

# PLASMOCITOMA SOLITARIO DE T10 EN UN ADOLESCENTE: fractura vertebral espontánea tratada mediante artrodesis.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Hospital Universitario Fundación Alcorcón  
I. B. MORENO-FENOLL; M. A. MARÍN; E. PECES; F. DÁVILA; D. FERREÑO; J. I. LOSADA



**El plasmocitoma óseo solitario (POS)** es un raro tumor maligno de células plasmáticas, que se presenta de forma aislada y en ausencia de las manifestaciones clínicas características del mieloma múltiple. Supone el 5% de las neoplasias de células plasmáticas. La edad media son 55 años, con **apenas unos casos descritos en pacientes jóvenes**. La supervivencia media tras el diagnóstico se estima en torno a los 74 meses, aunque con una segregación por edad (mortalidad a los 20-49 años del 16.3% frente al 45.7% en >50 años). Se localiza más frecuentemente en el **esqueleto axial**, en forma de lesión lítica, con potencial de progresión y afectación neurológica central. El tratamiento de elección es la **radioterapia**, acompañada de **instrumentación quirúrgica** si existe riesgo de inestabilidad.

Nuestro **objetivo** es **describir el manejo de una fractura vertebral patológica** secundaria a un POS en la columna torácica en un paciente joven, y el papel de la cirugía adyuvante previa al tratamiento oncológico.

Presentamos el **CASO** de un **paciente varón de 18 años** que es remitido a nuestro centro con el diagnóstico radiológico de fractura vertebral patológica de T10, acontecida de manera espontánea, y sin clínica neurológica acompañante. (Figura 1). Se realizó una **biopsia guiada por TAC**, que arrojó el diagnóstico anatomopatológico de **plasmocitoma** (Figura 2). El **estudio de extensión** mediante resonancia magnética y aspirado de médula ósea fue negativo, confirmándose el diagnóstico de POS. Fue **intervenido** mediante un abordaje posterior, realizándose una **instrumentación pedicular T8-T12**, con artrodesis y utilización de aloinjerto, de manera **neoadyuvante** al tratamiento con radio y quimioterapia. (Figura 3) Un año y medio después, el paciente se encuentra **asintomático**, realizando vida activa, **sin datos de recidiva** local o a distancia en los sucesivos controles radiológicos y analíticos.

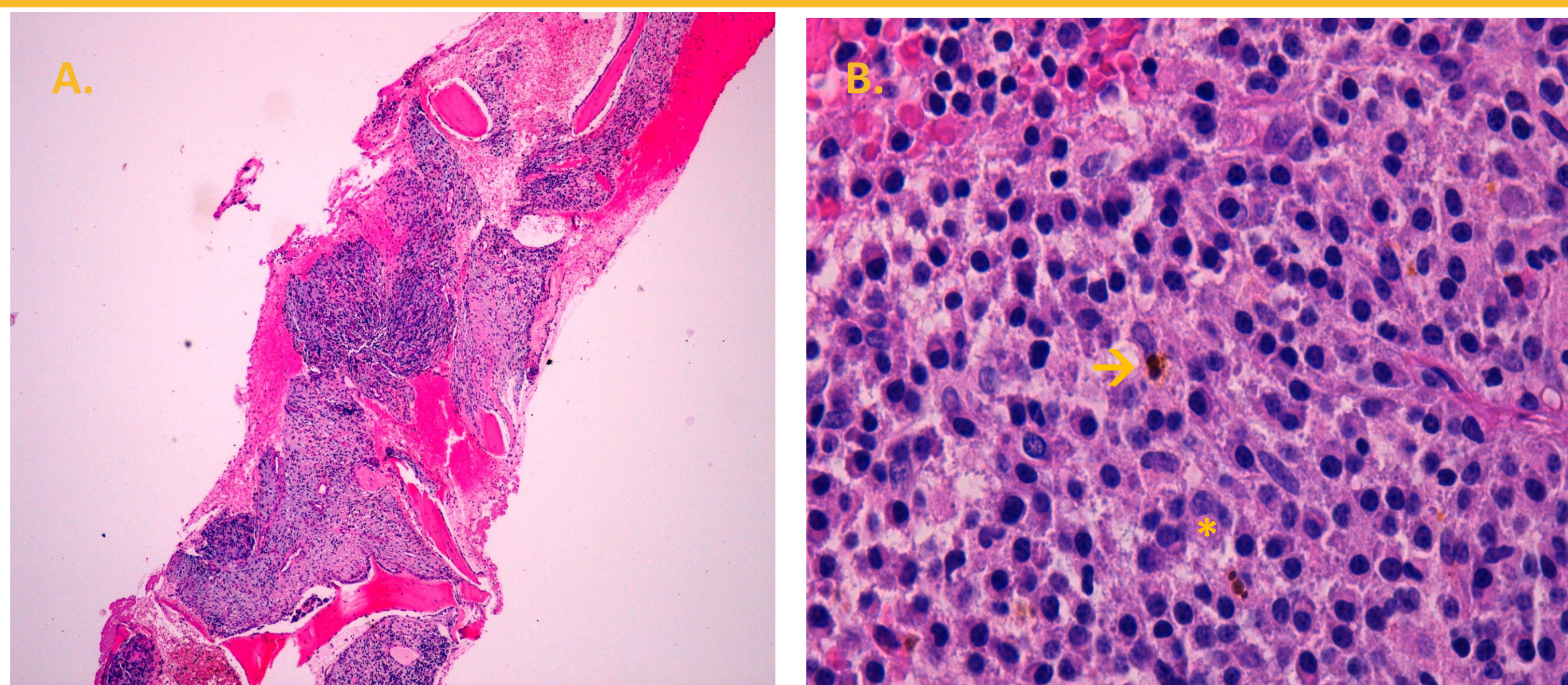


Figura 2: Anatomía patológica del espécimen. A. Biopsia con aguja gruesa de vértebra. B. Sustitución del tejido hematopoyético por una población de células plasmáticas de hábito maduro, sin atipia, algunas binucleadas (\*). Presencia de hemosiderina por sangrado (flecha)

## Conclusión:

Ante una fractura patológica vertebral en paciente joven, el plasmocitoma debería ser una opción en nuestro **diagnóstico diferencial**.

La cirugía de raquis tiene un papel en su manejo como estabilizador de la columna, permitiendo el tratamiento radioterápico con más seguridad. Posibles **indicaciones de cirugía** en estos supuestos deben ser: inestabilidad vertebral, compromiso neurológico, dolor intratable, o fracaso del tratamiento radioterápico.

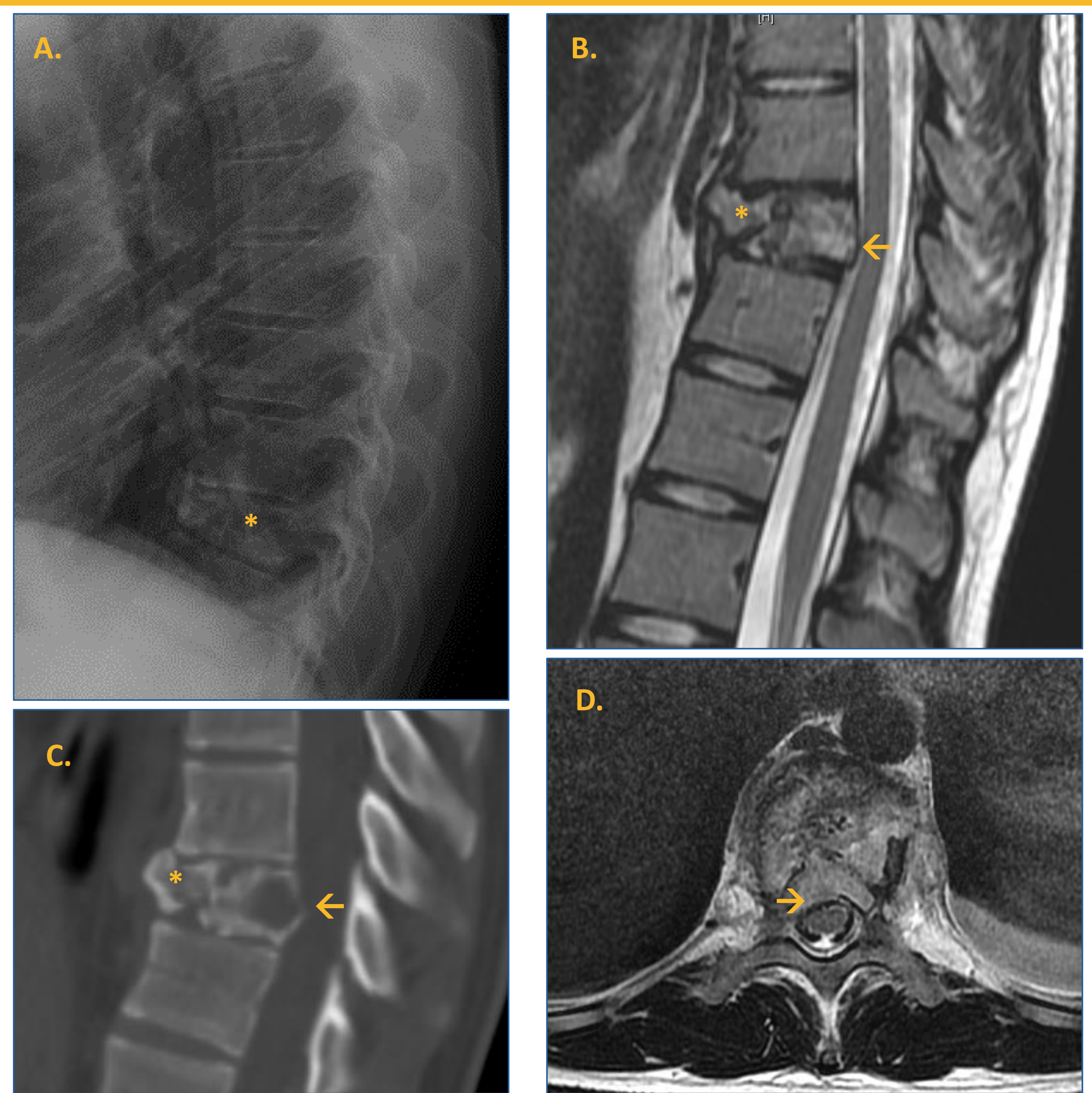


Figura 1. A. Radiografía diagnóstica. Se observa un acúñamiento de aproximadamente el 50% de T10 (\*). B y D. Resonancia magnética diagnóstica. Muestra una fractura patológica secundaria a una lesión ocupante de espacio en T10 (\*), con abombamiento del muro posterior e improntación en espacio subaracnoideo, sin condicionar estenosis del canal medular (flecha). C. TAC para toma de biopsia con aguja gruesa. Confirma los hallazgos radiológicos de Rx y RMN, mostrando una imagen lítica en T10 (\*) con aplastamiento vertebral y compromiso del muro posterior (flecha).

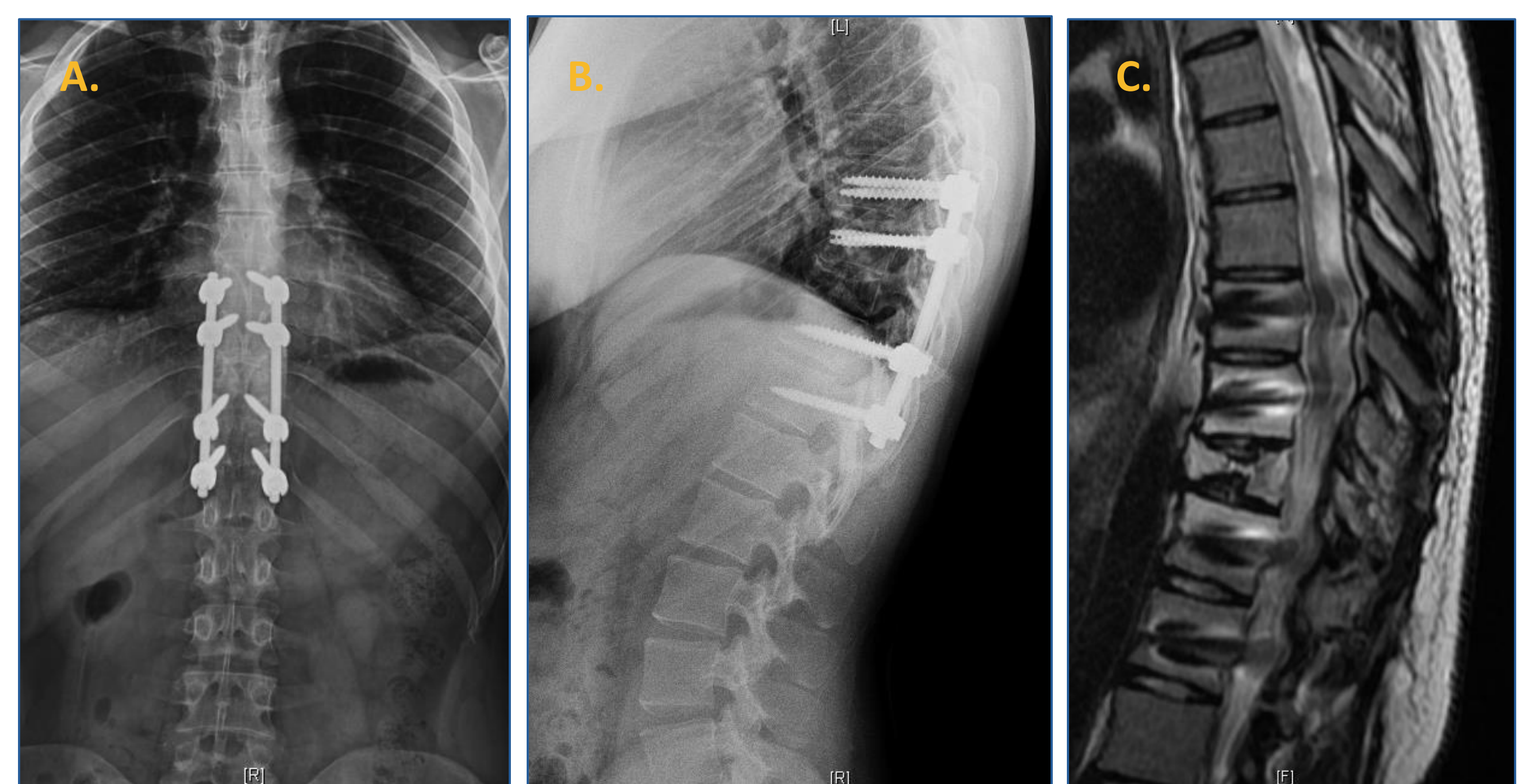


Figura 3. Imágenes un año y 5 meses postquirúrgicas: A y B. Telerradiografías que muestran la instrumentación y artrodesis T8-T12, respetando la vértebra afecta, con correcta estática vertebral. C. Resonancia magnética que no muestra datos de recidiva local ni a otros niveles en raquis.

## Bibliografía

1. Fisher CG, DiPaola CP, Ryken TC, Bilsky MH, Shaffrey CI, Berven SH, Harrop JS, Fehlings MG, Boriani S, Chou D, et al. A novel classification system for spinal instability in neoplastic disease: An evidence-based approach and expert consensus from the spine oncology study group. Spine 2010 Oct 15;35(22):1221.
2. Mirzashahi B, Mazoochy H, Jamnani RK, Farzan A. Contribution of surgery in solitary plasmacytoma of spine; a case report. Arch Bone Jt Surg 2014 Jun;2(2):121-5.
3. von der Hoehe, Nicolas H., Tschöke SK, Gulow J, Voelker A, Siebolls U, Heyde C. Total spondylectomy for solitary bone plasmacytoma of the lumbar spine in a young woman: A case report and review of literature. Eur Spine J 2014 Jan;23(1):35-9.
4. Dumesnil C, Schneider P, Dolgoplov I, Radi S, Leluyer B, Vannier JP. Solitary bone plasmacytoma of the spine in an adolescent. Pediatr Blood Cancer 2006 Sep;47(3):335-8.
5. Wang Y, Li H, Liu C, Chen C, Yan J. Solitary plasmacytoma of bone of the spine: Results from surveillance, epidemiology, and end results (SEER) registry. Spine 2019 Jan 15;44(2):E117-25.