

Lesiones osteolíticas como forma de presentación del linfoma no Hodgkin

Sr. Director:

La causa más frecuente de lesiones óseas tumorales son las neoplasias de próstata, mama, pulmón, tiroides y riñón, además de los tumores óseos primitivos y el mieloma múltiple. En los síndromes linfoproliferativos son poco frecuentes la afectación ósea y la hipercalcemia, excepto en adultos con leucemia/linfoma de células T. Se observan cuando la enfermedad progresa en alrededor del 5 al 15% de los linfomas (1,2).

Presentamos el caso de un varón de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, extirpación de lesión fibroblástica cicatricial en la escápula izquierda y herniorrafia crural izquierda. Consulta por un cuadro de 2 meses de evolución de dolor óseo en hombros, columna lumbar y cadera izquierda, que le interfiere con el sueño y no se alivia con el reposo. En el último mes se acompaña de aumento de partes blandas en cadera izquierda, incremento del dolor, a pesar de realizar tratamiento con AINES orales, y sudoración profusa. En la exploración física sólo destaca un aumento de partes blandas en la cadera izquierda y dos adenopatías inguinales móviles, no dolorosas, y de consistencia aumentada.

En las exploraciones complementarias se objetiva: anemia microcítica (Hb:10.4 mg/dl, VCM: 71.9 fl) y VSG de 54 mm a la primera hora; lesiones líticas en el arco anterior de la 10ª costilla en la radiografía de tórax y en el borde externo del ala ilíaca izquierda, con masa de partes blandas asociada, en la radiografía abdominal. El TAC torácico y abdominopélvico mostraron hepatoesplenomegalia homogénea, extensa afectación ganglionar, lesión lítica costal derecha, fragmentación de la cortical y línea de fractura en la espina ilíaca anterosuperior izquierda, con masa de partes blandas asociada que infiltra los músculos ilíaco, glúteo menor y mediano.

La biopsia ganglionar demostró proliferación de células linfoides positivas para LCA y CD 20, diagnóstico de linfoma B difuso de células grandes, y la biopsia de médula ósea de infiltración por linfoma. La LDH fue de 551 U/L (N:140-310) y la β 2-microglobulina 3,17 (N:0,30-2,10).

En los linfomas cuando la enfermedad progresa se observan lesiones líticas en alrededor del 5 al 15% de los casos (1,2). El LNH primario de hueso representa menos del 2% de todos los linfomas en adultos y la mayoría son linfomas B difusos de células grandes (3,4). La forma de presentación más frecuente son las lesiones líticas de huesos largos, que asocian una masa de partes blandas en la mitad de los casos, y dolor óseo que no alivia con el reposo. Las fracturas patológicas afectan con mayor frecuencia a los huesos que soportan el peso (2,5,6).

Mientras el diagnóstico de linfoma primario de hueso no se establezca en función de características inmunohistoquímicas, citogenéticas o moleculares, la diferenciación entre el linfoma primario de hueso con extensión ganglionar y el linfoma ganglionar con afectación ósea se realiza de forma arbitraria. Los pocos estudios inmunohistoquímicos disponibles sólo demuestran la presencia, en el linfoma primario de hueso, de células B con un predominio de cadenas pesadas de IgG (7).

R. López Rodríguez, U. Anido Hernández, J. Campos Franco, E. González Babarro, M. R. Alende Sixto, A. González Quintela

Unidad Médica de Alta Precoz. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña

1. Seymour JF, Gagel RF. Calcitriol: the major humoral mediator of hypercalcemia in Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphomas. *Blood* 1993; 82: 1383-94.
2. Roux S, Mariette X. Hematological malignancies and the bone (myeloma excluded). *Joint Bone Spine* 2000; 67: 264-71.
3. Dubey P, Ha CS, Besa PC, et al. Localized primary malignant lymphoma of bone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997; 37: 1087-93.
4. Gianelli U, Patriarca C, Moro A, et al. Lymphomas of the bone: a pathological and clinical study of 54 cases. *Int J Surg Pathol* 2002; 10:257-66.
5. Mulligan ME, McRae GA, Murphey MD. Imaging features of primary lymphoma of bone. *AJR* 1999; 173: 1691-7.
6. Stokes SH, Walz BJ. Pathologic fracture after radiation therapy for primary non-Hodgkin's malignant lymphoma of bone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1983; 9: 1153-9.
7. Pettit CK, Zukerberg LR, Gray MH, et al. Primary lymphoma of bone: a B-cell neoplasm with high frequency of multilobated cells. *Am J Surg Pathol* 1990; 14: 329-34.