

**Departamento de Hemato-Oncología, Div. Oncohematología
Instituto de Investigaciones Hematológicas “Mariano R. Castex”
Academia Nacional de Medicina. Buenos Aires**

28 de Junio de 2018

Linfoma primario óseo: revisión.

Caso clínico 1

Paciente masculino de 33 años que en agosto de 2006 comienza con dolor y tumefacción en tercio superior de la tibia izquierda, sin otros síntomas asociados. Estudios realizados:

- TAC pierna izquierda (11/11/06): alteración de la estructura ósea en región mediafisaria proximal de tibia a expensas de esclerosis óseas de la cortical y medular. Sin lesiones líticas. Planos musculares sin lesión.
- Biopsia de lesión ósea (18/10/06): infiltración por linfoma B.

En noviembre de 2006 consulta a esta Institución. A su ingreso:

- Examen físico: placa levemente sobreelevada de 6 x 6 cm en tercio superior de cara anterior de la tibia.
- Laboratorio (5/12/06): Hto 49%, Hb 15 g/dL, leucocitos $17 \times 10^9/L$, plaquetas $308 \times 10^9/L$. Función renal y hepática normales. LDH 366 UI/L.
- Serologías virales: negativas
- Revisión de biopsia lesión ósea (5/12/2006): linfoma difuso de células grandes fenotipo B.
- Biopsia de médula ósea (5/12/2006): cambios reactivos. Sin infiltración por enfermedad de base.
- PET-TC (13/12/2006): foco metabólico en proyección de tibia proximal izquierda (SUV 8.6) y otra más pequeña y distal proyectado en área mediodiafisaria (SUV 2).

Con diagnóstico de LDCGB estadio IE_A , inicia tratamiento con R-CHOP cada 21 días. Realiza 6 ciclos logrando remisión completa certificada por RMN y PET-TC en junio del 2007. En controles periódicos hasta la actualidad.

Caso clínico 2

Paciente femenina de 73 años que en septiembre de 2009 comienza con dolor en rodilla derecha rápidamente progresivo sin respuesta a analgésicos, con impotencia funcional. Sin síntomas B. Estudios realizados:

- RMN rodilla derecha (25/9/09): lesión cóndilo femoral medial que se extiende por encima de escotadura intercondílea, de bordes bien netos. No presenta características típicas de osteonecrosis
- RMN (17/12/09): progresión de imágenes que comprometen diáfisis distal del fémur derecho tanto en cara externa como interna. Tibia con señal respetada. Aumento de líquido intraarticular.
- Biopsia de lesión ósea (08/01/10): linfoma no Hodgkin de células B periféricas. $CD 45^+$, $CD 20^+$, $CD 3^-$

Consulta a esta Institución en enero de 2010. A su ingreso:

- Examen físico: dolor a la palpación en región interna de rodilla derecha y rótula. Asimetría de MMII.
- Laboratorio (18/1/10): Hto 35%, Hb 11 g/dL, leucocitos $5 \times 10^9/L$, plaquetas $256 \times 10^9/L$. VSG 26 mm. Función renal y hepática normales. LDH 378 UI/L.
- Serologías virales: negativas.
- Revisión de biopsia lesión ósea (14/1/10): infiltración vinculable a linfoma B de bajo grado de agresividad histológica.
- Biopsia de médula ósea (14/1/10): cambios reactivos. Sin infiltración por enfermedad de base.
- TAC cuello, tórax, abdomen y pelvis (15/1/10): sin hallazgos patológicos.

Con diagnóstico de linfoma no Hodgkin de bajo grado, estadio IE_A , inicia en febrero del 2010 tratamiento quimioterápico con esquema R-CVP. Realiza 6 ciclos, alcanzando la remisión completa certificada por RMN. En controles periódicos hasta la actualidad.

Motivo de presentación: Linfoma primario óseo: revisión.

Médico residente: Dra. Selva Fernandez Maldonado.

Médico responsable: Dr. Miguel González.