

Regresión tumoral espontánea en un paciente con Mieloma múltiple. Comunicación de un caso adicional

S. García-Rayó (1), A. Gúrpide (1), F. Vega (2), A. Brugarolas (1)

(1) Departamento de Oncología, (2) Departamento de Anatomía Patológica
Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

RESUMEN. Se presenta un nuevo caso de regresión tumoral espontánea (RTE) en un paciente con el diagnóstico establecido de mieloma múltiple que alcanza remisión histológica tras infección de la herida quirúrgica por *Staphylococcus Aureus*.

Este caso cumple los criterios de RTE exigidos por la definición de Everson y Cole, al remitir el tumor sin tratamiento o con terapia inadecuada para ejercer acción significativa sobre la enfermedad tumoral. Los mecanismos de acción de la RTE permanecen oscuros. Este es el quinto caso comunicado en nuestro centro.

SUMMARY. A new case of spontaneous tumor regression (STR) occurring in a patient with multiple myeloma associated to an *Staphylococcus Aureus* infection. This case report fulfills the criteria of STR defined by Everson and Cole. The mechanisms of the STR remain unknown.

This is the fifth case identified in our center.

(Rev Med Univ Navarra 1996; 40: 41-42).

Palabras clave

Regresión tumoral espontánea. Mieloma múltiple.

Key words

Spontaneous tumor regression. Multiple myeloma.

Correspondencia

Susana García Rayó
Clínica Universitaria
Avda. Pío XII, 36
31008 PAMPLONA

La desaparición parcial o completa de un tumor maligno en ausencia de cualquier tratamiento o en presencia de terapia considerada inadecuada para la enfermedad actual, se define como regresión tumoral espontánea (RTE).

La RTE ha sido descrita en numerosos tumores: neuroblastoma, hipernefroma, melanoma y coriocarcinoma (1). Con anterioridad se han descrito tres casos de RTE en nuestro Centro: un paciente con carcinoma epidermoide de pulmón, otro con linfoma no Hodgkin y un tercero con cáncer gástrico metastásico, todos ellos asociados a focos infecciosos y con cultivo microbiológico de *Staphylococcus Aureus*.

Presentamos un nuevo caso de RTE, asociado a la aparición de un absceso.

Varón de 68 años, que acude a nuestro Centro el día 20.7.92, con cuadro clínico de dolor dorsal intenso, irradiado a ambos hemitórax de cuarenta días de evolución. Realizados estudios de extensión (TAC toraco-abdominal y gammagrafía ósea), se comprobaron lesiones óseas líticas a nivel de columna vertebral D10 a L2, clavículas, escápulas, costillas y calota. Practicada biopsia en cuerpo vertebral D11 se llegó al diagnóstico anatomopatológico de mieloma.

Se practicó biopsia de cresta ilíaca y medulograma esternal, con resultado de normalidad. El proteinograma presentaba ligero aumento de globulinas alfa 1 y alfa 2 y disminución de gammaglobulinas. En sangre, se detectaron cifras de B2-microglobulina de 360 mg/l y en orina de 62 mg/l, junto a un aumento de VSG (56/91).

Un mes más tarde, el paciente presentó cuadro de compresión medular (D10-D11), practicándose artrodesis posterior para estabilización de columna vertebral.

En el postoperatorio desarrolló síndrome febril con toma de hemocultivos y resultado microbiológico positivo para *Staphylococcus Aureus*.

Comprobada resolución del cuadro infeccioso, con el diagnóstico de mieloma múltiple no secretor, inició

tratamiento de poliquimioterapia el día 31 de agosto de 1992 según esquema VCMP/VBAP (Vincristina, Ciclofosfamida, Melfalan + Prednisona/Vincristina, Carmustina, Adriamicina + Prednisona), administrándose diez ciclos de tratamiento que finalizaron en noviembre de 1993 por presentar infección de la herida quirúrgica.

Durante este periodo, presentó fístula cutánea a nivel de cicatriz de intervención quirúrgica, con exudación de secreción purulenta, con períodos de exacerbación, caracterizada por fiebre y dolor, seguidos de apertura espontánea y salida abundante de pus.

En junio de 1994, en nuestro Centro, se practicó limpieza quirúrgica de la fístula, con presencia de *Staphylococcus Aureus* en cultivo del exudado.

Se practicó nueva biopsia del cuerpo vertebral afectado en la biopsia previa (D11) con resultado anatómopatológico de médula ósea hipoplásica con áreas de fibrosis y ausencia de mieloma.

En los estudios de extensión de la enfermedad se detectó remisión de la enfermedad y desaparición de los focos osteolíticos múltiples que presentaba al tiempo del diagnóstico.

Los mecanismos que pueden explicar la asociación de RTE e infección son varios. En primer lugar, la fiebre, por la sensibilidad de la célula tumoral al calor. Asimismo, la estimulación inespecífica de la citotoxicidad antitumoral (por la proteína A del *Staphylococcus Aureus*), la producción de caequetina y linfotoxina

(mecanismo no bien definido) y la actividad antitumoral directa de los gérmenes o sus productos.

El germen aislado en el caso clínico que reflejamos ha sido el *Staphylococcus Aureus*, común a los casos previamente citados (2). La importancia de este caso radica en que cumple los criterios de RTE, su asociación a un foco infeccioso y la confirmación anatómopatológica de remisión de la enfermedad.

Las células plasmáticas neoplásicas en el mieloma no son eliminadas por la quimioterapia (3). El tratamiento de poliquimioterapia en el mieloma se sigue de respuestas objetivas (en forma de mejoría de banda monoclonal, disminución del cuadro algico, etc.) en el 50% de los casos, que persisten entre uno y dos años, al cabo de los cuales se suele producir una recaída.

Se han conseguido remisiones prolongadas mediante la asociación de interferón alfa y también con quimioterapia intensiva y autotrasplante de médula ósea como maniobras de consolidación (4 y 5).

El interés de este caso radica en ajustarse a los criterios de regresión tumoral espontánea de la definición de Everson y Cole (1) y en haber documentado histológicamente la remisión completa de la enfermedad en un hueso afectado por mieloma múltiple anteriormente.

Creemos conveniente mantener un registro de los nuevos casos de RTE e impulsar la investigación sobre el probable mecanismo antitumoral del *Staphylococcus Aureus*, germen presente en todos los casos comunicados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Everson T, Cole WH. Spontaneous regression of cancer. Filadelfia: Saunders, 1966.

2. Sureda M, Subirá ML, Martín Algarrá S, Prieto J y Sangro B. Regresión tumoral espontánea. A propósito de dos casos. *Med. Clin (Barc)* 1990; 95: 306-308.

3. Alexanian R, Dimopoulos M. The treatment of multiple myeloma. *The New*

England Journal of Medicine. Feb.17, 1994: 484-489.

4. Attal M, Hugué F, Schlaifer D, Payen C, Lassoué S, Laroche M, Rossi J-F, Fournie B, Mazieres B, Priso J and Lauren G: Maintenance treatment with recombinant alpha interferon after autologous bone marrow transplantation for aggressive myeloma in first remission after conventional induction che-

motherapy. *Bone Marrow Transplant* 1991; 8: 125-8

5. Cunningham D, Paz-Aresl, Milans, Powles R, Nicolson M, Hickish T, Selby P, Treleavan J, Viner C, Malpas I, Slevin M, Findlay M, Raymond J, Gore M.E.: High-dose melphalan and autologous bone marrow transplantation as consolidation in previously untreated myeloma. *J. Clin. Oncol.* 1994; 12: 759-63.