



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 199/71 - DOCTORA, "TENGO LA NARIZ TAPONÁ"

M. Ruiz Ciudad<sup>a</sup>, S. Martínez Membrilla<sup>b</sup>, M. Chacón González<sup>c</sup> y J. Martín Peñuela<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia; <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Humilladero. Área Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.

<sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Antequera. Área Sanitaria Norte de Málaga. Málaga.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 38 años sin antecedentes personales de interés y con buen estado de salud, que acude a consulta en mayo de 2015 por congestión nasal generalizada, pero más acentuada en narina derecha, pautándose antihistamínico, sospechando síntomas de rinitis alérgica por la época del año en que consulta y el ámbito rural al que pertenece. Acude nuevamente a los pocos días presentando intensa dificultad para respirar sin alivio con el tratamiento. Afebril, no rinorrea y si sensación de ocupamiento de narina derecha. Exploración nasal, se aprecia lesión polipoidea de gran tamaño congestiva y friable que ocupa casi toda narina derecha, fosa nasal izquierda con ligera desviación de tabique pero sin ocupación. Se prescribe triamcinolona acetónido vía i.m y budesonida nasal tópica citándose a los 5 días presentando mínima mejoría y con episodio de epistaxis autolimitada por lo que ante presencia de lesión y no buena evolución del cuadro se realiza interconsulta con otorrinolaringólogo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Otorrino: Gran formación polipoidea anterior pediculada, sangrante a roce, se toma biopsia. TAC senos: lesión polipoide inespecífica sólida de 2,5 × 2, 1 cm en la región anterior de la fosa nasal derecha, bien definida con pequeñas calcificaciones internas periféricas, deforma la parte anterior del septo nasal, bien delimitada. AP: sugestivo de plasmocitoma nasal. Se realiza interconsulta con Hematología y se deriva para exéresis pólipo. Analítica: hemograma y bioquímica normal, IgG: 885, IgA 337, IgM: 30,9; Cadenas ligeras kappa: 0,86, cadenas lambda: 1,07. No presencia células malignas por electroforesis. Aspirado MO: 0,2% de células plasmáticas mielomatosas junto con 0,9% de células plasmáticas de fenotipo normal, Cariotipo 46XY. FISH (hibridación fluorescente *in situ*): negativo. PEC-TAC: lesiones hipermetabólicas en celdillas etmoidales derechas y epífisis proximal y distal de tibia derecha todas ellas sugestivas de malignidad en paciente con plasmocitoma de reciente diagnóstico. Tratamiento: quimioterapia y radioterapia local. Evolución: PEC-TAC (01/2016): remisión parcial de lesiones etmoidales derechas y de lesión proximal tibial. Incremento de actividad de lesión tibial distal. No presencia de otras lesiones sugestivas de malignidad. Se plantea posibilidad de Auto-TPH si como valorar Alo-TPH (tasa de respuestas del 80% y un 25-40% de remisiones completas).

**Juicio clínico:** Plasmocitoma nasal y lesión doble proximal y distal tibial derecha.

**Diagnóstico diferencial:** Al ser neoplasias linfoides de células B debe hacerse con: mieloma

múltiple (MM), reacción plasmocitoide, leucemia de células plasmáticas con infiltración.

**Comentario final:** La nasofaringe es el asiento de tumores de variada naturaleza. El plasmocitoma solitario extramedular (PSE) variante poco frecuente de linfoma de bajo grado, el lugar de presentación más frecuente es la fosa nasal. Se debe realizar un estudio completo general para descartar la presencia de mieloma múltiple. Queremos destacar la importancia del seguimiento en Atención primaria ya que la no remisión del pólipo con corticoterapia indujo a más estudios diagnósticos con dicho juicio clínico.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19<sup>a</sup> ed, 2016.
2. Hugo Rodrigues I, et al. Plasmocitoma extramedular das fossas nasais. Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia y Cirurgia cérvico-facial. 2012;50(1).