

Plasmocitoma solitario de cabeza. Presentación de dos casos

Drs. Abraham Krivoy, Jaime Krivoy, Mauricio Krivoy

Hospital Universitario y Hospital Privado Centro Médico de Caracas

RESUMEN

Se trata de un tumor de baja frecuencia constituido de células plasmáticas que pueden aparecer a nivel de cabeza y cuello. Estos constituyen menos del 1 % de las neoplasias malignas de esta región. Deben ser diferenciados del mieloma múltiple, lo que puede ser dificultoso porque un variable porcentaje va asociado a un desarrollo más tardío de esta patología. Describimos dos casos de plasmocitoma solitario parietal. La clínica, diagnóstico y los problemas terapéuticos (radioterapia, cirugía o combinación de ambos) son discutidos y revisados en la literatura.

Palabras clave: Plasmocitoma óseo. Laringe. Extramedular: base de cráneo. Fosa nasal.

SUMMARY

Solitary plasmocytoma is a rare plasmatic cell tumor occurring in the head and neck. These constitute, less than 1 % of all head and neck malignancies. They must be differentiated from multiple myeloma because a varying percentage may be associated at a later date with the development of multiple myeloma. We describe two cases of plasmocytomas, both in parietal bone. The clinical, diagnosis and therapeutic problems (radiation, surgery or a combination of both) are discussed and reviewed in the literature.

Key words: Bone plasmocytoma. Larynx. Extramedulary: skull base. Nasal cavity.

INTRODUCCIÓN

La primera proliferación neoplásica de células plasmáticas fue descrita por Dalrymple y Bence-Jones en 1846. Ellos describieron una proliferación

neoplásica diseminada de células plasmáticas que se caracterizaba por marcada proteinuria y dolores óseos. Rustizky en 1873 acuñó el término de mieloma múltiple para esta enfermedad (1).

Las células plasmáticas se encuentran en la médula ósea, en el interior de los huesos, y juega un papel muy importante en el sistema inmune, sistema que se encarga, principalmente, de la defensa del organismo frente a las infecciones y frente a otras enfermedades.

Las neoplasias malignas originadas a partir de los inmunocitos de la serie B (linfocitos-B y plasmocitos) abarcan: a) mieloma múltiple y plasmocitoma solitario, b) macroglobulinemia de Waldenström y otras gammapatías monoclonales y c) leucemia linfóide crónica y linfomas malignos (2).

Existe la gammapatía monoclonal de significado incierto donde las células plasmáticas aumentan la producción de inmunoglobulinas, pero no producen síntomas ni suelen estar tan aumentadas. Alrededor del 20 % de estos pacientes desarrollan un mieloma, por lo que precisan revisiones periódicas. Aparecen más frecuentemente en personas mayores y en enfermedades hepáticas. En el caso de plasmocitoma solitario, la malignización de las células plasmáticas produce un solo tumor localizado, algunas veces situado fuera de la médula ósea. Su tratamiento consiste en radioterapia o cirugía y su pronóstico es muy bueno. Algunos pueden desarrollar un mieloma por lo que precisan revisiones periódicas. Los plasmocitomas solitarios pueden aparecer en cualquier lugar donde existan formaciones del sistema reticuloendotelial.

Abarcan entre un 5 %-10 % de las neoplasias de células plasmáticas. Además del solitario, existe el

plasmocitoma extramedular. Los solitarios afectan sobre todo a los huesos largos y esqueleto axial, siendo rara su localización a nivel de cabeza y cuello; cuando ocurre esta localización las áreas premolar y molar de la mandíbula son las más frecuentemente afectadas. Aproximadamente el 50 % de los pacientes son menores de 50 años. Los exámenes de laboratorio pueden ser normales o mostrar alteraciones de la electroforesis, que incluso pueden aparecer después de la resección del tumor. Generalmente los pacientes desarrollan un mieloma múltiple en un término de 3 a 5 años. La mandíbula, hueso ilíaco, vértebras, costillas, fémur proximal y escápula son los sitios más frecuentemente afectados. En las imágenes se presenta como una lesión solitaria, osteolítica, expansiva, con compromiso de la cortical y frecuentemente asociada a masa de partes blandas.

Los extramedulares se localizan en áreas submucosas y entre un 80 %-90 % acontecen a nivel de cabeza y cuello, específicamente a nivel del tracto aerodigestivo superior, afectando con mayor frecuencia a fosas, senos paranasales y rinofaringe. La localización laríngea es excepcional, y la epiglotis es la estructura más frecuentemente afectada (3,4).

El mieloma múltiple es un tipo de cáncer en el que la célula que se maligniza es la célula plasmática con crecimiento y formación de un tumor, que dada su localización, suele encontrarse en la médula ósea. Al proliferar estas células de manera anormal, pueden impedir el desarrollo del resto de las células sanguíneas que se forman en la médula ósea. Las células plasmáticas malignas no protegen frente a las infecciones, pues los anticuerpos que producen son defectuosos, son todos iguales (monoclonales) y para que fueran efectivos frente a las infecciones, deberían ser diferentes y en cantidad suficiente.

Las tres variedades de los tumores de células plasmáticas son indistinguibles histológicamente: solitario, extramedular y mieloma múltiple. Se diferencian en base a una combinación de pruebas histológicas específicas y estudio de afectación sistémica. Un buen diagnóstico es indispensable, pues el tratamiento y la supervivencia son diferentes.

El mieloma múltiple es una enfermedad fatal con una supervivencia media de 2 a 3 años.

En los plasmocitomas solitarios el indicador pronóstico es la progresión a mieloma múltiple, que se produce en el 50 % de los pacientes diagnosticados de plasmocitomas solitarios entre los 3 y 5 años del diagnóstico.

Por esta razón estos pacientes, a pesar de haber tenido una buena respuesta al tratamiento con radioterapia y/o cirugía, deben llevar un seguimiento estrecho por tiempo prolongado pues se conocen recidivas después de 28 años de tratados.

Hay científicos que consideran que mieloma múltiple, plasmocitoma solitario y plasmocitoma extramedular representan distintas manifestaciones de una misma enfermedad continua y distinguir una de otra tiene implicaciones significativas para el tratamiento y la evolución o supervivencia (1-5).

CASOS CLÍNICOS

Se presentan dos casos de plasmocitomas solitarios parietales que por su baja frecuencia lo comunicamos a la literatura médica.

CASO I

JMR, masculino de 56 años consultó a neurocirugía del Hospital Universitario en febrero de 1960 por tumoración parieto-occipital central de 9 cm de diámetro y cerca de 6 cm de alto, duro, renitente con desarrollo de gran circulación del cuero cabelludo llegando a la tumoración. La evolución es de 7 meses con crecimiento acelerado reciente. La radiología simple mostró horadación del hueso parieto-occipital en todo su diámetro (Figura 1).

Fue intervenido en forma radical y se dejó el defecto óseo para ser reparado dos meses después de obtener biopsia cuyo resultado presentó células de núcleos excéntricos, con cromatina radiada, a veces con dobles núcleos y abundante protoplasma. Los exámenes de Bence Jones, electroforesis de plasma sanguíneo y estudio de médula ósea no mostraron alteración alguna para el momento de la evaluación. Biopsia: plasmocitoma solitario parieto-occipital. Se envió a radioterapia.

El paciente no regresó a control.

CASO II

J J J, masculino de 46 años de edad, consultó el 5-04-06 por doble trauma craneano, sin inconciencia, con crecimiento ulterior de tumoración en la región parietal derecha desde hace tres meses con franca progresividad.

Antecedentes: sin importancia.

Examen mental y lenguaje: para el momento de la evaluación sin alteraciones.

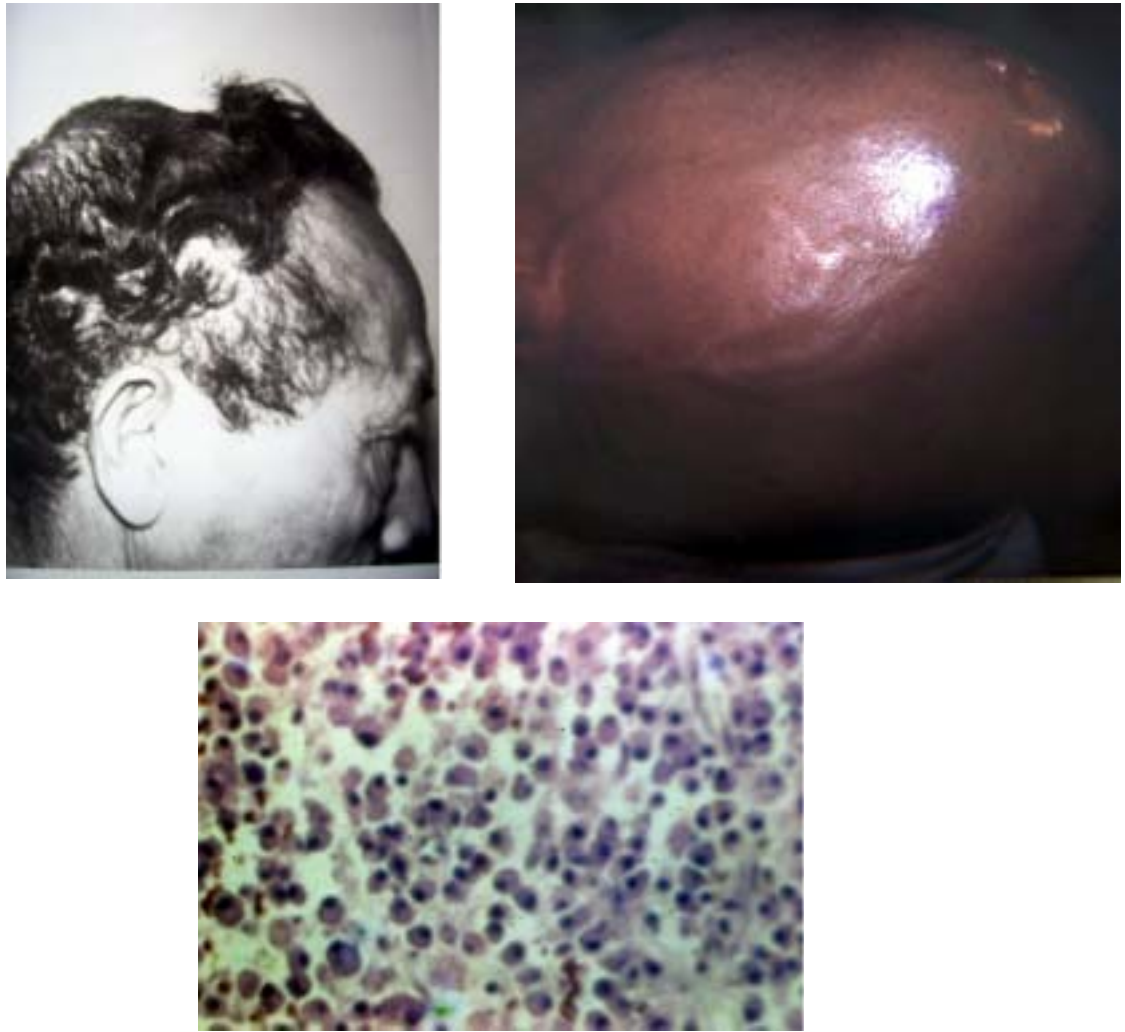


Figura 1. Caso I con tumoración central parieto-occipital en perfil y en decúbito ventral pre-operatoria, donde se observa desarrollo marcado de circulación nutricional del cuero cabelludo. La biopsia con hematoxilina y eosina muestra núcleos excéntricos, a veces dobles, con cromatina radiada y gran protoplasma.

El examen físico mostró signos vitales sin alteraciones.

La evaluación neurológica mostró tumoración de 7 cm de diámetro y 5 cm de alto, renitente, no pulsátil, recubierta de piel sana en la región parietal derecha. No se escuchan soplos.

Se le indicó tomografía computada cerebral, proteínas de Bence Jones en orinas de 24 horas, electroforesis de proteínas en suero sanguíneo, gammagrama óseo y estudio de médula ósea (Figura 2).

El 3-05-06 fue intervenido con extirpación radical de la lesión hasta la duramadre y extirpación de todo el hueso visiblemente invadida hasta sentir hueso normal. En el mismo acto se colocó craneoplastia con acrílico (Figura 3).

Diagnóstico: Plasmocitoma solitario con lesión osteolítica parietal derecha y componente supradural de la lesión.

La evolución inmediata es satisfactoria y se decidió radioterapia.

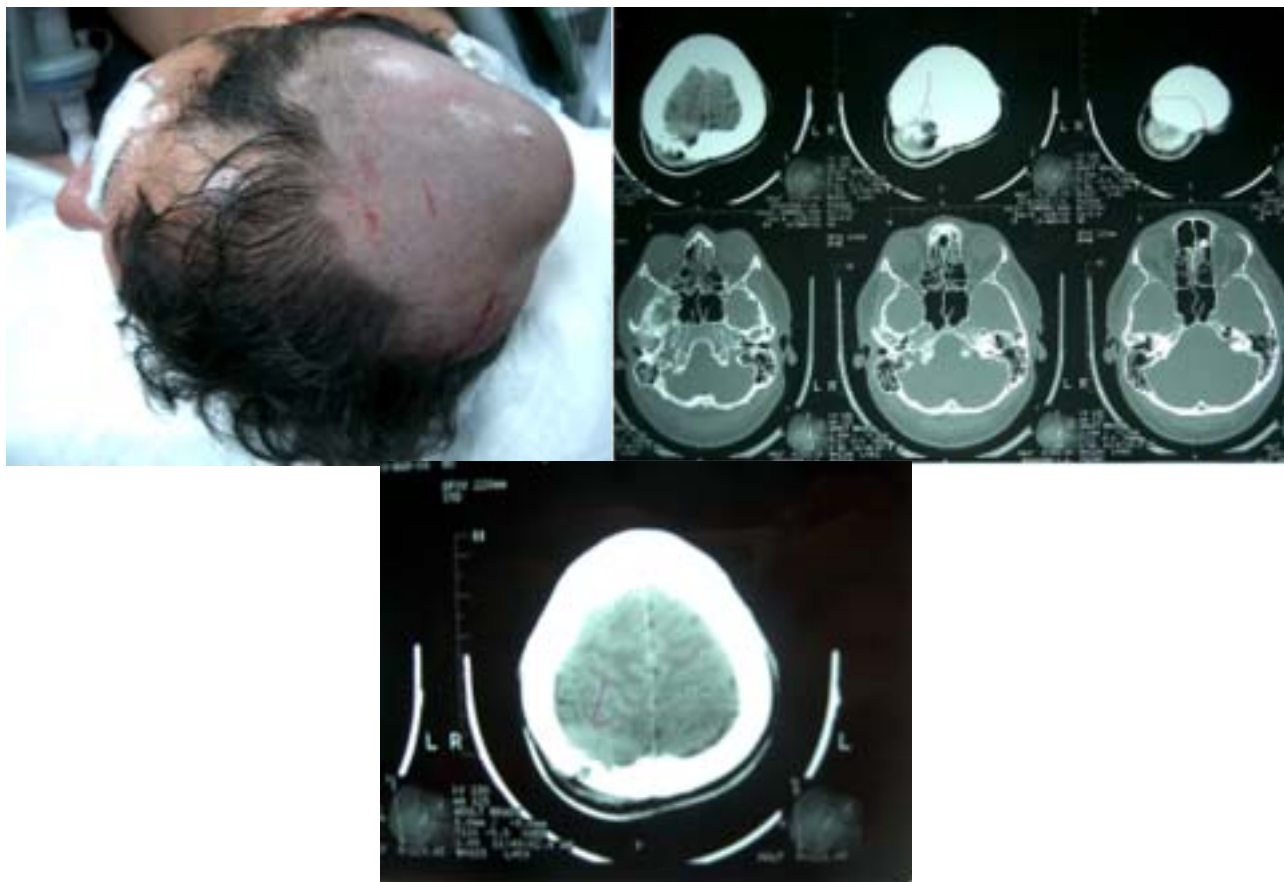


Figura 2. Caso II: Tumoración sólida parietal derecha con una tomografía que muestra la horadación ósea y su penetración limitada al espacio epidural (flecha).

DISCUSIÓN

Los plasmocitomas solitarios representan menos del 1 % de los tumores de cabeza y cuello (1). Afectan al sexo masculino preferentemente en una proporción de 4 a 1 entre los 50 y 60 años de edad, aun cuando los nuestros se encuentran en décadas menores. La incidencia es de 3 por 100 000 personas por año. No se le conoce factor predisponente.

En cuanto a las localizaciones extramedulares la revisión realizada por la *Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) otolaryngologic tumor registry* de los lugares de presentación inicial más frecuente durante un período de 40 años, reveló que el 75 % asientan a nivel de nasosinusal/nasofaringe, el 12 % en la orofaringe y el 8 % en la laringe. Otros lugares menos frecuentes son: lengua, glándulas salivares

menores, tiroides, glándula parótida, etc. La localización laríngea es infrecuente, de 192 casos de cabeza y cuello recogidos por Castro, sólo ocho se sitúan en laringe.

Otros casos están descritos en columna vertebral, huesos largos, costillas, esternón y clavículas (3,6).

El síntoma más frecuente en los de localización craneana y cervical es la tumoración de crecimiento progresivo y dolor local.

El diagnóstico del plasmocitoma solitario es histológico. Son neoplasias de células plasmáticas secretoras de inmunoglobulinas, generalmente Ig A, Ig G o de una de las cadenas ligeras (kappa o lambda) (7,8); normalmente están bien delimitadas,

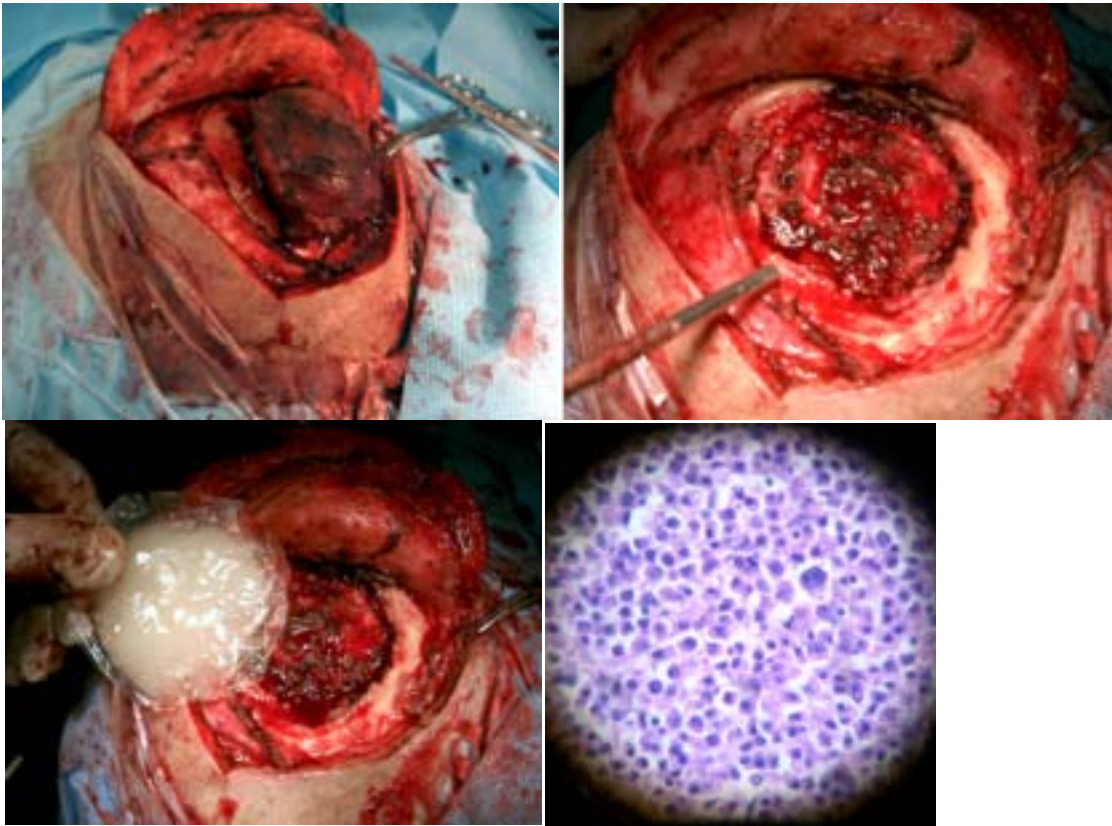


Figura 3. Caso II: Técnica quirúrgica de la extirpación radical desde el hueso sano hasta su límite en la duramadre. Se realizó, en el mismo acto, una cranioplastia con acrílico. Biopsia típica del plasmocitoma con célula binucleada abajo a la derecha.

aunque entre un 10 %-20 % de todos los plasmocitomas son multicéntricos (1,6).

El diagnóstico histológico es establecido por la presencia de agregados de células plasmáticas con frecuentes atipias como la presencia de nucleolos irregulares, inversión en la proporción núcleo/citoplasma, mitosis e infiltración de tejido adyacentes, células binucleadas. La naturaleza monoclonal de las células plasmáticas se confirma por inmunocitoquímica (inmunoperoxidasa), tiñendo para cadenas de inmunoglobulinas kappa y lambda. Es frecuente encontrar hallazgos inflamatorios, incluyendo granulomas y depósitos amiloides (9). Se especula que estos tumores se pueden desarrollar a partir de focos de inflamación crónica. Roger y

col. reportaron un caso de plasmocitoma que asentaba sobre un foco de osteomielitis crónica. En nuestro caso II el paciente sufrió, previa a la aparición del tumor, dos traumas cefálicos en el mismo sitio del tumor.

El patólogo debe realizar diagnóstico diferencial con el granuloma de células plasmáticas, en base a la ausencia de cuerpos de Russell y a la presencia de núcleos atípicos que no muestran escala madurativa de inmunoblasto a célula plasmática observada en lesiones reactivas. Otros diagnósticos diferenciales a tener en cuenta, sobre todo en el área nasal, son la macroglobulinemia de Waldenström, sarcoma-granulocítico, melanoma maligno amelanótico, esteseoneuroblastoma y adenoma hipofisario (3).

Otros diagnósticos diferenciales deben hacerse con cáncer anaplásico, linfomas, reticulosarcomas, o procesos específicos como sarcoidosis. El examen anatomopatológico nos permite llegar al diagnóstico de tumor de células plasmáticas, pero no existen hallazgos patognomónicos que permitan diferenciar entre plasmocitoma solitario y mieloma múltiple (10,11).

El siguiente paso es descartar que la lesión no forme parte de un proceso sistémico. Se realizará hemograma; bioquímica con niveles de calcio, la no existencia de anemia refuerza el diagnóstico pues aparece en el 85 % de los mielomas múltiples (12); biopsia de médula ósea, considerándose normal hasta un 10 % de plasmocitos y siempre sin alteraciones morfológicas, un porcentaje mayor es sospechoso de infiltración maligna; estudio del esqueleto óseo mediante series radiológica y gammagráfica para descartar otros focos de lesión. Debe realizarse electroforesis e inmunoelectroforesis de suero, orina de 24 horas y búsqueda de proteína de Bence-Jones en orina; puede estar presente un pequeño nivel monoclonal (>3 mg/dL) pero desaparece después del tratamiento; una persistencia de gammapatía monoclonal es sospechosa de enfermedad subclínica o diseminación. Estas alteraciones séricas aparecen aproximadamente entre un 15 %-20 % (13-15).

El diagnóstico de mieloma múltiple está basado en tres hallazgos clínicos: a) evidencia histológica de plasmocitoma o plasmocitosis en médula ósea; b) evidencia clínica de enfermedad como dolores óseos, anemia, o fallo renal, c) gammapatía monoclonal en suero u orina o lesiones osteolíticas. La gammapatía monoclonal más común es la Ig G o A. Las cadenas ligeras excretadas renalmente son llamadas de Bence-Jones. El diagnóstico de plasmocitoma solitario es realizado por estos tres hallazgos negativos (1,4).

Estos tumores son altamente radiosensibles, y se ha comprobado que los resultados son similares en pacientes tratados con radioterapia o cirugía (16,17).

Se describen 20 % de recidivas locales en pacientes tratados con cirugía y un 21,5 % para radioterapia. Ambas modalidades de tratamiento producen un excelente control local y regional. En las lesiones sub-mucosas de la vía aereodigestiva alta, a veces no se puede realizar una exéresis completa por su proximidad a estructuras vitales. La cirugía puede llevar deformidades estéticas, disfunción fonatoria, o problemas de deglución. Tumores que son bien delimitados y pueden ser

manejados fácilmente con poca morbilidad deben ser tratados primariamente con cirugía. Lesiones que requieren una extensa resección quirúrgica para obtener márgenes negativos deben tratarse con radioterapia. La dosis de irradiación no está bien definida por el pequeño número de pacientes y la falta de estudios prospectivos. El mayor número de recidivas ocurre en tratamientos por debajo de 35 Gy en el plasmocitoma solitario. Por lo que se recomienda dosis altas entre 50 y 60 Gy por la existencia de invasión local (10,13).

La radioterapia es el tratamiento de elección para el plasmocitoma solitario y submucoso. Se recomienda dar una dosis de 45 Gy en 20 fracciones durante 4 semanas (5,16).

Se recomienda la inclusión de las cadenas linfáticas cervicales, pues se han descrito recidivas ganglionares en torno al 25 % de los que no las incluyeron (2,5,17).

El tratamiento coadyuvante con quimioterapia (melfalan y prednisona) en prevención de la progresión a mieloma múltiple es controvertido (5,17). La QT y el trasplante de médula ósea son la primera línea de actuación en el mieloma múltiple (13).

Se han buscado factores pronósticos de la transformación en mieloma múltiple, sin llegar a resultados concluyentes. Se ha postulado que niveles de proteína de Bence-Jones en orina superiores a 1 mg/cm³ son indicadores significativos. La presencia de núcleos inmaduros junto con nucleolos prominentes guarda una relación estadísticamente significativa con transformación mielomatosa. Otros factores que pueden influir, pero sin ser concluyentes, son localizaciones múltiples, presencia de adenopatías, existencia de destrucción ósea, sobre todo, en individuos jóvenes y las recidivas locales aumentan el riesgo de diseminación (2,5).

La supervivencia a 5 años libre de enfermedad oscila entre el 50 % y 90 % en la mayoría de los autores. La transformación mielomatosa ocurre entre un 15 % y 35 % en plasmocitomas extramedulares y más del 50 % en plasmocitomas óseos solitarios (1,3,5,6,18).

La revisión de la literatura nacional respecto al específico campo de plasmocitomas solitarios craneanos sólo nos dió una cita (19). Saúl Krivoy y col. menciona un único caso de la hoz del cerebro en Venezuela, comunicado en Gaceta Médica de Caracas (20).

Anexamos por lo práctico los dos cuadros etiológicos de las tumoraciones visibles en cabeza y cuello tanto en adultos como niños según la experiencia personal del autor: (Cuadros 1 y 2).

Cuadro 1
Tumoraciones visibles de cabeza y nuca. Ordenamiento alfabético por diagnóstico

Diagnóstico	Número de casos
1. Abscesos	8
2. Adenoma de glándula sebácea	1
3. Aneurismas arteriovenosos	2
4. Bilharzioma (Mansoni)	3
5. Cefalohematomas: fluctuantes	3
calcificados	1
6. Cisticercosis calcificada	
7. Cilindromas o carcinoma de glándula sudoríparas	2
8. Cuerpos extraños	2
9. Displasias fibrosas	13
10. Encefaloceles: nasales	2
naso-orbitarios	2
frontales	3
parietales	13
occipitales	3
nuca	
11. Epiteliomas: espino-celulares	
12. Fibromas baso-celulares	2
13. Fibroxantomas	
14. Ganglios linfáticos	1
15. Hemangioendoteliomas	2
16. Hemangiomas	2
17. Hemangiomas cavernosos	3
18. Hidromas hematomas subepicráneos y subcutáneos	3
19. Linfosarcomas	1
20. Lipomas	3
21. Melanomas	
22. Meningiomas	4
23. Metástasis: neuroblastoma	2
carcinoma	1
seminoma	1
24. Miasis	
25. Micosis	
26. Mieloma múltiple	4
27. Mucocelos frontales	1
28. Neurofibromatosis de Von Recklinghausen	4
29. Nevos	
30. Osteomas	3
31. Paquidermias regionales	
32. Pseudomeningocelos postraumáticos	4
33. Queratomas	
34. Quistes dermoides y epidermoides	
35. Reticuloendoteliosis: Hand Schuller Christian	3
Granuloma eosinofílico	4
36. Reticulosarcoma	
37. Síndrome de Sturge- Weber	3
38. Teratomas	

Cuadro 2
Tumoraciones visibles en niños

-
1. Adenitis
 2. Abscesos
 3. Aneurismas arterio venosos
 4. Cefalo-hematomas calcificados o no
 5. Cuerpos extraños
 6. Cisticercosis calcificadas del cuero cabelludo
 7. Displasias fibrosas
 8. Encefalocelos medianos y paramedianos:
 - nasales
 - orbitarios
 - frontales
 - parietales
 - occipitales
 - nucleales
 9. Fibroxantrosarcoma
 10. Hemangioendotelioma
 11. Hemangiomas
 12. Hemangiomas cavernosos
 13. Hidromas y hematomas subepicráneos y subcutáneos
 14. Meningiomas
 15. Miasis (*Dermatobia hominis*)
 16. Neuroblastomas metastásicos
 17. Neurofibromas de Racklinghausen
 18. Pseudomeningoceles postraumáticos y posquirúrgicos
 19. Quistes dermoides y epidermoides
 20. Reticuloendoteliosis:
 - variedad lipoides:
 - a. Nieman Pick
 - b. Gaucher
 - c. Xantomas
 - variedades no lipoides:
 - a. Granuloma eosinofílico
 - b. Letter Siwe
 - c. Hans-Schuller Christian
 21. Reticulosarcoma
 22. Seminoma metastásico
 23. Síndrome de Sturge-Weber
 24. Teratomas
-

CONCLUSIONES

Se han descrito casos de diseminación 28 años después del tumor primario.

1. Los plasmocitomas son tumores de baja frecuencia en cabeza y cuello. En esta localización la mayoría son extramedulares y son localizados a nivel sinu-nasal.
2. Los extramedulares tienen una localización primariamente submucosa y son localizados (bien delimitados), aunque poseen una agresividad local.

3. El diagnóstico de mieloma múltiple debe excluirse.
4. Deben ser resecaadas quirúrgicamente todas las lesiones bien delimitadas, mientras que las lesiones más extensas deben tratarse con radioterapia.

Las neoplasias de células plasmáticas son histológicamente indistinguibles y representan una enfermedad continua que pasa de la forma extramedular, el solitario y termina en mieloma múltiple.

La clínica, radiología y hallazgos patológicos, son los puntales del diagnóstico. De allí deriva la actitud terapéutica específica.

La radioterapia ha sido un tratamiento eficaz con un promedio de 50 rads repartidos en dosis de 200 cGy por tanda, durante cinco semanas muestran una buena tolerancia.

La aparición del mieloma múltiple representa el camino inexorable de las formas malignas y no se han identificado predictores de progresión de la enfermedad. El tratamiento adyuvante con quimioterapia como profilaxis del mieloma múltiple debe aún ser sometido a evaluación con estudios prospectivos.

Respecto al plasmocitoma solitario, se diagnostica en lesiones líticas únicas. Biopsia muestra infiltración de plasmocitos clonales. Se tiñen con el marcador CD138, son positivos para cadenas ligeras kappa y negativas en lambda.

La médula ósea debe estudiarse lejano al punto de la lesión, sin presencia de enfermedad.

La radiología ósea total y resonancia magnética espinal no deben mostrar alteración alguna.

Debe existir ausencia de alteraciones de la calcemia, del contaje rojo y de la función renal.

Igualmente el componente monoclonal debe ser inexistente o de poca importancia en suero y orinas, y ausencia de hipogammaglobulinemia.

REFERENCIAS

1. Was MK, Yun KJ, Omar RA. Extramedullary plasmacytomas of the head and neck. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1993;109(5):877-885.
2. Giménez F, Cortés V, López A, Pérez F, Lozano I, Carbonell R, et al. Plasmocitoma solitario nasal. *Anales ORL. Iber-Amer XXII* 1995;4:419-426.
3. Tirado I, De Oña J, Amat E. Plasmocitoma extramedular

- solitario de laringe. A propósito de un caso. *Acta Otorrinolaring Esp.* 1995;46(1):63-69.
4. Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna.* Madrid, España: Ed. Doyma; 1992;II(14).
 5. Jyothirmayi R, Gangadharan VP, Nair MK, Rajan B. Radiotherapy in the treatment of solitary plasmacytoma. *Br J Radiol.* 1997;70:511-516.
 6. Rolins H, Levin M, Goldberg S, Mody K, Forte FJ. Solitary extramedullary plasmacytoma of the epiglottis: A case report and review of the literature. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1995;112:754-757.
 7. Goodman MA. Plasma cell tumors. *Clin Orthop.* 1986;204:86-92.
 8. Kyle RA. Monoclonal gammopathy of undetermined significance and solitary plasmacytoma. *Hematology/Oncology Clin Nort Am.* 1997;11(1):71-86.
 9. Michaels L, Hyams V. Amyloid in localised deposits and plasmacytomas of the respiratory tract. *J Pathol.* 1979;128:29-38.
 10. Ferrer C, Ferrer E, Fernández A, Pinazo J, Ramos V, Sancho R. Plasmocitoma óseo solitario de mandíbula. *Anales ORL. Iber-AmerXXII* 1995:609-618.
 11. Tamamori T, Nakayama F, Sugimoto H, Fenxiang J, Iwatsuki K, Takigawa M. Extramedullary plasmacytoma: Cytological and genotypic studies. *Br J Dermatol.* 1993;129:468-472.
 12. Corwin J, Lindberg R. Solitary plasmacytoma of bone vs extramedullary plasmacytoma and their relationship to multiple myeloma. *Cancer.* 1979;43:1007-1013.
 13. Nofsinger YC, Mirza N, Rowan PT, Lanza D, Weinstein G. Head and neck manifestations of plasma cell neoplasms. *Laryngoscope.* 1997;107:741-746.
 14. Millesi W, Enislidis G, Lindner A, Schobel G, Ewers R, Dracht J, et al. Solitary plasmacytoma of the mandible - a combined approach for treatment and reconstruction. *Int Oral Maxillofac Surg.* 1997;26:295-298.
 15. Pisano JJ, Coupland R, Chen SY, Miller AS. Plasmacytoma of the oral cavity and jaws: A clinicopathologic study of 13 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1997;83:265-271.
 16. Mendenhall CM, Thar TL, Millior RR. Solitary plasmacytoma of bone and soft tissue. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1980;6:1497-1501.
 17. Mayr NA, Wen BC, Hussey DH, Burns CP, Staples JJ, Doornbos JF, et al. The role of radiation therapy in the treatment of solitary plasmacytomas. *Radiother Oncol.* 1990;17:293-303.
 18. Holland J, Trenkner DA, Wasserman TH, Fineberg B. Plasmacytoma-treatment results and conversion to myeloma. *Cancer.* 1992;69:1513-1517.
 19. Krivoy A. Tumoraciones visibles de la cabeza y de la nuca. Clasificación Etiológica. *Acta Oncol Venez.* 1972;V(1-2):91-108.
 20. Krivoy S, González JE, Céspedes G, Walter I. Plasmocitoma solitario de la hoz del cerebro. *Gac Méd Caracas.* 1975;83(10-12):929-941.

...Viene de la pág. 80 *Gac 116(1)08.*

Los intelectuales: Grandes enemigos de los libros

Dr. Fernando Baéz

El Corán, en árabe, en la edición de Paganini, de 1537, fue destruido por una instrucción directa de uno de los Papas más cultos de su tiempo.

El caso excéntrico del veneciano André Navagero no deja de ser interesante. Como se sabe, era un adorador de la obra del poeta romano Catulo y no pasaba un día sin leerla, sin traducirla y discutir línea por línea sus ambigüedades. Creía, como les sucede a muchos con Homero, con Shakespeare o Neruda, que toda la literatura residía en Catulo. Lo increíble es que llegó al extremo de encender todos

los años en su honor una hoguera, donde quemaba, impaciente, libros con los Epigramas de Marcial; culminaba con una lectura en voz alta de los textos de su autor venerado.

El padre de la imprenta, Gutenberg, según algunas fuentes, destruyó ejemplares en su afán de perfeccionar la belleza de los textos. Para dar una idea del valor que tiene esta obra, conviene señalar que una sola hoja vale actualmente setenta mil dólares.

Continúa en pág. 160...