

Plasmocitoma vertebral

Christopherson y Molinero, 1950, y Griffiths, 1966, indicaron que el sitio de presentación más frecuente del plasmocitoma era en la columna vertebral.

Diagnóstico

Criterios:

Se recomiendan los siguientes criterios para el diagnóstico:

1. Una sola área ósea (en este caso, vértebra) destruida debido a células plasmáticas clonales (el componente monoclonal que más frecuentemente se eleva es el tipo IgG).
2. Médula ósea normal sin enfermedad clonal.
3. Resultado normal en un examen del esqueleto por Rx y gammagrafía ósea (no-afección lítica en otro hueso).
4. No anemia, no hipercalcemia, no daño renal ocasionado por células del MM.
5. Ausencia a nivel bajo de proteína monoclonal en orina. ↑ proteína de Bence Jones.

La destrucción de los cuerpos vertebrales en sus elementos posteriores, así como la extensión paraespinal y extradural es característica del mieloma.

La TC es capaz de detectar la presencia de un foco mielomatoso intramedular que produce pequeñas alteraciones de la radiodensidad y que la radiografía no la detectaría por no tener suficiente destrucción ósea. Además este método nos ayuda a la valoración del compromiso de tejidos blandos.

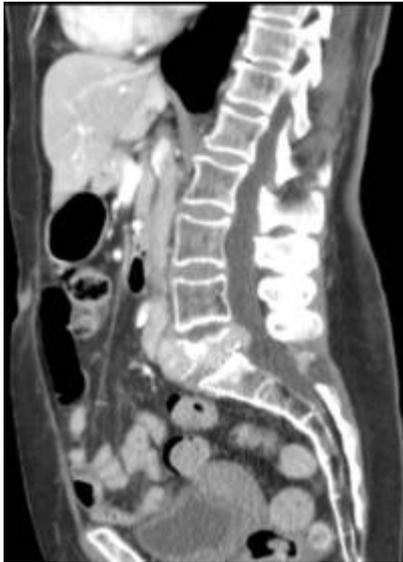
En imágenes por RM, los cambios por mieloma en la columna pueden mostrar alteraciones tanto en pacientes asintomáticos como sintomáticos. Las lesiones demuestran intensidad de señal baja en el T1 y alta en el T2, STIR, y en las imágenes realizadas con gadolinio.

Se puede identificar además disrupción e infiltración agresiva dentro del tejido blando y estructuras adyacentes, con discontinuidad de la menor intensidad de señal del hueso cortical.

A menudo un componente de tejido blando extraóseo está presente y puede pinzar el cordón espinal y las raíces nerviosas.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial depende de varios factores como la edad, sexo y hallazgos específicos por imagen, por lo que el diagnóstico diferencial para el plasmocitoma debe establecerse con el [cordoma](#), la variedad medular del [condrosarcoma](#) y el tumor de células gigantes, mientras que para el mieloma múltiple con la enfermedad metastásica y la osteoporosis; el diagnóstico depende básicamente de la biopsia y de las características histológicas.



Paciente de sexo Femenino de 74 años que debuta con dolor de un año de evolución con irradiación a MMII, estable que empeora en bipedesteción y caminando.

Dolor inflamatorio nocturno leve moderado de predominio izquierdo sin alteración esfinteriana. Parestesias en L5 bilateral de predominio derecho. Paresia L5 derecho que ha mejorado.

TAC

Fractura vertebral por compresión de L5 patológica con pérdida de altura del 50% del cuerpo vertebral, con reemplazamiento medular que afecta tanto al cuerpo vertebral como a ambos pedículos y la **apófisis transversa** derecha, con aumento de partes blandas perivertebral que ocupa el espacio epidural anterior reduciendo el canal aproximadamente un 50% así como los agujeros de conjunción de L5 bilaterales y L4 derecho.

Dentro de las opciones diagnósticas habría que considerar plasmocitoma o menos probable metástasis.

Tratamiento

El tratamiento de elección es la radioterapia, el tratamiento quirúrgico es para tratar el colapso vertebral y compresión medular o radicular.

Puede ocurrir la transformación de plasmocitoma a mieloma múltiple después de muchos años, por lo que está indicado la vigilancia sistemática durante un periodo indefinido, siendo la inmunolectroforesis de proteínas séricas el indicador más preciso de la diseminación y debe vigilarse muy estrechamente después del diagnóstico, si ocurre diseminación debe instituirse quimioterapia por vía general.

El abordaje quirúrgico por vía anterior es muy traumático con alto riesgo para el paciente -pero cualquier sangrado es más fácil controlarlo-, así como la fijación y estabilización de la columna vertebral es más adecuada conservando el arco posterior de la vértebra. El abordaje por vía posterior tiene su principal indicación cuando el tumor ha invadido el arco posterior, y tiene riesgo de hemorragia no controlable, la resección del tumor es parcial y se dificulta el colocar un injerto o

implante intersomático. También se corre el riesgo del aflojamiento del sistema de fijación.

From:

<https://neurosurgerywiki.com/wiki/> - **Neurosurgery Wiki**

Permanent link:

https://neurosurgerywiki.com/wiki/doku.php?id=plasmocitoma_vertеbral

Last update: **2025/03/10 14:53**

