


Linfoma de partes blandas: una causa poco frecuente de lumbalgia

Sergio Llorente-Prados , Gema Flox-Benítez , Montserrat Sánchez-Pellitero , Giancarlo Candela-Ganoza 
y Victoria Achaval-Rodríguez-Valente 

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España

Recibido: 22/03/2023

Aceptado: 09/04/2023

En línea: 31/08/2023

Citar como: Llorente-Prados S, Flox-Benítez G, Sánchez-Pellitero M, Candela-Ganoza G, Achaval-Rodríguez-Valente V. Linfoma de partes blandas: una causa poco frecuente de lumbalgia. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (agosto); 8(2): 63-65. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a2>.

Cite this as: Llorente-Prados S, Flox-Benítez G, Sánchez-Pellitero M, Candela-Ganoza G, Achaval-Rodríguez-Valente V. *Soft tissue lymphoma: a rare cause of low back pain.* Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2023 (August); 8(2): 63-65. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a8n2a2>.

Autor para correspondencia: Sergio Llorente-Prados. sergio.llorente.externo@salud.madrid.org

Palabras clave

- ▷ Linfoma no Hodgkin
- ▷ Sarcoma
- ▷ Lumbociatalgia
- ▷ Insuficiencia renal aguda

Keywords

- ▷ *Non-Hodgkin lymphoma*
- ▷ *Sarcoma*
- ▷ *Lumbosciatica*
- ▷ *Acute kidney failure*

Resumen

El linfoma no Hodgkin (LNH) corresponde con el 3% de las enfermedades malignas del adulto. Habitualmente aparece como linfadenopatía solitaria o generalizada. Solamente en el 20% de los casos la presentación es extranodal, con sintomatología que depende de la localización. Exponemos el caso de una paciente que tuvo como forma atípica de presentación lumbociatalgia y ureterohidronefrosis derecha rápidamente progresiva por masa de partes blandas a nivel de L5-S1. Tras la biopsia se le diagnosticó linfoma B difuso de células grandes.

Abstract

Non-Hodgkin lymphoma represents 3% of malignant neoplasm diseases in adults. Usually it shows up as a single or widespread lymphadenopathy. Only 20% show up in an extranodal way with a symptomatology that depends on its placement. We showcase the clinical case of a patient who had lumbosciatica and rapidly progressive right hydronephrosis as an atypical presentation of the disease, due to a soft tissue mass located in L5-S1. After the biopsy she was diagnosed with diffuse large B cell lymphoma.

Puntos destacados

- ▷ El linfoma no Hodgkin difuso es una entidad de características malignas poco frecuente.
- ▷ La presentación extranodal es poco común y solo ocurre en el 20-30% de las ocasiones.
- ▷ La sintomatología asociada a la presentación extranodal depende de las estructuras u órganos afectados.

peso, edad de presentación en menores de 20 años o mayores de 50 años, sintomatología sistémica o inmunodepresión.

El diagnóstico diferencial de la lumbociatalgia es amplio una vez se tienen en cuenta etiologías menos comunes, pero no por ello menos importantes, como es la de este caso.

Caso clínico

Antecedentes

Mujer de 53 años, española, sin alergias medicamentosas conocidas. Fumadora de unos 10 cigarrillos diarios desde la juventud. Sin factores de riesgo cardiovascular. Como único antecedente refería lumbalgias de repetición que la paciente relacionaba con su trabajo como auxiliar de enfermería en un hospital. Para el estudio de dicha lumbalgia se realizó una resonancia magnética (RM) que mostraba cambios degenerativos, especialmente de L5 a S1 y protrusiones discales difusas que condicionaban moderada estenosis foraminal en L5-S1 sin otros hallazgos.

Como medicación habitual tomaba gabapentina 300 mg/8h por dichas lumbalgias.

Entre sus antecedentes familiares destacaban un tío fallecido por osteosarcoma y una tía por cáncer de páncreas.

Introducción

La lumbociatalgia es uno de los motivos de consulta más habituales en urgencias y centros de atención primaria de todo el mundo.

Habitualmente las causas de dicha clínica suelen ser comunes y benignas, con mejoría de esta mediante analgesia convencional y en los casos más graves con cirugías traumatológicas de rutina.

Sin embargo, existen algunos signos de alarma que indican la posibilidad de una enfermedad grave subyacente: traumatismo vertebral previo, historia de cáncer, duración mayor a 4-6 semanas, dolor durante la noche que impida el sueño, síndrome de cauda equina (anestesia en silla de montar, disfunción vesical y alteración sensitiva o motora), disfunción funcional, fiebre, pérdida de

Enfermedad actual

Acudió a urgencias por nuevo episodio de lumbociatalgia derecha de un mes de evolución que se iniciaba en la región glútea y se irradiaba por la cara posterior de miembro inferior derecho hasta el primer dedo. La paciente indicaba en la escala visual analógica (EVA) una puntuación de 7-8. Asociaba parestesias y alodinia en todo el recorrido del nervio. El dolor aumentaba con la sedestación y disminuía con la bipedestación.

No existían otros síntomas acompañantes: fiebre, síndrome constitucional ni presencia de adenopatías a ningún nivel.

Exploración física

La paciente se encontraba afebril, con tensión arterial de 127/77 mmHg, frecuencia cardiaca de 85 lpm y saturación basal de 98%. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos de interés, así como exploración abdominal normal y sin edema en miembros inferiores ni signos de trombosis venosa profunda. En la exploración osteomuscular del miembro inferior derecho destacaba ausencia de dolor en la palpación de la musculatura glútea, con maniobra de Lasègue y Bragard positivos. Sin inestabilidad articular a ningún nivel y con marcha antiálgica.

Pruebas complementarias

En la analítica se observó una insuficiencia renal grado I en la escala *acute kidney injury network* (AKIN) no conocida previamente con creatinina de 1,29 mg/dL (valores normales: 0,55-1,02 mg/dL), mínima elevación de transaminasas y lactato deshidrogenasa elevada en 345 U/L (valores normales: 125-220 U/L). No hubo otros hallazgos analíticos de relevancia: iones, marcadores de desnutrición, perfil férrico y lipídico, hemograma, coagulación y serologías de virus de la hepatitis B, C y VIH negativos. Espectro electroforético sin hallazgos de interés y con inmunoglobulinas G, A, M y G4 en rango de normalidad.

Se realizó RM lumbar en la que se observaron hallazgos compatibles con afectación ósea múltiple por metástasis o mieloma, con masa de partes blandas de gran tamaño (aproximadamente 65 x 54 mm) a nivel L5-S1 derecho que englobaba vasos retroperitoneales y uréter distal derecho e invadía agujeros de conjunción. Cambios degenerativos L5-S1 ya visibles previamente (**figura 1**).

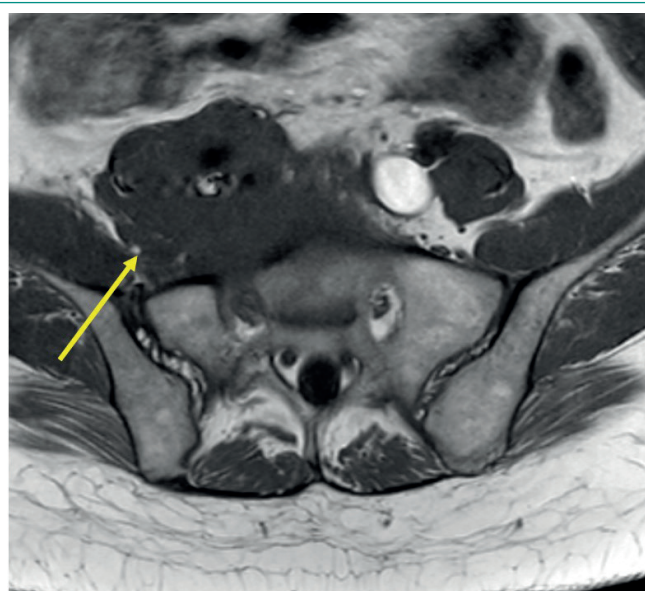


Figura 1. Resonancia magnética en corte transversal que muestra masa de partes blandas a nivel de L5-S1 entrando por agujero de conjunción.

Se realizó una tomografía axial computerizada (TAC) corporal de extensión, en la que se objetivó dicha tumoración pélvica con múltiples metástasis hepáticas en prácticamente todos los lóbulos hepáticos, siendo la mayor de 3 mm (**figura 2**) así como uropatía obstructiva derecha (ureterohidronefrosis grado III) (**figura 3**).

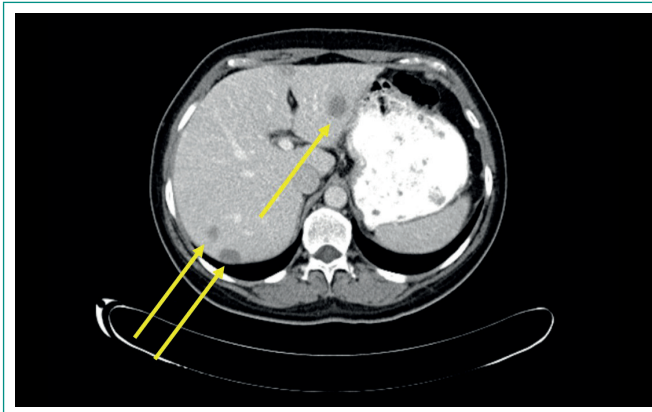


Figura 2. TAC en corte transversal que muestra múltiples metástasis a nivel hepático.

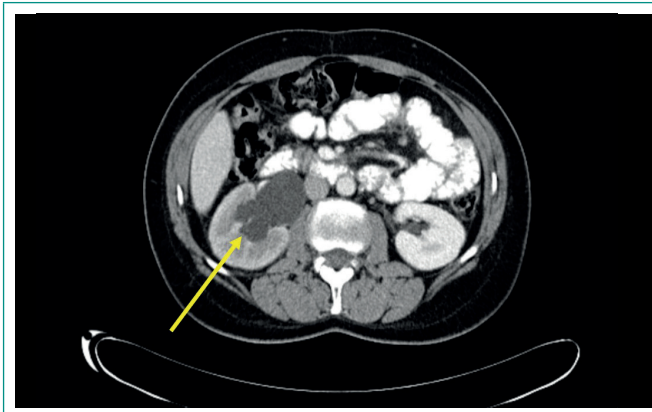


Figura 3. TAC en corte transversal que muestra ureterohidronefrosis derecha grado III.

Se decidió biopsiar una de las lesiones hepáticas mediante biopsia de aguja gruesa (BAG) ecoguiada por su mayor accesibilidad con resultado anatómico-patológico de linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes. Ki67 cercano al 90%. C-myc negativo (**figura 4**). Biopsia de médula normocelular, sin signos de infiltración.

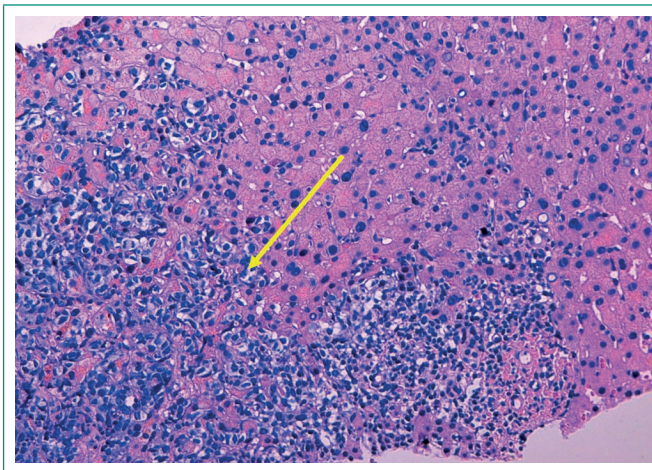


Figura 4. Imagen de anatomía patológica con tinción de hematoxilina y eosina en la que se muestra infiltración hepática por linfoma B difuso de células grandes.

Diagnóstico

Linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes estadio IV A con metástasis hepáticas múltiples.

Ureterohidronefrosis derecha grado III con insuficiencia renal aguda AKIN I de etiología obstructiva.

Evolución

Durante el ingreso para la realización de la biopsia de la lesión hepática se inició tratamiento para el control del dolor, precisando analgesia de tercer escalón.

Previo a la obtención del informe de anatomía patológica y ante la evidencia de empeoramiento de la ureterohidronefrosis objetivada en la ecografía realizada para la biopsia hepática, se decidió la colocación de catéter doble J por parte de urología con normalización progresiva posterior de la función renal.

Una vez obtenido el resultado de la biopsia fue derivada a hematología, iniciando tratamiento con esquema R-CHOP. La paciente recibió dos ciclos de quimioterapia con buena tolerancia. Tras ello muy buen control del dolor, aunque persistiendo parestesias a nivel distal del miembro afecto.

Discusión y conclusiones

El linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes es una patología maligna, con una prevalencia en Europa de 3,8/100.000 hab/año y representando el 30-58% de todas las neoplasias de estirpe linfocítica¹.

Habitualmente tienen afectación de órganos linfáticos y menos de un tercio tienen presentación únicamente extranodal al diagnóstico, aunque esto se asocia con tumores más agresivos y raramente indolentes².

Entre las localizaciones extranodales más frecuentes se encuentran: óseos, estómago, sistema nervioso central, testículos, intestino, piel y mama, siendo la localización de partes blandas muy poco común³.

En la revisión de la literatura se encuentran muy pocos casos de presentación similar al nuestro, destacando el publicado por Roug IK, *et al.* en 2012, el cual se manifestó también en forma de radiculopatía lumbar para la cual se solicitó una resonancia magnética a fin de descartar discopatía vertebral, observándose un linfoma linfocítico de células pequeñas, pero cuya ubicación se encontraba a nivel vertebral, región mucho más común⁴.

En nuestro caso, destacamos en el diagnóstico diferencial de masa de partes blandas la posibilidad de que se tratara de un sarcoma, lo cual tendría repercusiones tanto diagnósticas como pronósticas. A pesar de que el sarcoma de partes blandas es una entidad mucho más rara que el linfoma, correspondiendo a menos del 1% de los tumores diagnosticados, el 80% de estos se manifiestan en forma de masa de partes blandas, siendo tan solo un 10% los que presentan metástasis al diagnóstico y siendo estas habitualmente pulmonares⁵.

El hecho de que en este caso se tratase de un linfoma en lugar de un sarcoma supone un dato de buen pronóstico para la paciente, siendo la supervivencia total a cinco años del linfoma no Hodgkin de células grandes estadio IV A y con

un IPI de 2 del 76%⁶, mientras que en el caso del sarcoma metastásico de partes blandas la mediana de supervivencia se sitúa en 12-19 meses⁷.

Por último, recordar la importancia del manejo del dolor oncológico. En este caso fue el principal síntoma de la paciente, con gran limitación para su vida diaria, precisando analgesia de tercer escalón con buen control posterior. Una vez iniciado el tratamiento con quimioterapia fue posible desescalar la analgesia y la paciente recuperó su actividad habitual.

En conclusión, nuestro caso corresponde a una presentación clínica poco habitual de LNH de células B de forma extraganglionar. El rápido diagnóstico permitió instaurar el tratamiento adecuado con buenos resultados.

Financiación

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran carecer de conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Vitolo U, Seymour JF, Martelli M, Illerhaus G, Illidge T, Zucca E, *et al.* Extranodal diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) and primary mediastinal B-cell lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016; 27(suppl 5): v91-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/annonc/mdw175> (último acceso abr. 2023).
2. Freedman AS, Friedberg JW, Aster JC. Clinical presentation and initial evaluation of non-Hodgkin lymphoma. En Lister A (Ed). *UpToDate.* Waltham, Mass.: UpToDate 2023. Accesible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-and-initial-evaluation-of-non-hodgkin-lymphoma> (último acceso ago. 2023).
3. Bobillo S, Joffe E, Lavery JA, Sermer D, Ghione P, Noy A, *et al.* Clinical characteristics and outcomes of extranodal stage I diffuse large B-cell lymphoma in the rituximab era. 2021; 137(1): 39-48. doi: <http://dx.doi.org/10.1182/blood.2020005112> (último acceso ene. 2023).
4. Roug IK, McCartney LB. Metastatic non-Hodgkin lymphoma presenting as low back pain and radiculopathy: a case report. *J Chiropr Med.* 2012; 11(3): 202-206. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcm.2012.05.008> (último acceso ene. 2023).
5. Ryan CW, Meyer J. Clinical presentation, histopathology, diagnostic evaluation, and staging of soft tissue sarcoma. En Maki R, Pollock RE (Ed). *UpToDate.* Waltham, Mass.: UpToDate 2023. Accesible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-histopathology-diagnostic-evaluation-and-staging-of-soft-tissue-sarcoma> (último acceso ago. 2023).
6. Sehn LH, Salles G. Diffuse large B-cell lymphoma. *N Engl J Med.* 2021; 384(9): 842-858. doi: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra2027612> (último acceso abr. 2023).
7. George S. Systemic treatment of metastatic soft tissue sarcoma. En Maki R (Ed). *UpToDate.* Waltham, Mass.: UpToDate 2023. Accesible en: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-initial-treatment-of-metastatic-soft-tissue-sarcoma> (último acceso ago. 2023).