

Mieloma Múltiple en pacientes con Mieloma Solitario a los 20 años de edad

DR. JORGE ELIZONDO C.*

DR. CARLOS PÁEZ M. *

DR. MARIANO CASTILLO R.**

DR. JUAN JOSÉ SEGURA F. ***

En la revisión hecha de Mieloma Múltiple en la década 1965-1975 (1) anotamos que la frecuencia de esta condición en nuestro país es de 1.8 casos nuevos por año por cada 100.000 habitantes y del grupo de 58 casos sólo un paciente tuvo 30 años de edad. Ninguno se presentó con una edad inferior.

El paciente que se informa en esta comunicación tiene de interés dos hechos:

- a) Edad de 20 años.
- b) Catalogado como Mieloma Solitario del hueso por un período de 3 años antes de desarrollar el cuadro florido de Mieloma.

Reporte del caso:

Un paciente de 20 años de edad fue admitido en el Hospital San Juan de Dios por tumoración en el hueso ilíaco izquierdo en enero de 1974. El paciente permaneció bien hasta 4 meses antes de su ingreso en que notó dolor y aumentó el volumen en la cadera izquierda. Perdió entonces 10 libras de peso. La exploración física mostró T.A.: 120/70, afebril, corazón, pulmón y abdomen normal. Dolor en el hueso ilíaco izquierdo al caminar, con dolor a la rotación externa, marcha cojeando. El hematocrito fue de 39%, calcio 8.5 mg%, fósforo 5 mg%, proteínas totales 6.3 g% con 3.1 g de albúmina y 3.2 g de globulinas, E.S. de 36 mm en una hora y orina normal, radiografías de tórax, cráneo, fémures y huesos de las piernas dentro de límites normales;

lesión lítica multilobulada en el ala izquierda del hueso ilíaco (Figura 1).

Una semana después de su ingreso se practicó biopsia de la lesión, encontrándose el hueso ilíaco, destruido con gran cantidad de tejido necrótico de color violáceo discretamente sangrante; el examen histológico mostró masas compactas de células plasmáticas con grados diferentes de maduración entremezcladas con escasas de tipo reticular sin cambios malignos. No se observaron eosinófilos, linfocitos ni otras células de tejido mieloide. (Figura 2).

El paciente recibió cobaltoterapia local, completando en marzo de ese mismo año una dosis total de 5.000 rads con excelente tolerancia.

Fue enviado en evaluación a consulta de Hematología en octubre estando asintomático. El calcio fue de 9.7 mg, fosfatasa alcalina 7.2 mmol/L, urea, creatinina y glicemia normales, orina normal; médula ósea con 3% de células plasmáticas y 13% eosinófilos; Ht en 49%, Hb en 15.5 g %, plaquetas y leucocitos normales, sin ruleaux; electroforesis de proteínas con totales de 7.52 g, con albúmina 4.46 g, alfa₁ 0.13 g, alfa₂ 0.46 g, beta 0.26 g, gamma 2.23 g %, se observó una tenue banda al inicio de la fracción gamma globulínica IgA 270 mg %, IgM 75 mg %, Radiológicamente la lesión del ilíaco fue sensiblemente igual.

El paciente continuó en consulta de control en excelentes condiciones clínicas. En febrero de 1975 la pelvis, radiológicamente se mantenía igual; hemograma normal, electroforesis con 8.62 g de proteínas totales, 4.99 % de albúmina, alfa₁ 0.28 gr, alfa₂ 0.55 gr, beta 1.08 g, gamma 1.72 g %, observamos una banda de mayor densidad en la parte correspondiente al inicio de las gammas globulinas. En julio de 1975; elec-

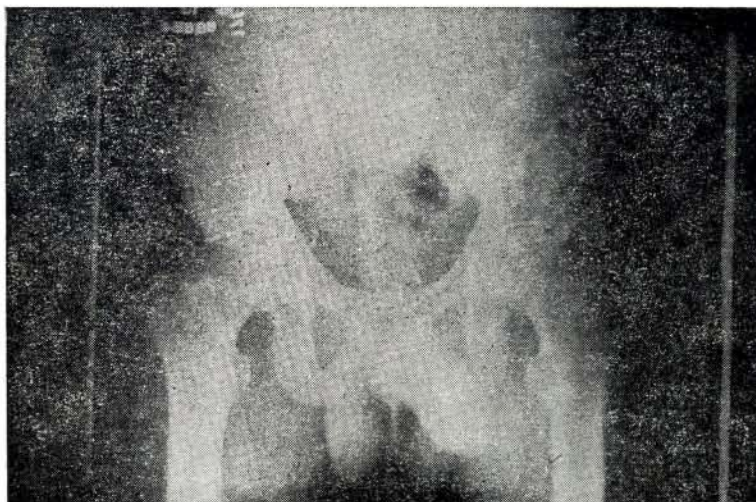
* Servicio de Hematología, Hospital San Juan de Dios, Cátedra de Medicina.

** Estudiante curso de Hematología.

*** Laboratorio de Patología, Hospital San Juan de Dios.

FIGURA 1

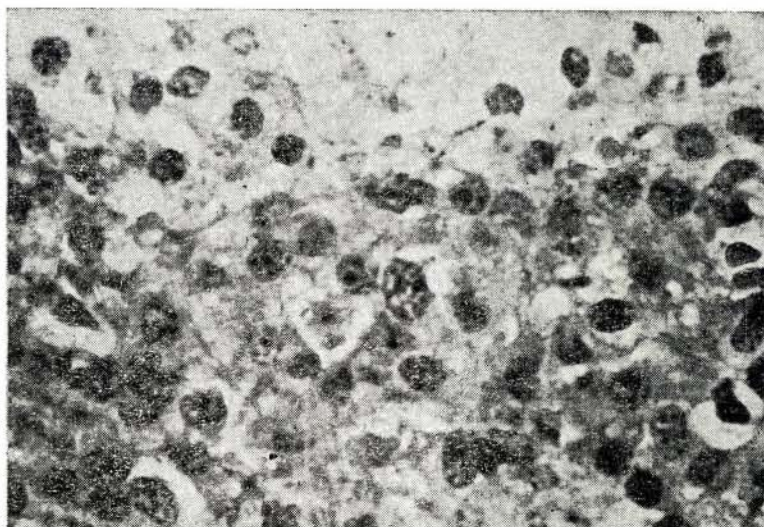
Lesión lítica en el hueso iliaco izquierdo



Lesión lítica multilobulada en el ala izquierda del hueso iliaco.

FIGURA 2

Biopsia de la tumoración



Masas compactas de células plasmáticas con grados distintos de maduración

troforesis con 7.88 g de proteínas totales, 4.58 g de albúmina, α_1 0.06 g, α_2 0.54 g, beta 0.69 g y 2.01 g % de gamma globulinas.

En enero de 1976: Hb 15 g %, Ht de 50%, radiografía de pelvis y cráneo no mostró cambios, electroforesis de proteínas; totales 8.9 g, albúminas 3.37 g, α_1 0.34 g, α_2 1.29 g, beta 0.83 g y gamma globulinas de 3.07 g% igual aspecto de la tenue banda inicial electroforética. Un año después en febrero de 1977 la Hb estaba en 12 g %, en Ht en 42%, leucocitos y plaquetas normales y en la electroforesis se observó un franco componente "M", para entonces las proteínas totales fueron 6.9 g, con 2.95 g de albúmina, α_1 0.25 g, α_2 0.86 g %, beta 0.62 g y 3.04 g% de gamma globulinas. Las inmunoelectroforesis demuestran aumento de IgG tipo lambda. En el estudio radiológico del cráneo se encontraron gran cantidad de lesiones osteolíticas (Figura 3).

La lesión del ilíaco izquierdo se mantiene sin cambios en relación a estudios anteriores.

El paciente se hospitalizó en marzo de 1977 para recibir primer curso de quimioterapia con melphalan y prednisona; para este entonces; VDRL, orina, heces, ácido úrico, calcio, nitrógeno uréico, creatinina, glicemias, anticuerpos, anti DNA y hemograma fueron normales o negativos.

Un estudio de médula ósea mostró 2% de células plasmáticas sin definirse células de Mieloma (figura 4). Había componente "M" electroforético sin proteína de Bence Jones. El estudio de huesos largos reveló pocas lesiones osteolíticas en el extremo distal de los fémures y en el proximal de las tibias y del peroné sobre todo del lado izquierdo.

Un mapeo óseo con selenio radioactivo mostró una lesión osteoblástica en una de las últimas costillas izquierdas sin demostrarse acumulación del isótopo en las zonas osteolíticas. El paciente se mantuvo asintomático con peso de 153 libras saliendo del hospital para continuar su control en consulta externa.

Discusión

Los informes bien documentados de Mieloma Múltiple en pacientes menores de 30 años son escasos. Hewel y Alexanian (2) reportan 3 hombres jóvenes con Mieloma Múltiple de 12, 17 y 20 años y discuten lo incompleto de los casos reportados (3, 4, 5,

FIGURA 3

Radiografía de cráneo un año después.



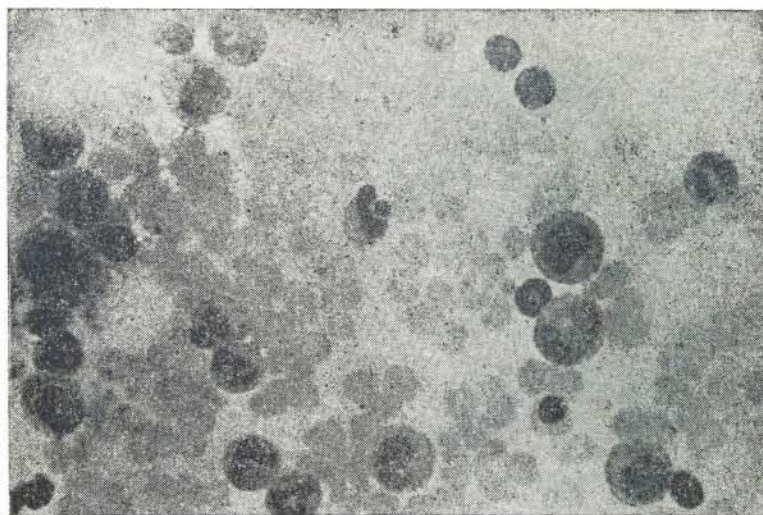
Lesiones osteolíticas.

6, 7). El paciente, motivo de este informe, tiene adecuada documentación con datos electroforéticos, inmunoelectroforéticos, radiológicos y hematológicos confirmatorios.

Señalamos el interés de este caso por presentarse en un hombre joven y por la especial circunstancia de haberse diagnosticado histiológicamente como un plasmocitoma solitario pélvico. La observación repetida ulterior; con controles radiológicos y electroforéticos periódicos permitió detectar generalización del proceso 3 años después de la aparición del tumor inicial.

En las figuras 5 y 6 se demuestra cómo la IgG que inicialmente representaba una tenue banda en la región de las gamma globulinas, con el tiempo se perfiló como una franca banda M. La inmunoelectroforesis de sueros iniciales y tardíos demuestran también como en las etapas del comienzo la IgG era sensiblemente normal señalando estos elementos sin duda alguna

FIGURA 4
Médula ósea



2% de células plasmáticas sin definirse células de mieloma

una progresión del proceso que radiológicamente se vuelve evidente con zonas líticas que previamente no existían en cráneo y huesos largos.

Los plasmocitomas solitarios del hueso son excepcionales. Innes y Neval (13) reportan 46 en el Edinburg Royal Infirmary; Chistopherson y Miller (14) recopilaron 22 casos. Hay algunos que han sido seguidos por 22 años sin encontrar que el tumor se difunda (8, 9, 15, 16).

Wright (1961) reportó un paciente con plasmocitoma solitario del fémur en buena salud y sin evidencia de recurrencia 22 años después de haber sido amputado (11). Otro paciente con un plasmocitoma del húmero se controló por 35 años sin recurrencia (12).

La opinión privativa es que la mayoría de ellos tienden a generalizarse (9) como sucedió en nuestro caso, a pesar de haber sido irradiado la lesión local en forma adecuada, y que, antes de considerar un caso como Mieloma Solitario debe hacerse un cuidadoso estudio de médula ósea de sitios diferentes y debe transcurrir un intervalo del orden de 10 años con exámenes periódicos que aseguren que el proceso no se ha generalizado.

En este paciente se encontró además en el mapeo con selenio radioactivo una lesión osteoblástica en una de las últimas costillas

izquierdas, este tipo de lesión ha sido señalado en otros reportes de la literatura respectiva (9, 10), pero es de ocurrencia excepcional y los casos reportados han exhibido otros hallazgos clínicos atípicos para mieloma como polineuritis y hematopoyesis extramedular.

El paciente al momento de escribir el reporte está en control y en tratamiento con ciclos intermitentes de melphalan y esteroides mensuales, no ha desarrollado anemia o hipercalcemia y la infiltración plasmocelular a nivel medular es escasa aunque de células plasmáticas atípicas; subjetivamente está asintomático.

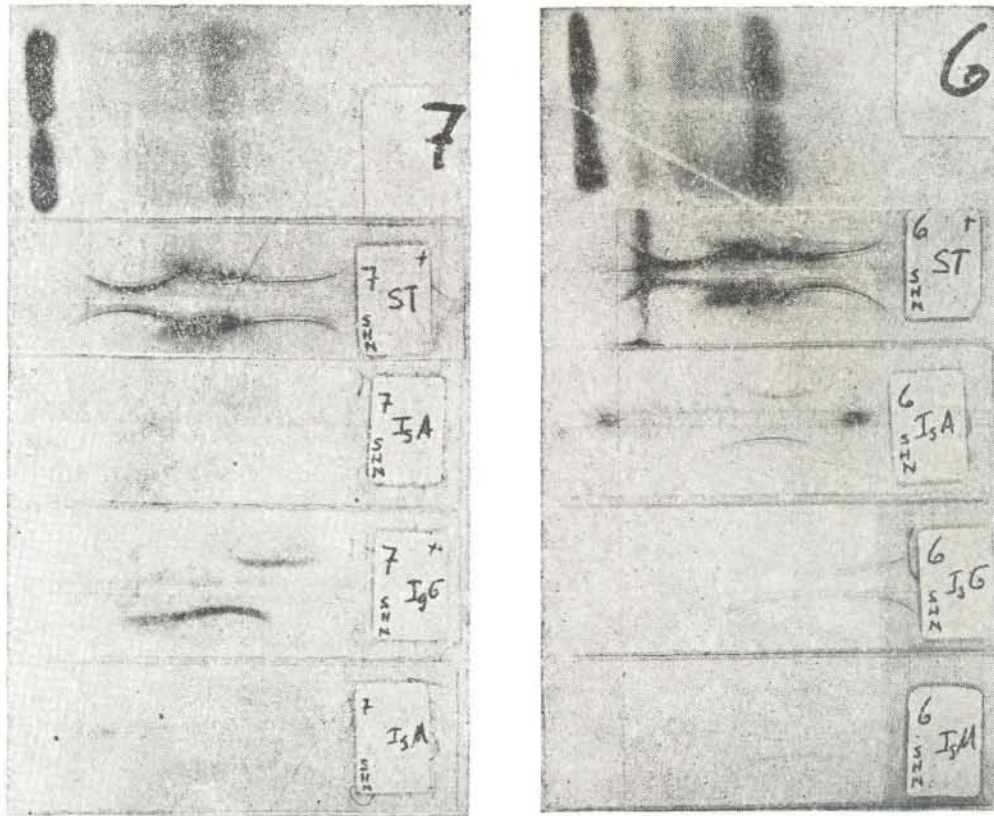
Se agradece al Doctor Alberto Barrantes R., la realización del estudio inmuno-electroforético.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ELIZONDO, J.; RODRÍGUEZ, A. E.
Estudio sobre Mieloma Múltiple.
Acta Médica Costarricense. 19(2) 127, 1976.
- 2.—HEWELL GEORGE M., ALEXANIAN R.
Multiple Myeloma in Young persons.
Ann of Int Med.
84:441, 1976.
- 3.—JACOBY P.
Myelomatosis in a child of 8 year
Acta Radiol.
11: 224, 1930.

FIGURAS 5 Y 6

Electroforesis e inmunolectroforesis inicial (7) y tardía (6)



Se observa inicialmente (7) banda monoclonal tenue que se acentúa marcadamente en la tardía (6). IgG como el componente inmunolectroforético predominante.

- 4.—SLAVEN J. J.
Multiple Myeloma in a child.
An J., Dis Child.
47, 821, 1934.
- 5.—KAUFMAN J.
Isolated Myeloma in a fourteen year old boy. Am. J. Surg.
69, 129, 1945.
- 6.—POITER F. S.
Multiple Myeloma in a child
J. Pediatr
62: 602, 1963.
- 7.—RUBINSTEIN M. A.
Multiple Myeloma as a form of leukemia
Blood 4: 1049, 1949.
- 8.—NILLIS, R. A.
Solitary plasmacytoma
J. Path Bact 53: 77. 1941.
- 9.—CITADO POR J. WALDENSTROM
Mieloma Múltiple
Editorial Científico Médica.
Barcelona, 1973.
- 10.—KRAININ P., D'ANGIO C.S., SMELIN A.
Multiple Myeloma with new bone formation
Arch Int. Med. 84. 976, 1949.
- 11.—WRIGHT C.J.C.
Long survival in solitary plasmacytoma of bone J. Bone Joint Surg 43B. 767, 1961.
- 12.—ENGLE R. L., WALLS L. A.
Immunoglobulinopathies
Charles C. Thomas Pub.
Spring Field. Illinois U.S.A.
51, 1969.
- 13.—INNES I., NEWALL J.
Myelomatosis
Lancet 1:239, 1961.
- 14.—CHRISTOPHERSON W.M., MILLER A. J.
A re-evaluation of solitary plasma cell myeloma of bone. Cancer 3: 240, 1950.
- 15.—COHEN D. M., SVIEN H. J., DABLIN D. C.
Long-term survival of patients with Myeloma of the vertebral columna
JAMA 187, 914, 1964.
- 16.—KAYE R. L., MARTIN W. J., CAMPEEL D.C., LIPSCOMB R. R.
Long survival in disseminated Myeloma with onset as solitary lesions. Two cases.
Am. Inter Med. 54: 535, 1961.