las particularidades digestivas de la plasmocitomatosis, estimamos oportuno destacar los aspectos clínicos de las *reticulosis neoplásicas plasmocíticas* (FARRERAS). Son tres los cuadros observables.

1. *Mieloma múltiple*. Tumoración sistematizada (blastomatosis), desarrollada usualmente a partir de las células reticulares plasmáticas de la médula ósea. Menos veces tiene su origen fuera de la médula.

El plasmocitoma óseo puede ser también solitario.

2. *Tumores extramedulares de células plasmáticas*. Conocidos también con la denominación de plasmocitoma extramedular linfático o reticulosis plasmocelular linfática. Es conceptuado como excepcional, originándose en las células reticulares plasmáticas del bazo, de los ganglios linfáticos o de la submucosa. Ésta es la variedad que va a ocuparnos.

3. *Leucemia de células plasmáticas*. Rarísima. Las células tumorales pasan a la sangre, con difusión sistemática extramedular de las metástasis (esplenomegalia, hepatomegalia, infartos ganglionares, cutáneos, renales, etcétera...).

El mieloma múltiple raramente afecta al tubo digestivo hasta dar lugar a una localización macroscópicamente identificable. Esta proliferación sería aún menos frecuente que el raro plasmocitoma solitario; así, en 1966, GOLDSTEIN y POKER no pudieron hallar en la literatura más que 11 observaciones; el intestino delgado y el colon serían los segmentos preferidos, raramente se afecta el estómago y no ha sido observado en el esófago (ANNAMUNTHODU

y ROBERTSON). En cambio, la afectación microscópica sería mucho más frecuente; en las necropsias de mielomatosos, el estudio histológico sistemático descubre con frecuencia pequeños focos de infiltración plasmocitaria.

Como contrapartida, es excepcional que un plasmocitoma solitario del tubo digestivo evolucione hacia el proceso sistematizado o mieloma múltiple.

II. PLASMOCITOMAS EXTRAMEDULARES. — El plasmocitoma extramedular ha sido descrito en diversidad de órganos y tejidos. La localización más frecuente es la respiratoria, incluyendo la nasofaringe y las amígdalas; según INEGNO, abarca el 50 % de los casos. Es interesante señalar, sin embargo, que el plasmocitoma representa sólo el 0,5 % de todos los tumores malignos del aparato respiratorio.

En segundo lugar por su frecuencia, ha sido citada la localización conjuntival, pero el mismo INEGNO sugiere, probablemente con razón, que muchas de estas lesiones puede que no sean más que infiltraciones de células plasmáticas asociadas a inflamaciones crónicas, tales como el tracoma.

Seguirían, en orden decreciente, los ganglios linfáticos, el tiroides, el tubo digestivo, la pleura, las glándulas lagrimales, el testículo y la vulva.

El primer caso de plasmocitoma extramedular fue descrito por ARNOLD, en 1893. Hasta 1959 habían sido descritos 190 casos (ANNAMUNTHODO).

III. PLASMOCITOMAS EXTRAMEDULARES DEL TUBO DIGESTIVO. — NORTH publicó el primer caso, en 1924. Hasta 1961 habían sido publicados 27 casos (FERRAND y col.). Posteriormente hemos visto descritos 3 más. Sin embargo, no queremos pretender que nuestra revisión bibliográfica sea total. Además, estamos convencidos de que existen más casos que los publicados.

En la literatura, los plasmocitomas gástricos no suman más de 14 casos; en 3 de ellos existía localización simultánea gástrica e intestinal; en otra observación (HAMPTON y GANDY), 2 años después de extirpado el tumor gástrico, se desarrolló un plasmocitoma rectal. En tales circunstancias, es mucho más probable tener que buscar la explicación en el origen multicéntrico, que en la posibilidad de metástasis.

Puede desarrollarse en cualquier segmento del tubo digestivo, pero los preferidos son el intestino delgado y el estómago.

En el intestino delgado, el plasmocitoma se manifestará por hemorragia intestinal, hecho frecuente, o por dificultad al tránsito (oclusión intestinal).

IV. PLASMOCITOMA GÁSTRICO. — Aunque la descripción de este proceso deba hacerse en base a una casuística tan limitada, en el momento presente podemos señalar los siguientes datos:

Etiología. — Afecta a pacientes de edad media, pero puede observarse a cualquier edad. El caso más joven corresponde a un niño de 8 años. La mayoría de casos corresponde a pacientes cuya edad osciló entre 42 y

63 años; es decir, edad superponible a la de mayor incidencia del cáncer de estómago.

Predomina el sexo masculino.

Se desconoce la causa.

Patogenia. — Ha sido objeto de discusión si se trata de un proceso neoplásico o hiperplásico. Las atipias citomorfológicas, la presencia de masas neoformadas de cierto volumen y la invasión ganglionar, son datos a favor de proceso neoplásico.

En estado fisiológico existe una cierta cantidad de plasmocitos en las tunicas del estómago. Dado que en tres casos ha habido yuxtaposición de úlcera gástrica y plasmocitoma, FERRAND y col., y también ANNAMUNTHODO y ROBERTSON, apuntan la posibilidad de que la proliferación de los plasmocitos y la aparición de caracteres malignos, fuera desencadenada o favorecida por la inflamación aguda o crónica del estómago. Sin embargo, la enorme frecuencia de los procesos inflamatorios gástricos, contrastando con la excepcional rareza del plasmocitoma del estómago, nos parece una valiosa objeción a esta teoría.

La notable duración de la historia clínica lleva a pensar que se trate de un tumor primitivamente benigno o con bajo grado de malignidad. Contrasta, sin embargo, con la gravedad de la evolución postoperatoria.

Sintomatología. — Las manifestaciones clínicas son variables y poco precisas, pero casi todos los casos publicados, al acudir a la consulta llevaban ya varios años con molestias referibles al aparato digestivo.

Explican a veces una sintomatología sugestiva de cuadro atípico de úlcera gastroduodenal; sus molestias epigástricas tienen una cierta relación con la ingesta y calman con ella y con la toma de alcalinos, pero carecen de ritmo estacional y de fases de calma completa. Otras veces, el interrogatorio revela trastornos dispépticos mal definidos (hinchazón epigástrica, pesadez postprandial, anorexia, náuseas, vómitos, etc.). No ha sido infrecuente que las manifestaciones clínicas iniciales fueran las del cuadro de la estenosis pilórica, dada la localización distal del tumor. La hemorragia (hematemesis y melenas), única o repetida, puede constituir también un síntoma destacado.

Exploración. — El tumor no suele ser perceptible a la exploración abdominal simple. El estado general suele estar relativamente bien conservado.

El estudio roentgeniano no ofrece dato alguno característico; siempre despierta la sospecha de neoplasia (rigidez de curvaturas, imágenes empotradas, defectos lacunares, a veces dificultad para el vaciaje). En todos los casos ha sido el antro pilórico el segmento alterado.

El estudio biológico suele resultar negativo excepto para la anemia en los casos que han sangrado.

A la exploración operatoria, el cirujano siempre ha considerado se trataba de un cáncer gástrico, exceptuado un caso de tumor pediculado.

Anatomía patológica. — Como acabamos de decir, la localización ha sido

siempre prepilórica. De preferencia asienta en la cara posterior. La lesión suele ser sesil, de aspecto nodular o cerebroide, color rosado o rojizo y superficie relativamente lisa; el tamaño, mediano o pequeño. A veces coincide con úlcera péptica de la misma localización. Sólo en una ocasión la lesión ha sido pediculada (Observ. de FERRAND y col.).

La afectación linfática puede faltar; en el 80 % de casos existe, pero es bastante localizada, afectándose sólo las cadenas ganglionares vecinas al tumor. La invasión linfática ha sido señalada como evidencia de malignidad, pero su existencia y magnitud no constituyen necesariamente índice real de grado, ni implican un mal pronóstico (DOLIN y DEWAR).

En el momento de la operación, no se ha señalado la presencia de metástasis hepáticas; sólo en algún caso, propagación local. Por lo común, la gastrectomía ha resultado siempre técnicamente fácil.

En la fase de recidiva, el proceso suele diseminarse por el abdomen y también alcanzar zonas ganglionares extra-abdominales.

Microscópicamente, las células mielomatosas ofrecen una uniformidad monótona tanto de cualidades tintoriales, como de la disposición y tamaño. Se reúnen en masas compactas y extensas, ocupando especialmente la submucosa y la muscular.

Los ganglios linfáticos suelen conservar la arquitectura, pero ofreciendo una mayor cantidad de tejido fibroso y conteniendo pequeños acúmulos de células plasmáticas.

Diagnóstico. — Ni la clínica ni la radiología permiten establecer el diagnóstico de plasmocitoma gástrico. Tampoco la visión macroscópica de la pieza de resección.

Para establecer el diagnóstico de plasmocitoma deben ser tenidas en cuenta, según STOUT y KENNEY, las siguientes premisas: Una verdadera neoplasia de células plasmáticas consiste en un tumor macizo integrado casi exclusivamente por tales elementos, dispuestos en masas separadas por septos de tejido conectivo; crecimiento infiltrante. Debe haber variaciones en el tamaño celular, aparición de formas multinucleadas, cierta atipia y número variable de mitosis; ausencia de cuerpos de Russell.

El estudio de nuestro caso, con aspecto macroscópico realmente tumoral, no permitió observar alteraciones celulares francamente anaplásicas, ni formas multinucleadas; tampoco la tabicación. Incluso existían cuerpos de Russell. Además, estimamos difícil de interpretar el posible carácter infiltrante en un tumor de bordes difusos, no-epitelial.

Se ha intentado juzgar de la naturaleza benigna o maligna del plasmocitoma en función de su aspecto histológico. Son diversos los autores que han destacado la falta de correlación entre las lesiones microscópicas y el curso clínico; estimamos correcta esta forma de pensar.

La proliferación plasmocitaria anormal se considera como tumor aislado, siempre que concurren las siguientes circunstancias:

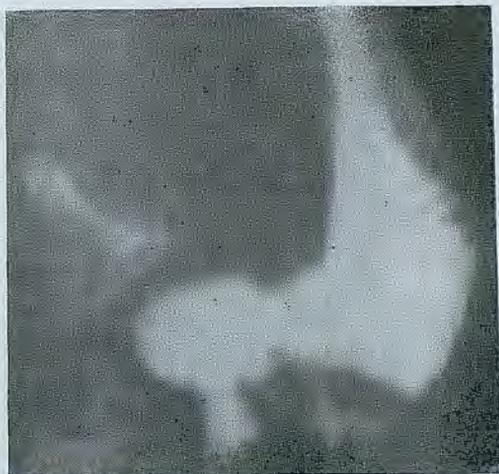
1. Proteínas plasmáticas (espectro electroforético) dentro de la normalidad.
2. Cuadro hematológico (sangre periférica) y mielograma normales.
3. Inmunoelectroforesis negativa (falta de paraproteína).
4. Ausencia en orina de albumosa de Bence-Jones y de paraproteína.
5. Radiología ósea persistentemente normal.

Evolución. — Ha sido desfavorable en la mayoría de casos a pesar de la extirpación aparentemente completa del tumor. No obstante, no siempre ocurre así; un caso de SARASIN sobrevivió 12 años; otros llevan desde 10 meses a 8,5 años de operados. El nuestro está aparentemente bien a los 14 meses de la gastrectomía.



FIG. 1. — Incisura angularia rígida (imagen en escuadra). Parte proximal del antro pilórico disminuida de calibre a expensas, principalmente, de la gran curvatura, que en un amplio sector ofrece irregularidades groseras. La pequeña curvatura antral denota rigidez.

FIG. 2.— Radiografía tomada tres meses después. Se ha acentuado la abertura de la incisura angularis (ángulo obtuso). Parte proximal de la pequeña curvatura antral de contorno difuminado e irregular. Persiste la alteración radiológica de la gran curvatura antral. El segmento prepilórico aparenta normalidad.



El pronóstico sería menos desfavorable para el plasmocitoma del intestino delgado.

Contrasta, pues, la historia dilatada con la elevada mortalidad postopera-

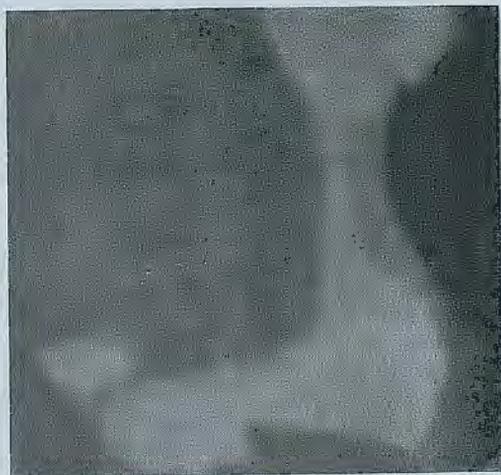


FIG. 3.— Corresponde a la misma exploración de la fig. 2. En incisura angularis imagen sugestiva de nicho plano.

toria de los plasmocitomas digestivos. Para la inmediata, no hay explicación satisfactoria; la tardía es debida a recidiva o metástasis.

Tratamiento.— En algunos casos, la radioterapia ha logrado la fusión temporal del tumor. El plasmocitoma es un tumor radiosensible.

En el momento presente, la terapéutica más recomendable parece ser la sucesión del proceder quirúrgico y el físico, es decir exéresis seguida de irradiación.

Nuestra observación es la siguiente:

A. M. P., varón, 33 años. Observado por vez primera en la Policlínica, el 8 de febrero de 1968.

Antecedentes familiares.—Padre operado del estómago a los 33 años de edad y fallecido a los 55 años; no fue posible lograr detalles.



FIG. 4.—Pieza de gastrectomía. Aspecto "cerebroide" de todo el antro pilórico.

Antecedentes personales.—Cólico nefrítico, con expulsión de cálculo, hace 5 años. Operado de quiste dermoide sacrocoxígeo, hace 3,5 años.

Enfermedad actual.—Desde hacía 6 años venía aquejando pirosis tardía que calmaba con alcalinos. También sensación esporádica en hipocondrio izquierdo que comparaba a un pinchazo de breve duración. Tales molestias resultaban más persistentes durante varias semanas, para aminorarse luego por



FIG. 5.—Pared gástrica. Gran cantidad de células plasmáticas con algunas células reticulares grandes. Cristales proteicos en algunas células plasmáticas.

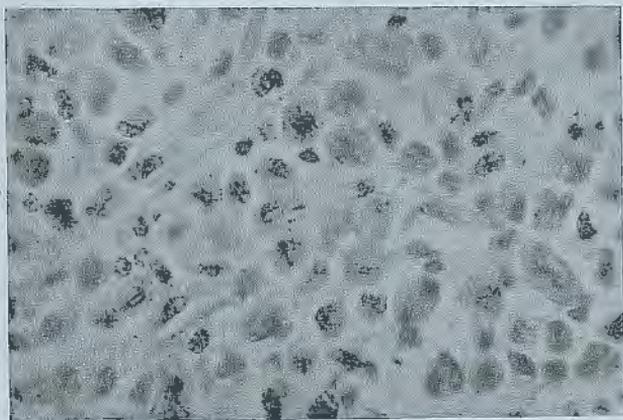


FIG. 6.—A 600 aumentos es posible observar con mayor detalle los acúmulos de cristales de aspecto poliédrico y en algún punto estriado. Las formaciones esferoidales corresponden a cuerpos de Russell.

espacio de 2-3 meses. En momento alguno llegó a verse completamente libre de ellas.

Conservaba apetito y peso. Evacuaba ligado, a diario.

Exploración.—Aspecto general satisfactorio. Ningún dato de interés a la exploración física simple del abdomen.

Estudio roentgeniano (15 febrero 1968).—Estómago con incisura angularis rígida (imagen en escuadra); la parte proximal del antro pilórico aparenta dismi-

nución de calibre a expensas de la gran curvatura, que muestra además irregularidades groseras. Pequeña curvatura antral rígida (fig. 1).

Exámenes de laboratorio. — Hematíes: 5.100.000; Hb: 98 %; leucocitos: 5.390 (NS: 51; NB: 0; E: 2; L: 46; M: 1); velocidad de sedimentación globular: 1.^a hora: 1 mm, 2.^a hora: 3 mm; proteínas totales: 68 g/mil; albúmina: 48,6 g por mil; globulinas alfa y beta: 5,4 g/mil; globulina gamma: 14,4 g/mil.



FIG. 7. — Muñón de gastrectomía (Billroth I).

Curso clínico. — Sometido a tratamiento de prueba, vio disminuir sus molestias, sin que llegara al bienestar absoluto. No obstante, tardó 3 meses en acudir a la visita.

Segunda exploración radiológica (16 mayo 1968). — Se ha acentuado la abertura de incisura angularis (ángulo obtuso); a su nivel se proyecta una imagen sospechosa de nicho plano (figs. 2 y 3). Persiste la alteración radiológica de la mitad proximal de la gran curvatura antral. En cambio, la porción distal del antro pilórico aparenta normalidad.

A pesar de mantener el paciente un buen estado general y de persistir la

normalidad biológica, en atención a las imágenes radiológicas, se le aconsejó la intervención quirúrgica, que el paciente aún tardó en aceptar.

Con el presunto diagnóstico de neoplasia gástrica, fue laparotomizado por el Prof. PIULACHS, el 20 de julio de 1968. Hallóse una tumoración del tamaño de una naranja que ocupaba todo el antro pilórico; resultó perfectamente movilizable. No se pudo observar hipertrofia ganglionar regional, ni metástasis alguna. Se practicó gastrectomía amplia, seguida de anastomosis tipo Billroth I.

Pieza patológica (fig. 4).— Todo el antro pilórico está ocupado por una neoformación de aspecto cerebroide; consistencia firme y coloración rojiza; ninguna zona ulcerada.

Estudio microscópico (Dr. RUBIO ROIG).— La mucosa está conservada. La submucosa considerablemente engrosada. Tanto ella como la capa muscular, están densamente infiltradas por células plasmáticas, algunas de las cuales contienen cristales proteicos y, otras, cuerpos de Russell. Entre ellas hay algunas células reticulares.

Curso postoperatorio.— Discurrió sin incidentes; el paciente fue alta del Hospital a los 10 días de la laparotomía.

El estudio radiológico del esqueleto, no logró poner de manifiesto alteración alguna.

El paciente ha acudido a la Policlínica cada tres meses. La última observación tuvo lugar el 23 de septiembre de 1969 (a los 14 meses de operado). Conserva un buen estado general y no acusa molestias. No presenta alteraciones proteicas ni urinarias.

RESUMEN. — Los autores aportan una observación de plasmocitoma del estómago, proceso sumamente infrecuente. El paciente fue tratado mediante gastrectomía. Han transcurrido ya 14 meses desde la operación y la evolución sigue estimándose favorable. No existe evidencia alguna de desarrollo de proceso sistémico.

Sintetizan la problemática general de la plasmocitomatosis y ordenan cuantos datos ha sido posible reunir en el momento actual, en relación a las particularidades de la localización gástrica.

*Facultad de Medicina de Barcelona. Clínica Médica
Universitaria (Prof. A. PEDRO-PONS). Clínica Quirúrgica
Universitaria (Prof. P. PIULACHS).*
