

Plasmocitoma extramedular primario del colon ascendente

Dana Santos¹, Andrea V. Ruchinsky², Florencia Litovska³, Gabriela Rio Gorrini³

¹Residente de Cirugía General, Hospital Aeronáutico Central, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

²Residente de Cirugía General, Hospital Carlos G. Durand, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

³Médica de planta de Cirugía General, División Coloproctología

Servicio de Cirugía General, División Coloproctología. Hospital Carlos G. Durand, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Para citar:

Santos D, Ruchinsky AV, Litovska F, Rio Gorrini G. Plasmocitoma extramedular primario del colon ascendente. *Rev. argent. coloproctología*. 2026;37(3):25-28 doi:10.46768/010c1d38

► El material complementario, cuando corresponda, se publica únicamente en formato en línea. Para consultarlo, visite la versión web de la revista: <https://doi.org/10.46768/010c1d38>

Recibido: 25-02-2026

Aceptado: 16-06-2026

RESUMEN

El plasmocitoma extramedular solitario es una neoplasia poco frecuente de células plasmáticas, siendo excepcional su localización en el colon. Se presenta el caso de un hombre de 57 años con anemia detectada durante la evaluación preoperatoria para colecistectomía. El estudio identificó un tumor localizado en el colon derecho, cuya biopsia informó plasmocitoma, sin evidencia de enfermedad sistémica compatible con mieloma múltiple. Se realizó hemicolectomía derecha laparoscópica con resección completa de la lesión, con evolución postoperatoria favorable. El diagnóstico fue confirmado mediante estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. Este caso destaca la importancia del estudio integral de la anemia como manifestación inicial de neoplasias infrecuentes y resalta que la resección quirúrgica completa constituye una alternativa terapéutica eficaz en pacientes con enfermedad localizada.

Palabras clave: plasmocitoma extramedular solitario; plasmocitoma de colon; neoplasias de células plasmáticas; inmunohistoquímica; hemicolectomía derecha laparoscópica

ABSTRACT

Solitary extramedullary plasmacytoma is a rare plasma cell neoplasm, and colonic involvement is exceedingly uncommon. We report the case of a 57-year-old man diagnosed with a right colonic plasmacytoma during the evaluation of anemia identified in the preoperative workup for elective cholecystectomy. Further investigation revealed a localized lesion without evidence of systemic involvement or criteria for multiple myeloma. The patient underwent laparoscopic right hemicolectomy with complete tumor resection and an uneventful postoperative recovery. Histopathological examination and immunohistochemical staining confirmed the diagnosis of solitary extramedullary plasmacytoma. This case highlights the importance of thorough evaluation of unexplained anemia and underscores the role of complete surgical excision as a curative approach for localized colonic plasmacytoma.

keywords: solitary extramedullary plasmacytoma; colonic plasmacytoma; plasma cell neoplasms; multiple myeloma; immunohistochemistry; laparoscopic right hemicolectomy.

INTRODUCCIÓN

El plasmocitoma extramedular solitario (PES) es una neoplasia infrecuente de células plasmáticas, caracterizada por la proliferación monoclonal localizada en tejidos blandos, en ausencia de infiltración de la médula ósea y sin criterios diagnósticos de mieloma múltiple.¹ Junto con el plasmocitoma solitario óseo, integra el espectro de las neoplasias de células plasmáticas, diferenciándose por su localización anatómica y comportamiento biológico. Representa aproximadamente el 3% de las neoplasias de células plasmáticas y su localiza-

ción en el tracto gastrointestinal inferior es excepcional, con escasos casos reportados en la literatura.² Su reconocimiento y correcta caracterización diagnóstica son fundamentales, ya que el pronóstico, la estrategia terapéutica y el seguimiento difieren sustancialmente de los del mieloma múltiple. Aunque el PES presenta un curso clínico generalmente más favorable, mantiene un riesgo de progresión a mieloma múltiple, lo que hace indispensable una adecuada estadificación inicial y un seguimiento clínico prolongado.

© 2026 Los autores. Publicado por Revista Argentina de Coloproctología.
Este artículo se distribuye bajo licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Correspondencia

Andrea V. Ruchinsky
andrea-v99@hotmail.com

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 57 años, en evaluación preoperatoria para colecistectomía electiva, en quien se detectó anemia moderada. El estudio hematológico evidenció pruebas de Coombs directa e indirecta, así como panaglutininas, positivas.

La videocolonoscopia (VCC), evidenció en colon ascendente una lesión sobreelevada con ulceración central, de la cual se obtuvieron múltiples biopsias (Fig. 1).



Figura 1. Colonoscopia que muestra una lesión sobreelevada y ulcerada en el colon ascendente (flecha).

En el estudio anatomopatológico se informó una infiltración difusa de células plasmáticas maduras y aislados linfocitos B. La inmunohistoquímica mostró positividad para células plasmáticas (CD138) y cadenas livianas tipo Kappa, con negatividad para cadenas livianas Lambda, compatible con plasmocitoma.

La tomografía por emisión de positrones informó un engrosamiento parietal hipermetabólico del colon ascendente, próximo al ángulo hepático, con SUV máximo de 8.4, asociado a adenopatías hipermetabólicas adyacentes de probable origen neoplásico.

Con el objetivo de descartar mieloma múltiple, se evaluaron los criterios diagnósticos del *International Myeloma Working Group* y la Asociación Argentina de Hematología: 1) Masa en tejido blando con infiltración de células plasmáticas clonales, 2) gammapatía monoclonal sérica y/o cadenas livianas en orina de baja concentración o ausentes, 3) biopsia de médula ósea sin evidencia de células plasmáticas clonales y 4) ausencia de lesión de órgano blanco relacionada con mieloma múltiple.

Los exámenes de laboratorio revelaron presencia en suero de

cadenas livianas libres tipo kappa de 150 mg/l y tipo lambda de 12,69 mg/L y proteinuria de Bence Jones positiva tenue tipo kappa. La biopsia de médula ósea fue normal. No se evidenció anemia, hipercalcemia ni insuficiencia renal. La pantomografía descartó lesiones osteolíticas.

El diagnóstico presuntivo fue de plasmocitoma solitario extramedular del colon ascendente. El caso fue discutido en un comité multidisciplinario integrado por especialistas en coloproctología, oncología, hematología, anatomía patológica y diagnóstico por imágenes. Considerando que la lesión era potencialmente resecable, se decidió realizar tratamiento quirúrgico con el objetivo de lograr el control local de la enfermedad y obtener el diagnóstico histopatológico definitivo. Se efectuó una colectomía derecha laparoscópica con anastomosis ileocólica primaria, sin complicaciones intraoperatorias.

En el examen macroscópico se identificó una lesión blanquecina, firme, de 2,8 × 2,5 cm, localizada en la mucosa del colon ascendente, con bordes discretamente sobreelevados y un área central ulcerada. La lesión comprometía todo el espesor de la pared colónica, extendiéndose hacia la grasa pericolónica y condicionando una estenosis aproximada del 60 % de la luz intestinal (Fig. 2A). En el tejido adiposo pericolónico se observaron formaciones nodulares redondeadas de hasta 2,9 cm, correspondientes macroscópicamente a un conglomerado ganglionar (Fig. 2B).

El estudio microscópico evidenció una proliferación difusa de células plasmocitoides atípicas, de 2,8 × 2,5 cm, con crecimiento predominantemente intersticial, desplazando las estructuras glandulares colónicas. La infiltración comprometía desde la mucosa, con erosión superficial, hasta el tejido fibroadiposo subseroso (Fig. 3A-C). Se aislaron 15 ganglios linfáticos regionales, de los cuales 3 presentaban infiltración por la neoplasia, correspondientes al conglomerado ganglionar previamente identificado (Fig. 43D). Los márgenes quirúrgicos se encontraron libres de enfermedad.

El estudio inmunohistoquímico demostró intensa positividad difusa para CD138 en las células neoplásicas, con restricción para cadenas livianas de inmunoglobulina tipo kappa. Asimismo, se identificaron escasos linfocitos B (CD20 positivos) y linfocitos T (CD3 positivos) dispersos en el estroma. En conjunto, los hallazgos morfológicos e inmunofenotípicos fueron compatibles con una neoplasia de células plasmáticas, confirmando el diagnóstico de plasmocitoma extramedular.

La evolución posoperatoria fue favorable, sin presentar complicaciones. El paciente fue dado de alta al quinto día postoperatorio, con seguimiento ambulatorio coordinado por los servicios de coloproctología y hematología.

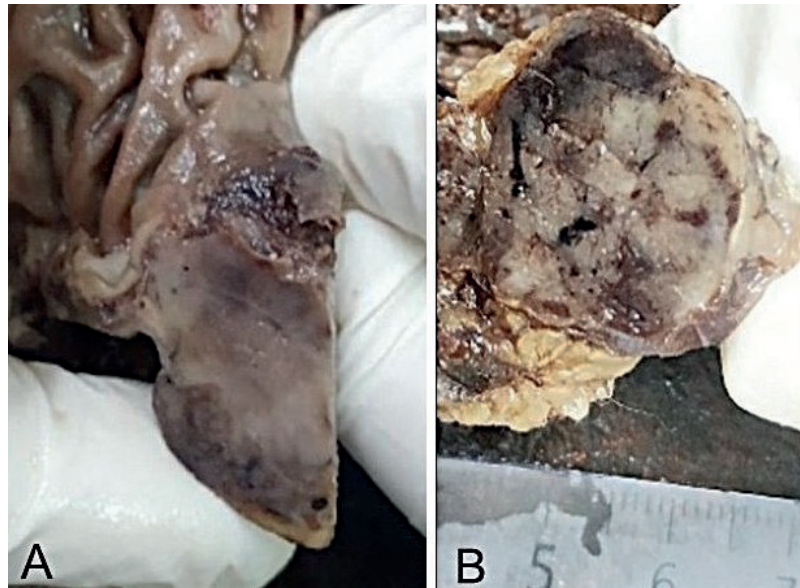


Figura 2. Pieza quirúrgica. A. Se observa lesión mucosa elevada y ulcerada que compromete todo el espesor de la pared del colon. B. Conglomerado ganglionar.

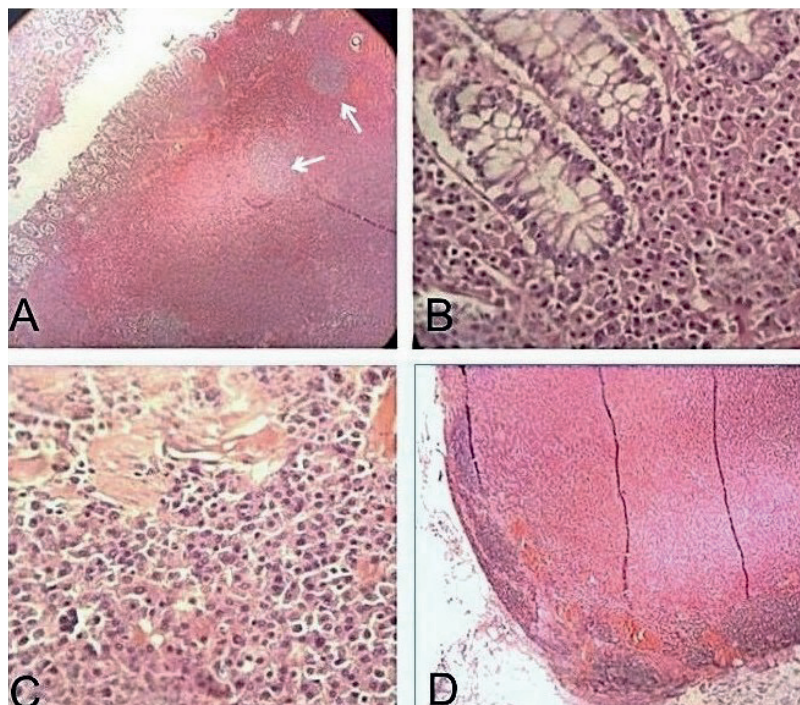


Figura 3. Hallazgos histopatológicos A. Se observa mucosa colónica con proliferación neoplásica de células plasmáticas con infiltración transmural hasta tejido fibroadiposo subseroso, asociada a agregados linfoides (flechas) (H-E, 40x). B-C. Se identifica proliferación plasmocitoide constituida por células discohesivas, con núcleos redondeados, excéntricos, compatibles con neoplasia de células plasmáticas (H-E, 400x). D. Ganglio linfático con infiltración neoplásica que compromete y desplaza el parénquima ganglionar.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del plasmocitoma extramedular solitario (PES) requiere la integración de hallazgos clínicos, radiológicos, histopatológicos e inmunohistoquímicos, junto con

una estadificación sistémica exhaustiva destinada a excluir mieloma múltiple, dado que esta diferenciación determina el tratamiento, el pronóstico y la estrategia de seguimiento. Debido a la excepcional localización colorrectal, la evidencia disponible se limita principalmente a reportes de casos y pe-

queñas series, por lo que aún persisten interrogantes respecto del abordaje diagnóstico y terapéutico óptimo.

Desde el punto de vista clínico, los pacientes pueden presentar dolor abdominal, cambios en el hábito evacuatorio, hemorragia digestiva o anemia; no obstante, un número considerable permanece asintomático y el diagnóstico se realiza de forma incidental durante estudios efectuados por otras indicaciones, como ocurrió en el presente caso.^{3,4}

El diagnóstico definitivo requiere confirmación histopatológica con inmunohistoquímica con confirmación inmunohistoquímica de la naturaleza monoclonal de la proliferación plasmocitaria, siendo la positividad para CD138 y la restricción de cadenas livianas un hallazgo característico.⁵ Asimismo, resulta fundamental descartar compromiso sistémico mediante los criterios establecidos por el *International Myeloma Working Group*, incluyendo biopsia de médula ósea, proteinograma sérico y urinario e imágenes corporales, con el fin de excluir mieloma múltiple.⁶

En pacientes con enfermedad localizada y lesiones resecables, la resección quirúrgica completa constituye el tratamiento de elección y proporciona un excelente control local.⁷ La radioterapia se reserva para tumores irresecables, enfermedad residual o situaciones en las que la cirugía no resulta factible, mientras que el tratamiento sistémico se indica en casos de progresión o compromiso sistémico.⁷ En el presente caso, en el ateneo multidisciplinario postoperatorio se concluyó que la resección quirúrgica fue oncológicamente completa, por lo que se indicó seguimiento mediante evaluación clínica, estudios laboratorio, colonoscopia y PET-TC. Luego de tres años de seguimiento, el paciente permanece libre de recurrencia local y sin evidencia de progresión a mieloma múltiple.

El pronóstico del PES es generalmente favorable, con tasas de control local elevadas; sin embargo, existe un riesgo de progresión a mieloma múltiple que oscila entre el 30% y el 50% a largo plazo, lo que resalta la importancia del seguimiento clínico y bioquímico prolongado.^{6,8,9}

CONCLUSIÓN

El plasmocitoma extramedular colónico es una neoplasia excepcional cuyo diagnóstico requiere un enfoque multidisciplinario con adecuada caracterización histopatológica y exclusión de compromiso sistémico. En pacientes con enfermedad localizada, la resección quirúrgica completa constituye una opción terapéutica efectiva. No obstante, el riesgo

de progresión a mieloma múltiple hace imprescindible un seguimiento clínico y hematológico prolongado. La comunicación de nuevos casos contribuye a ampliar el conocimiento sobre su comportamiento clínico y mejorar el abordaje diagnóstico y terapéutico de esta entidad poco frecuente.

Contribuciones:

AVR: Conceptualización del estudio, recopilación y análisis de datos, y redacción del manuscrito. DS: Colaboración en la recopilación y el análisis de datos. FL: Supervisión, aportación metodológica y revisión crítica del contenido científico. GRG: Supervisión general del proyecto, revisión crítica del contenido y aprobación de la versión final.

Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito.

Declaración de conflictos de interés: Ninguno.

Financiamiento: Ninguno.

Declaración de disponibilidad de datos: Los datos son de acceso público.

ORCID:

Andrea V. Ruchinsky: <https://orcid.org/0009-0007-2325-4280>

Dana Santos: <https://orcid.org/0009-0008-2251-5589>

Florencia Litovska: <https://orcid.org/0009-0009-7944-7924>

Gabriela Rio Gorrini: <https://orcid.org/0009-0006-2335-5471>

REFERENCIAS

1. Galieni P, Cavo M, Pulsoni A, Avvisati G, Bigazzi C, Carotenuto M, et al. Solitary plasmacytoma of bone and extramedullary plasmacytoma: two different entities? *Ann Oncol*. 1995;6(7):687-91. doi: 10.1093/oxfordjournals.annonc.a059266.
2. Chiroque L, Delgado V. Plasmocitoma extramedular primario colorrectal. *Rev Chil Cir*. 2016;68(2):176-9. doi: 10.4067/S0718-40262016000200013.
3. Strojjan P, Soba E, Lamovec J, Munda A. Extramedullary plasmacytoma: clinical and histopathologic study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2002;53(3):692-701. doi: 10.1016/S0360-3016(02)02802-1.
4. Han YJ, Park SJ, Park MI, Moon W, Kim SE, Ku KH. Solitary extramedullary plasmacytoma in the gastrointestinal tract: report of two cases and review of literature. *Korean J Gastroenterol*. 2013;63(5):316-20. doi: 10.4166/kjg.2013.63.5.316.
5. Trillo V, Vera García P. Plasmocitoma extramedular de localización colónica. *Gastroenterol Hepatol*. 2007;30(9):551-4. doi: 10.1157/13111530.
6. Caers J, Paiva B, Zamagni E, Leleu X, Bladé J, Kristinsson SY, et al. Diagnosis, treatment, and response assessment in solitary plasmacytoma: updated recommendations from a European Expert Panel. *J Hematol Oncol*. 2018;11(1):10. doi: 10.1186/s13045-017-0549-1.
7. Soutar R, Lucraft H, Jackson G, Reece A, Bird J, Low E, et al. Guidelines on the diagnosis and management of solitary plasmacytoma of bone and solitary extramedullary plasmacytoma. *Clin Oncol (R Coll Radiol)*. 2004;16(6):405-13. doi: 10.1016/j.clon.2004.05.007.
8. Wiltshaw E. The natural history of extramedullary plasmacytoma and its relation to solitary myeloma of bone and myelomatosis. London: William Heinemann Medical Books; 1976.
9. Zhu X, Wang L, Zhu Q, Chen W, Zhao Y. Extramedullary plasmacytoma: long-term clinical outcomes in a single center in China and literature review. *Ear Nose Throat J*. 2020;99(9):NP1-NP6. doi: 10.1177/0145561319867945.