

## PLASMOCITOMA EXTRAMEDULAR PRIMARIO COLORRECTAL\*

Drs. Luis Chiroque<sup>1</sup>, Víctor Delgado<sup>2</sup>, Miriam Mayta<sup>3</sup>, Alejandra Rosa Arana<sup>4</sup>,  
Dayana Guillermo<sup>4</sup>, Iris Ventocilla<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Cirugía Proctológica, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

<sup>2</sup> Servicio de Patología Quirúrgica, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

<sup>3</sup> Médico Cirujano, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

<sup>4</sup> Escuela de Medicina Humana, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.  
Lima, Perú.

### Abstract

---

#### Primary extramedullary colorectal plasmacytoma

**Aim:** To present a patient with an uncommon primary extramedullary plasmacytoma in the colon. **Case report:** We report a case of a 64 year old female with wasting syndrome and low-gastrointestinal bleeding. Histology described colon and rectum with plasma cell infiltration in the muscle layer. The immunohistochemistry showed CD45 (+) and lambda (+). Infiltration of bone marrow and other places with a thoraco-abdominal-pelvic scan, blood tests, bone survey and bone marrow biopsy was discarded. Surgical management was performed by laparoscopic low anterior resection with end colostomy. **Conclusion:** Primary plasmacytoma of colon is a rare clinical entity that is a challenge for the pathologist and surgeon, but early diagnosis contributes to early handling.

**Key words:** Colorectal surgery, plasmacytoma.

### Resumen

---

**Objetivo:** Presentar un caso de esta poco frecuente patología en el colon. **Caso clínico:** Se reporta el caso de una paciente mujer de 64 años con síndrome consuntivo y sangrado digestivo bajo. La anatomía patológica describe colon y recto con infiltración de células plasmáticas en la capa muscular. La inmunohistoquímica demostró CD45 (+) y lambda (+). Se descartó la infiltración de médula ósea y otros lugares con una tomografía abdomino-pélvica, análisis de sangre, radiografía de cráneo y biopsia de médula ósea. El manejo quirúrgico se realizó mediante resección anterior baja laparoscópica con colostomía terminal. **Conclusión:** El plasmocitoma primario de colon es una entidad clínica rara que constituye un reto para el patólogo y cirujano, pero su diagnóstico oportuno contribuye a un manejo temprano.

**Palabras clave:** Cirugía colorrectal, plasmocitoma.

---

\*Recibido el 23 de junio de 2015 y aceptado para publicación el 17 de agosto de 2015.

Conflictos de interés: Ninguno

Correspondencia: Dra. Dayana Guillermo  
dayanasianny@gmail.com

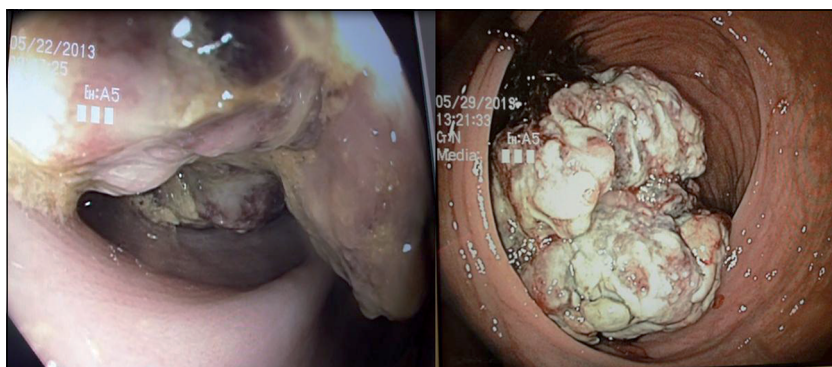
## Introducción

Las neoplasias de células plasmáticas son desórdenes clonales caracterizados por su infiltración en diversos órganos<sup>1</sup>. Una proliferación clonal puede ser demostrada por el tipo de paraproteína encontrada, lambda o kappa, no necesariamente las dos al mismo tiempo<sup>2</sup>. Estas neoplasias son de 2 tipos; el plasmocitoma y el mieloma múltiple. El plasmocitoma se divide en 2 subtipos; el plasmocitoma solitario del hueso y el plasmocitoma extramedular solitario (PEM)<sup>3</sup>. El PEM es una acumulación de células plasmáticas monoclonales localizada<sup>4</sup>, representa el 3% de las neoplasias de este tipo de células, presentándose principalmente en la vía aerodigestiva<sup>5,6</sup>. Sin embargo, un aproximado de 7% se presenta en el tracto gastrointestinal<sup>7-10</sup>; principalmente en intestino delgado y estómago. Su presencia en el colon y recto está limitada a 32 casos hasta el 2008<sup>5</sup>, por lo que es poco frecuente.

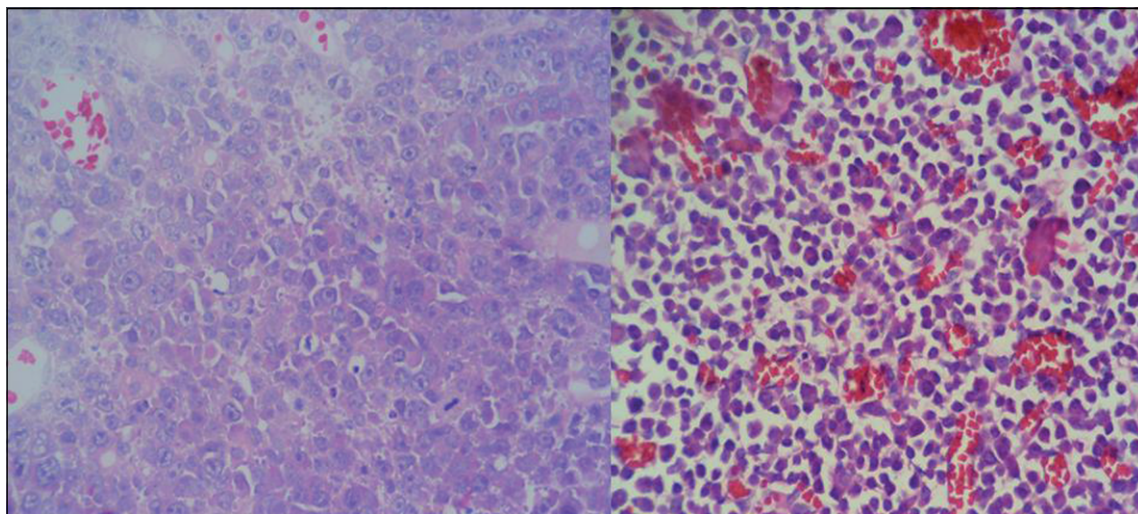
## Presentación del caso

Una mujer de 64 años se presenta en enero de 2013 con historia de 3 meses de hematoquezia, dolor anal durante y después de la defecación y pérdida de peso de 10 kg. Al examen físico presenta palidez, con dolor abdominal a la palpación sin masa palpable. El tacto rectal revela una tumoración de superficie irregular y consistencia firme. Los exámenes de laboratorio muestran hemoglobina en 9,3 g/dl.

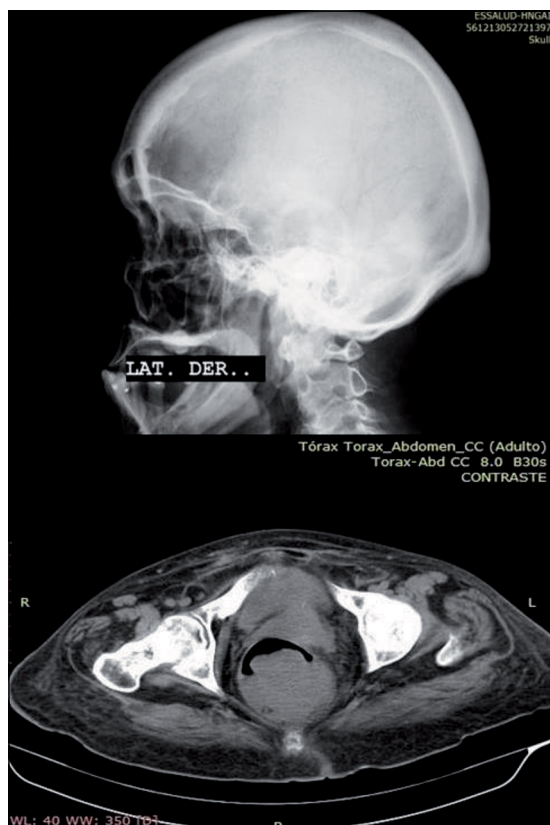
Se le realiza una colonoscopia con toma de biopsia donde describen una lesión proliferativa a 5 cm del margen anal con superficie pseudomembranosa que obstruye el 80% del lumen (Figura 1). La biopsia muestra infiltración de células plasmáticas hasta la capa muscular (Figura 2), la tinción de inmunohistoquímica para marcadores incluyendo kappa (panqueratin, cromogranin, CD99, CD3, CD30, CD20, CD79a, synaptophysin, ALK-1) fueron negativos, pero fue positiva para CD45 y lambda,



**Figura 1.** Colonoscopia muestra tumor que estenosa casi el 80% del lumen del recto.



**Figura 2.** Histopatología muestra infiltración de células plasmáticas (células mononucleares).



**Figura 3.** Radiografía de cráneo y tomografía abdominopélvica con tumoración que ocupa recto inferior.

compatible con plasmocitoma de colon, por lo que se decide un manejo quirúrgico y se realiza una resección anterior baja laparoscópica con colostomía terminal.

Ante la patología se realizan pruebas adicionales de laboratorio (niveles de calcio, proteinograma electroforético y dosaje de cadenas ligeras de kappa lambda) e imágenes (radiografía ósea y tomografía abdominopélvica) para descartar el diagnóstico de mieloma múltiple asociado, resultando normales y con ausencia de lesiones osteolíticas (Figura 3) respectivamente. La biopsia de médula ósea muestra adecuada celularidad sin infiltración de células plasmáticas.

La descripción de la pieza operatoria (resección de colon) informa 2 tumoraciones polipoides de 5 x 3 cm y 13 x 9 cm.

## Discusión

El presente caso de PEM en recto es muy raro, representa aproximadamente el 7% de todas las

neoplasias de células plasmáticas<sup>7-10</sup> habiéndose encontrado en la bibliografía sólo 32 casos reportados hasta el 2008<sup>5</sup>. Los PEM tienen una edad de presentación promedio de 58 años con una relación hombre mujer de 1.63: 1 respectivamente<sup>11</sup>. En cambio, los PEM de colon se presentan en relación de 3:1<sup>12</sup>.

El principal síntoma de esta patología es el dolor abdominal asociado a historia de diarrea o defecación con sangrado por meses, baja de peso y anemia<sup>2,13,14</sup>.

El diagnóstico de un PEM solitario requiere la exclusión de mieloma múltiple asociado<sup>8</sup>, así como de adenocarcinoma de colon<sup>14</sup>. Según la guía *United Kingdom Myeloma Forum* (UKMF) los criterios diagnósticos de PEM son: 1) No proteína M en el suero y/u orina; 2) Tumor extramedular de células plasmáticas clonales; 3) Médula ósea normal; 4) Estudio óseo normal y 5) No daño de tejidos ni órganos afines<sup>15</sup>.

En el manejo de esta patología, la monoterapia con sólo cirugía brinda buenos resultados si es que el tumor es potencialmente resecable<sup>8</sup>, con una baja tasa de recurrencia<sup>13</sup>. Por otro lado, si la resección del tumor es imposible o poco resecable y afecta ganglios linfáticos se recomienda la terapia combinada de cirugía y radiación<sup>8</sup>. Los factores adversos que se han relacionado con mal pronóstico de PEM son tumores de gran tamaño (5 cm) y valores elevados de  $\beta 2$  microglobulina (3,5 mg/l)<sup>11</sup>.

## Conclusión

El plasmocitoma primario de colon es una entidad extremadamente rara lo cual constituye un reto para el cirujano y patólogo, pero su diagnóstico permite un tratamiento oportuno.

## Agradecimientos

El consentimiento escrito del paciente se obtuvo para la publicación de este caso. Estamos muy agradecidos con MD José Luis Arenas Gamio por las fotos histopatológicas, Médico Asistente del Departamento de Anatomía-Patológica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen.

## Referencias

1. Nolan KD, Mone MC, Nelson EW. Plasma cell neoplasms. Review of disease progression and report of a new variant. *Surg Oncol*. 2005;14:85-90.
2. Gupta V, Nahak, B, Sakhuja P, Agarwal AK, Kumar N, Mishra PK. Primary isolated extramedullary plasma-

- cytoma of colon. *World Journal of Surgical Oncology* 2007;5:47.
3. Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Vardiman J, et al. World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: report of the clinical advisory committee meeting-Airlie House, Virginia, November 1997. *J Clin Oncol* 1999;17:3835-49.
  4. Kilciksiz S, Karakoyun-Celik O, Agaoglu FY, Haydaroglu A. A review for solitary plasmacytoma of bone and extramedullary plasmacytoma. *Scientific World Journal* 2012;2012:895765.
  5. Doki T, Takeuchi O, Kaiho T, Tsuchiya S, Matsuzaki O, Miyazaki M. Primary isolated extramedullary plasmacytoma of the colon. *Int J Colorectal Dis.* 2008;23:719-20.
  6. Lieboss RH, Ha CS, Cox JD, Weber D, Delasalle K, Alexanian R. Clinical course of solitary extramedullary plasmacytoma. *Radiother Oncol.* 1999;52:245-9.
  7. Nolan KD, Mone MC, Nelson EW. Plasma cell neoplasms. Review of disease progression and report of a new variant. *Surg Oncol.* 2005;14:85-90.
  8. Alexiou C, Kau RJ, Dietzfelbinger H, Kremer M, SpieB JC, Schratzenstaller B, et al. Extramedullary plasmacytoma: tumor occurrence and therapeutic concepts. *Cancer.* 1999;85:2305-14.
  9. Weber DM. Solitary bone and extramedullary plasmacytoma. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2005;2005:373-6.
  10. Makis W, Ciarallo A, Hickeson M, Lisbona R. Gastric recurrence of a primary colon plasmacytoma: staging and evaluating response to therapy with 18F-FDG PET/CT. *Br J Radiol.* 2012;85:e4-9. doi: 10.1259/bjr/37953406.
  11. Shan-qi G, Le Z, Ya-Fei W, Bao-Cun S, Lian-yu Z, Jin Z, et al. Prognostic factors associated with solitary plasmacytoma. *Onco Targets Ther.* 2013;14;6:1659-66.
  12. Lee SH, Ahn BK, Back SU, Chang HK. Primary Isolated Extramedullary Plasmacytoma in the colon. *Gastroenterology Research* 2013;6:152-5.
  13. Lopes R. Extramedullary plasmacytoma of the small intestine: Clinical features, diagnosis and treatment. *Journal of Digestive Diseases* 2012;13;10-8.
  14. Jin Y, Park SJ, Park MI, Moon W, Kim SE, Ku KH, et al. Solitary Extramedullary Plasmacytoma in the Gastrointestinal Tract: Report of Two Cases and Review of Literature. *Korean J Gastroenterol.* 2014;63:453-6.
  15. Hughes M, Soutar R, Lucraft H, Owen R, Bird J. Guidelines on the diagnosis and management of solitary plasmacytoma of bone, extramedullary plasmacytoma and multiple solitary plasmacytomas: 2009 update. London (UK): British Committee for Standards in Haematology; 2009, 14p.