



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

199/96 - 'LUMBALGIA QUE NO ES LO QUE PARECE'. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

I. Corrales Álvarez^a, J. Cañizares Romero^a, C. García García^b, M. Rojas Martínez^c y A. Cordero Moreno^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerta Blanca. Málaga. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Tiro de Pichón. Málaga. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Carranque. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52 años de edad. Exfumadora desde hace 8 años de 10 paquetes/años. Sin antecedentes personales de interés. La paciente acudió a nuestra consulta de Atención Primaria hace 6 meses por dolor lumbar izquierdo con irradiación hacia miembro inferior izquierdo que se trató con AINEs con buena respuesta clínica. Hace un mes la paciente vuelve a consultar y refiere que tras el primer episodio ha presentado la misma clínica en diversas ocasiones tratándose de forma domiciliaria. Se realizó RMN de columna en centro externo donde se observaban cambios degenerativos con pérdida de señal en disco L5-S1 por deshidratación parcial y protrusión a nivel de L4-L5 con artrosis de pequeñas articulaciones interapofisarias. Refiere que desde hace un mes y medio el dolor se ha hecho incapacitante, no respondiendo a la analgesia habitual y que además ha tenido fiebre de hasta 38 °C de forma intermitente, aunque ella se encuentra bien y no presenta otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: En el primer episodio de dolor lumbar presentaba muy buen estado general. Consciente. TA 120/90. Auscultación cardiorrespiratoria: murmullo vesicular conservado, tonos rítmicos sin soplos. Abdomen anodino. Dolor a la palpación en región lumbar izquierda. Lassegue negativo. No déficit sensitivo ni motor. MMII sin edemas ni signos de TVP. En la segunda consulta el dolor en zona lumbar y zona posterior de pala ilíaca izquierda se había intensificado apareciendo también molestias en fosa ilíaca izquierda. Sensación de empastamiento en zona glútea. No adenopatías, ni bocio. Axilas libres. Decidimos derivar a Urgencias para valoración donde indican ingreso en Medicina Interna para estudio de "Fiebre prolongada a filiar" y "Lumbociatalgia de larga evolución". Analítica sanguínea normal. Proteinograma sin pico monoclonal. Hemocultivo, serologías y marcadores tumorales negativos. TAC abdominopélvico con contraste: Lesión osteolítica con erosión cortical a nivel de porción posterior de hueso ilíaco izquierdo adyacente a articulación sacroilíaca ipsilateral con componente de masa de partes blandas. Resto normal. BAG lesión (anatomía patológica): proliferación difusa de células con núcleos grandes, pleomórficos, con nucléolo visible y positividad para CD20, bcl-6 y Mum-1.

Juicio clínico: Linfoma no Hodgkin de células grandes B difusas.

Diagnóstico diferencial: Causa infecciosa. Mieloma múltiple. Enfermedad metastásica. Cordoma.

Comentario final: El linfoma no-Hodgkin óseo primario es una entidad clinicopatológica infrecuente que representa menos del 5% del total de linfoma no-Hodgkin de localización extranodal y menos del 2% de

todos los LNH en adultos. Aproximadamente el 3% de las neoplasias óseas primarias son LNHOP. Los síntomas son dolor óseo, masa palpable por afectación de tejidos blandos, tumefacción, fracturas patológicas y síndrome de compresión medular. La histología más prevalente es el linfoma B difuso de célula grande.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hu Y, Chen SL, Huang ZX, Gao W, An N. Genet Mol Res. 2015;14:6247-50.
2. Cañete AN, Bloem HL, Kroon HM. Radiologia. 2016;pii: S0033-8338(16)00013-8.
3. Anyfanti P, Gouridou E, Tsinaridis A, Bekiaropoulos D, Argyropoulos E, Sousos N, Petrou I, Papathanasiou M, Morichovitou A, Damianidis G, Bakatselos S. Scott Med J. 2015;60:e9-13.