

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

### Nódulo de crecimiento progresivo localizado en el labio inferior

#### Slow-Growing Nodule on the Lower Lip

#### Historia clínica

Paciente de 52 años, sin antecedentes de interés, que consultó por una lesión nodular localizada en el labio inferior, asintomática, de 10 años de evolución y de crecimiento progresivo homogéneo. El paciente no relacionaba la aparición de la lesión con ningún acontecimiento ni había realizado tratamientos previos.

#### Exploración física

Presentaba un nódulo eritemato-rosado, bien delimitado, no doloroso a la palpación, de 1,5 cm de diámetro y telangiectasias en la superficie que infiltraba el espesor labial (fig. 1).

#### Histopatología

La tinción con hematoxilina-eosina mostró la presencia de una proliferación celular de estirpe linfoide, constituida fundamentalmente por células plasmáticas, en diferentes



Figura 1

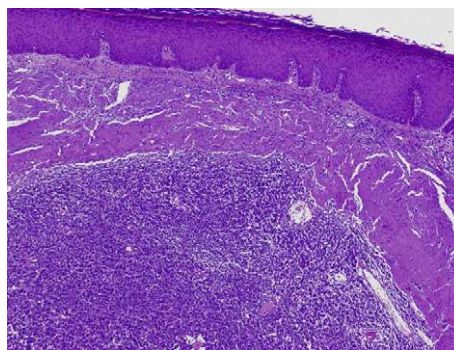


Figura 2 Tinción hematoxilina-eosina x4.

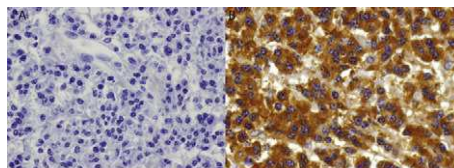


Figura 3 Inmunohistoquímica. A. Lambda x40; B. Kappa x40.

estadios de maduración, con afectación del tejido muscular estriado (fig. 2) y un depósito de material amorfo, homogéneo y eosinofílico, rojo-congo positivo, compatible con sustancia amiloide. El estudio inmunohistoquímico indicó restricción de cadenas kappa y negatividad para cadenas lambda y CD20 (fig. 3 A y B).

#### Pruebas complementarias

El estudio de extensión, que incluyó analítica (hemograma, bioquímica, beta 2 microglobulina, proteinograma), medulograma, biopsia de médula ósea, cadenas ligeras en orina de 24 horas, serie ósea hematológica y citometría de flujo en médula ósea fue normal.

¿Cuál es su diagnóstico?

## Diagnóstico

Plasmocitoma cutáneo primario.

## Evolución y tratamiento

La lesión fue extirpada y el paciente acude a revisiones periódicas permaneciendo actualmente sin recidiva.

## Comentario

Las neoplasias malignas de células plasmáticas son generalmente sistémicas (mieloma múltiple) y menos frecuentemente localizadas (plasmocitoma solitario). Estas últimas incluyen el plasmocitoma óseo solitario y el plasmocitoma extramedular, el cual se localiza principalmente en el tracto respiratorio superior (60-80% de los casos). Las lesiones primarias cutáneas son muy poco frecuentes<sup>1</sup>. El plasmocitoma cutáneo primario está incluido dentro de la clasificación de la *European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) de 2005 en el subgrupo de linfomas B de la zona marginal<sup>2</sup>, y se origina a partir de la proliferación clonal de células plasmáticas secretoras de inmunoglobulinas, en ausencia de un mieloma múltiple subyacente<sup>1,3-5</sup>. Fue descrito por primera vez por Stout y Frerichs en 1949<sup>4</sup> y comprende el 4% de los plasmocitomas extramedulares<sup>5</sup>.

La media de edad al diagnóstico es de 60 años con una ratio hombre/mujer 4:1<sup>1,4,6</sup>. Clínicamente se presenta como una pápula, placa o nódulo eritemato-violáceo de lento crecimiento<sup>3,5</sup>, solitario (62%) o múltiple (38%)<sup>6</sup> que suele localizarse en el tronco y la región facial<sup>3</sup>. La histopatología muestra un infiltrado dérmico no epidermotropo de células plasmáticas en distintos estadios de maduración. El estudio inmunohistoquímico suele ser positivo para CD79a, CD38 y CD138, siendo generalmente negativo para CD20 y el antígeno leucocitario común; es frecuente la expresión monotípica de cadenas ligeras de inmunoglobulinas<sup>4,5</sup>. Los depósitos de amiloide se asocian con mayor frecuencia a plasmocitomas secundarios, por lo que su presencia debe alertarnos de la posibilidad de un origen extracutáneo del proceso neoplásico<sup>1,2</sup>. Su diagnóstico se basa en los hallazgos clínicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos, con exclusión de la existencia de un mieloma múltiple mediante los estudios de laboratorio, radiológicos y de médula ósea<sup>6</sup>.

Los principales diagnósticos diferenciales son con el plasmocitoma secundario cutáneo, el plasmocitoma extramedular mucoso con afectación cutánea secundaria, otros linfomas primarios de células B y enfermedades infecciosas con importante infiltración de células plasmáticas, como la sífilis o la borreliosis<sup>4</sup>. Puede evolucionar hacia mieloma múltiple en un tercio de los casos<sup>3</sup>, considerándose de peor pronóstico las lesiones múltiples y de gran tamaño<sup>1-4</sup>.

Las opciones de tratamiento de las formas solitarias comprenden la extirpación quirúrgica a la que puede asociarse radioterapia y la corticoterapia intralesional<sup>1,4,5</sup>. La quimioterapia debe ser considerada cuando estén presentes múltiples lesiones<sup>2</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Muscardin LM, Pulsoni A, Cerroni L. Primary cutaneous plasmacytoma: Report of a case with review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:962-5.
2. Sellami RD, Sassi S, Mrad K, Abess I, Driss M, Ben Romdhane K. Plasmocytome cutané primitive. *Ann Pathol.* 2007;27:130-2.
3. Rongioletti F, Patterson JW, Rebora A. The histological and pathogenetic spectrum of cutaneous disease in monoclonal gammopathies. *J Cutan Pathol.* 2008;35:705-21.
4. Kazakov DV, Belousova IE, Müller B, Palmedo G, Samtsov AV, Burg G, et al. Primary cutaneous plasmacytoma: a clinicopathological study of two cases with a long-term follow-up and review of the literature. *J Cutan Pathol.* 2002;29:244-8.
5. Querfeld C, Guitart J, Kuzel TM, Rosen ST. Primary cutaneous lymphomas: a review with current treatment options. *Blood Rev.* 2003;17:131-42.
6. Tüting T, Bork K. Primary plasmacytoma of the skin. *J Am Acad Dermatol.* 1996;34:386-90.

C. Prada-García\*, M. Lamoca-Martín  
e M.Á. Rodríguez-Prieto

*Servicio de Dermatología, Complejo Asistencial  
Universitario de León, León, España*

\* Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: caminoprada@gmail.com  
(C. Prada-García).*