



CASO CLÍNICO

«Dolor lumbar en paciente anciano»

MARIO MALLÉN DÍAZ DE TERÁN, CLAUDIA MARTÍNEZ HUGUET, BEATRIZ GALVE VALLE,
LAURA MARTÍNEZ GONZÁLEZ, EVA CALVO BEGUERÍA, MIGUEL EGIDO MURCIANO,
TERESA OMISTE SANVICENTE. SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HSJ. HUESCA

- ▶ Mujer, 83 años.
 - ▶ No alergias conocidas.
 - ▶ Antecedentes personales: hipertensión e histerectomía por mioma.
 - ▶ En tratamiento habitual con Valsartán 160 mg, ácido acetil salicílico 100 mg, omeprazol 20 mg y lormetazepam.
-
- ▶ Vista por el servicio de Traumatología:
 - ▶ Dolor lumbar con irradiación a miembros inferiores.
 - ▶ Se solicita RNM de columna lumbar.



Masa paravertebral que infiltra cuerpo vertebral de L2 con extensión paraespinal izquierda desde L1 hasta L3



SE REMITE A CONSULTAS DE MEDICINA INTERNA PARA ESTUDIO...



RNM LUMBAR



Pruebas complementarias

Bioquímica

Glucosa 121 mg/dl, urea 35 mg/dl, creatinina 0,35 mg/dl, FG 60 ml/min, PT 5,5 g/dl, albumina 2,9 g/dl, sodio 140 mmol/L, potasio 4 mmol/L, calcio 8,3 mg/dl, ALT 38 UI/L, AST 45 UI/L, ALP 64 UI/L, GGT 65 UI/L, LDH 187 UUI/L.

Hemograma

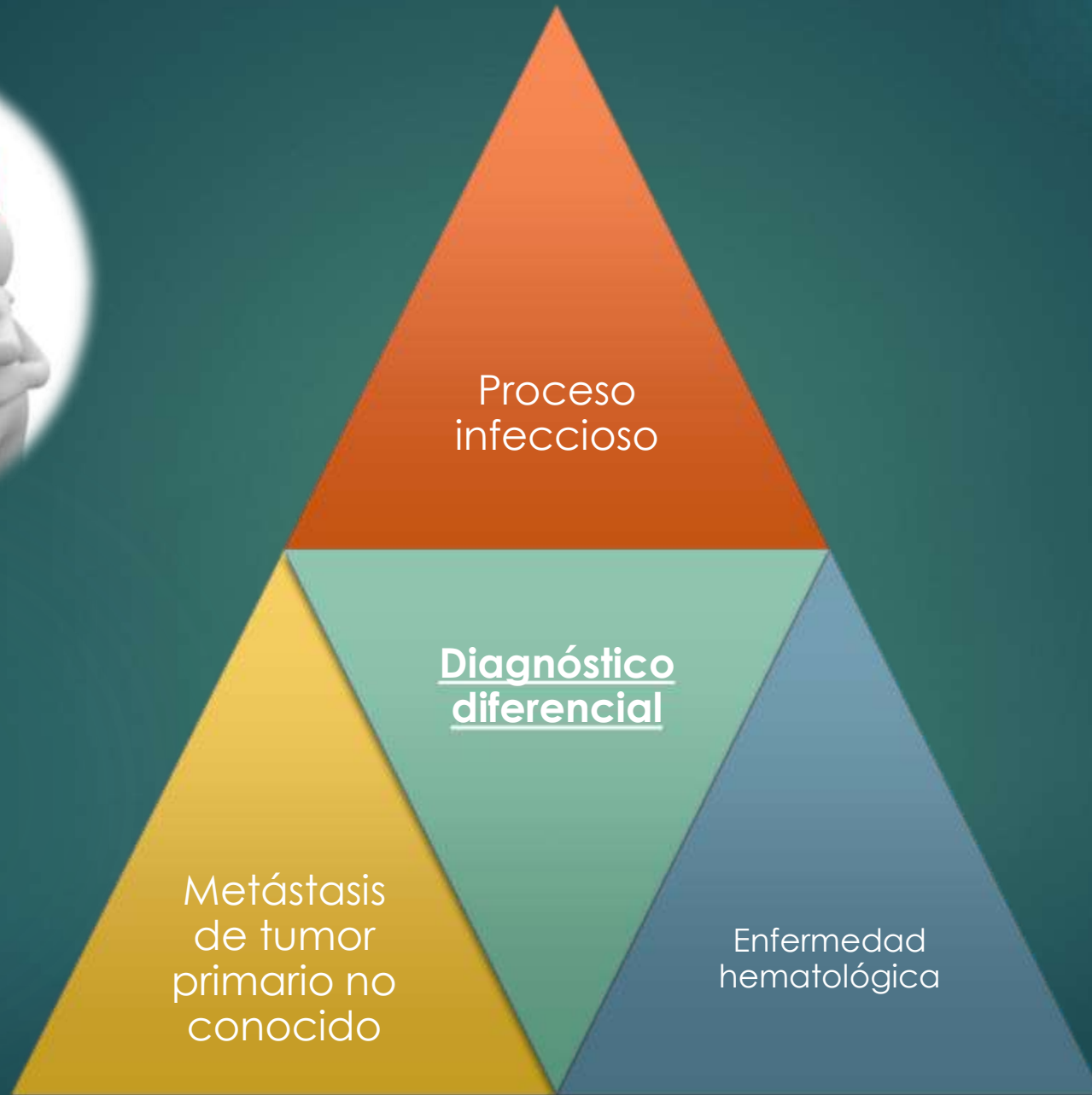
Hb 119 g/l, hto 35%, VCM 86 fL, reticulocitos 1,4%, plaquetas 80000/mm³, leucocitos 2600/mm³, neutrófilos 1200/mm³, linfocitos 1000/mm³.

Hormonas tiroideas

FT4 1,3 ng/dl
TSH 2,63 mcU/ml

Marcadores tumorales

Ca 15.3: 34,3 UI/ml (0,5-53)
Ca 19.9: 45,9 UI/ml (0-33)
CEA: 1,24 ng/ml (0,1-10)



Inmunoglobulinas

IgG: 625 mg/dl (750-1560)

IgA: 322 mg/dl (82-453)

IgM: 65,4 mg/dl (46-304)

Proteinograma

Albúmina 54, 02% (52,74-67,42)

A1globulina 8,54% (3,62-8,02)

A2globulina 14,11 % (6,37-11,47)

Bglobulina 11,77% (7,36-16,31)

γglobulina 11,56% (8,69-18)

Inmunofijación en suero

No se observan bandas monoclonales.

Orina de 24 horas

Cadenas ligeras kappa/lambda: negativas.

VSG 21 mm/1^ªh

Serologías

CMV IgM, VEB IgM, VHB, VHC,
Ac VIH 1 y 2, Ag P-24 : negativos.

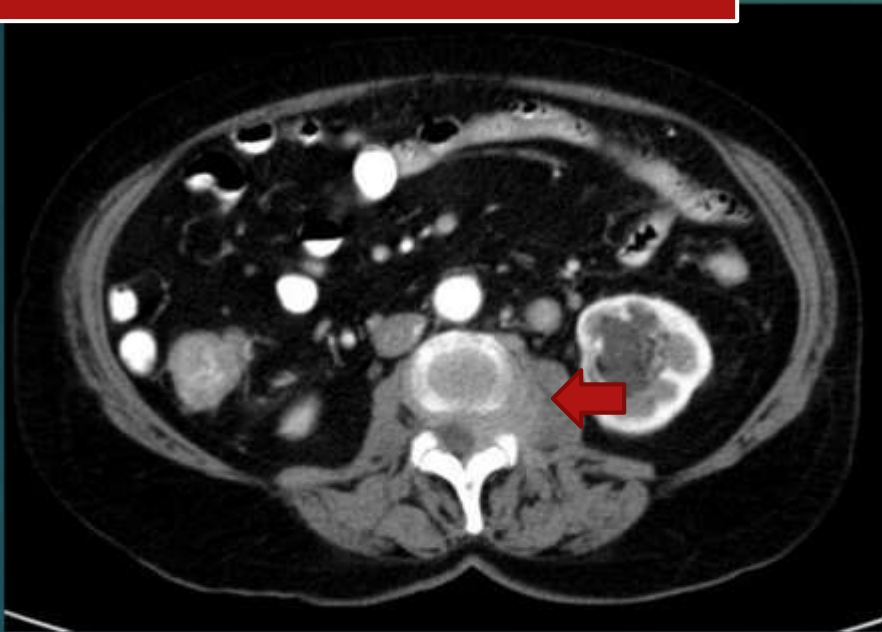
Aspirado de médula ósea

No se observa infiltración linfomatosa.

Marcadores

B2-microglobulina: 4,98 mg/L (0,7-3,4).

TAC abdominal



Infiltración vertebral L2
Masa de partes blandas paraespinal izquierda de L2 a L3.
Adenopatías retroperitoneales paraórticas.
Esplenomegalia de 13,5 cm cráneo-caudal.

PAAF



Componente inflamatorio agudo/crónico inespecífico sin observarse la presencia de células atípicas.

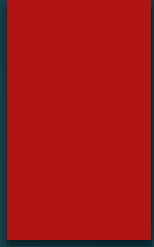
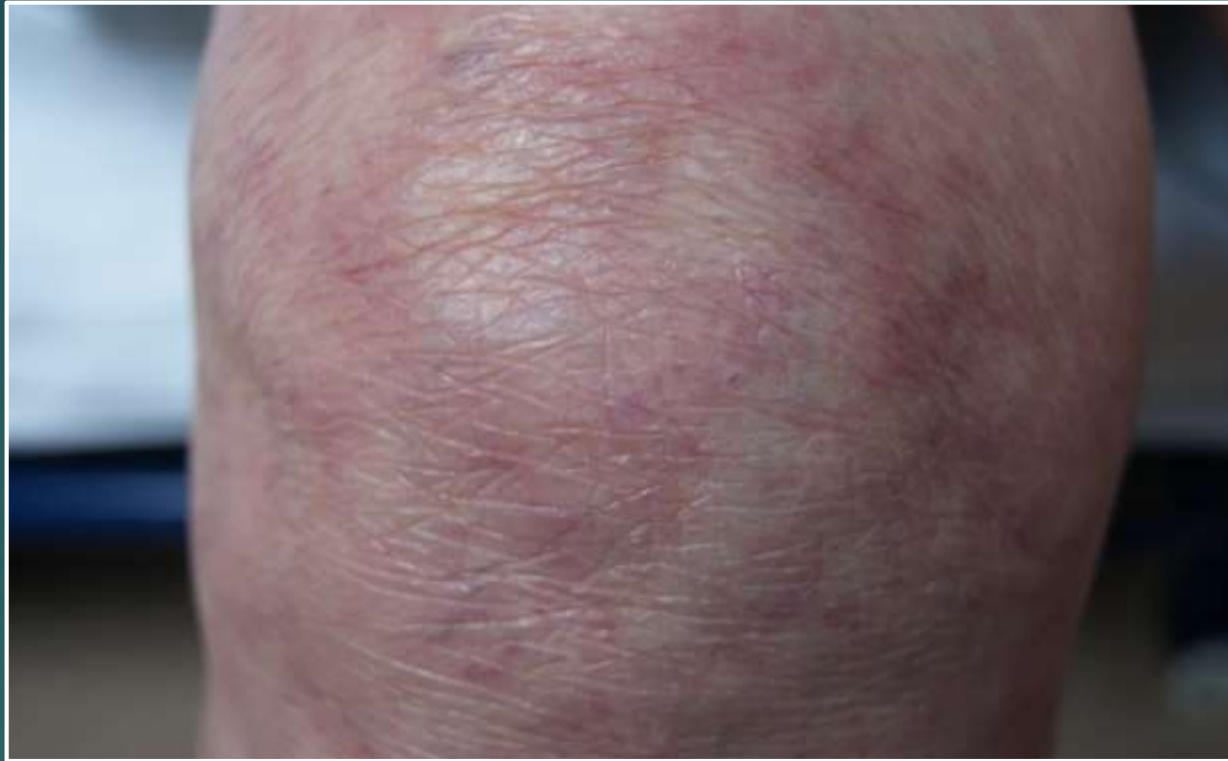
Cultivo negativo

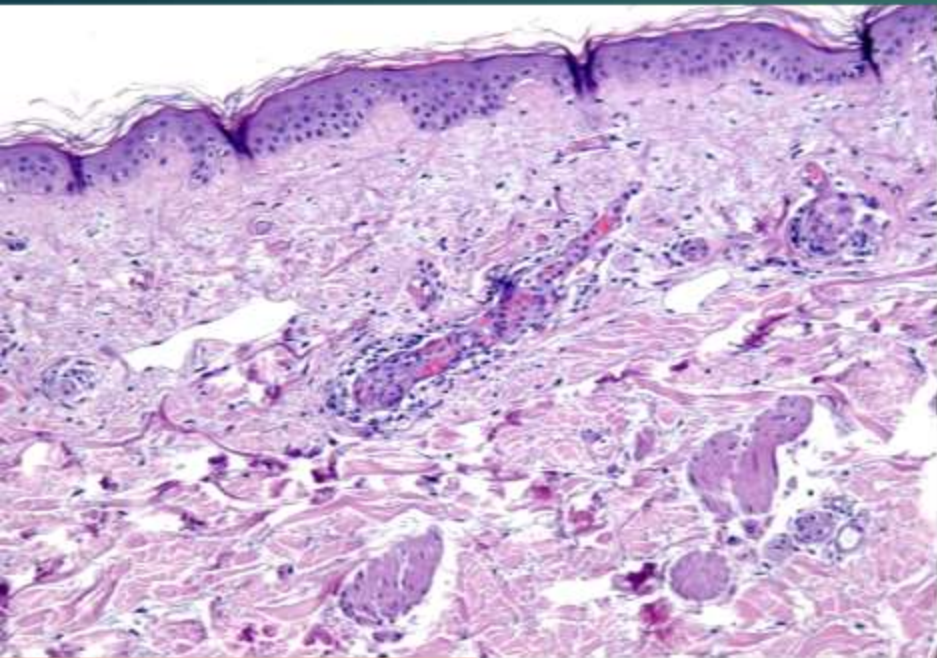
4 meses después...



Máculas
eritematosas
no pruriginosas,
no dolorosas



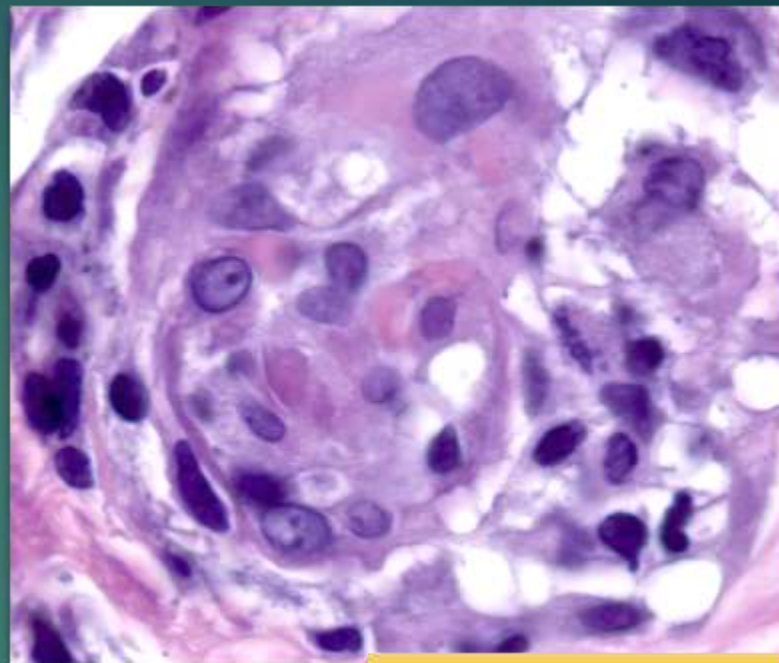




Presencia de células pequeñas que rodean los vasos de la dermis reticular superficial y producen obstrucción de la luz.

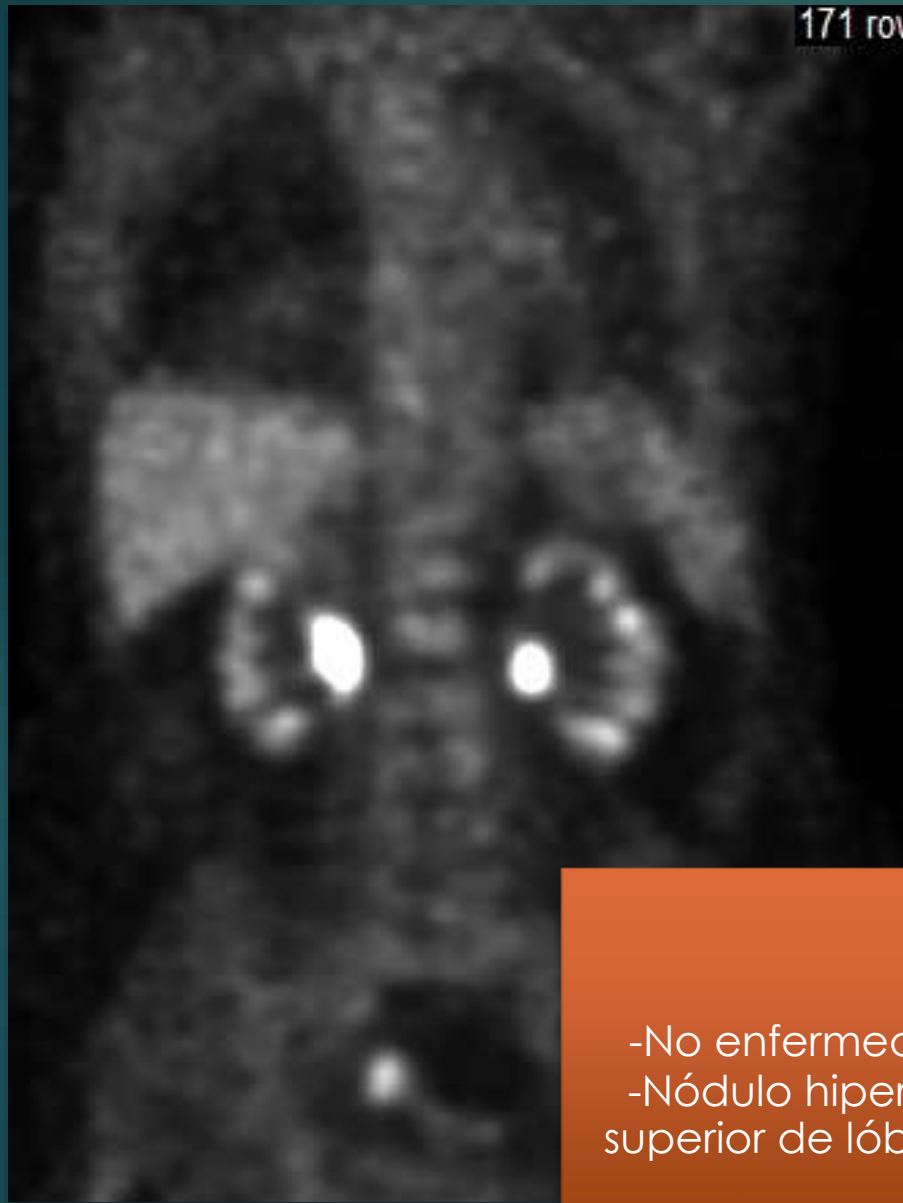
A
N
A
T
O
M
Í
A

P
A
T
O
L
O
G
I
C
A



IHQ: expresividad importante con Ki-67 y con marcadores de tipo T (CD3 y UCLH1)





PET-TC:

- No enfermedad activa vertebral
- Nódulo hipermetabólico en polo superior de lóbulo tiroideo derecho.

LNH DE CÉLULAS T PERIFÉRICO ESTADIO IV



Epidemiología Linfoma de células T periférico

- Suponen entre el 10%-15% de los LNH.
- Edad > 60 años.
- Más frecuente en hombres.

Formas clínicas Linfoma T periférico «no especificado»

- Es la más frecuente.
- Suele haber afectación extraganglionar

Clínica Estadío avanzado

- Mal estado general/Síntomas B
- Hª previa de fiebre de origen no filiado o alteraciones hematológicas (pancitopenia)

Tratamiento

- R-CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona y rituximab).
- TPH auto/alogénico y ensayos clínicos: pacientes jóvenes.
- La respuesta es globalmente mala (<50% alcanzan la remisión completa).

Pronóstico *Muy desfavorable*

- Progresión rápida.
- Supervivencia menor a 3 años.
- Depende de la edad, LDH y territorios extraganglionares afectados.

GRACIAS



