

LINFOMA NO HODGKIN PRIMARIO DE VERTEBRA T10 TRATADO CON CIRUGÍA DE BULKING



Lara Fernández Gutiérrez, Víctor Miguel Martínez, Daniel Escobar Sánchez, Mikel Ayerra Sanz, Laura López Serna, David García Marinas (H. U. Basurto)

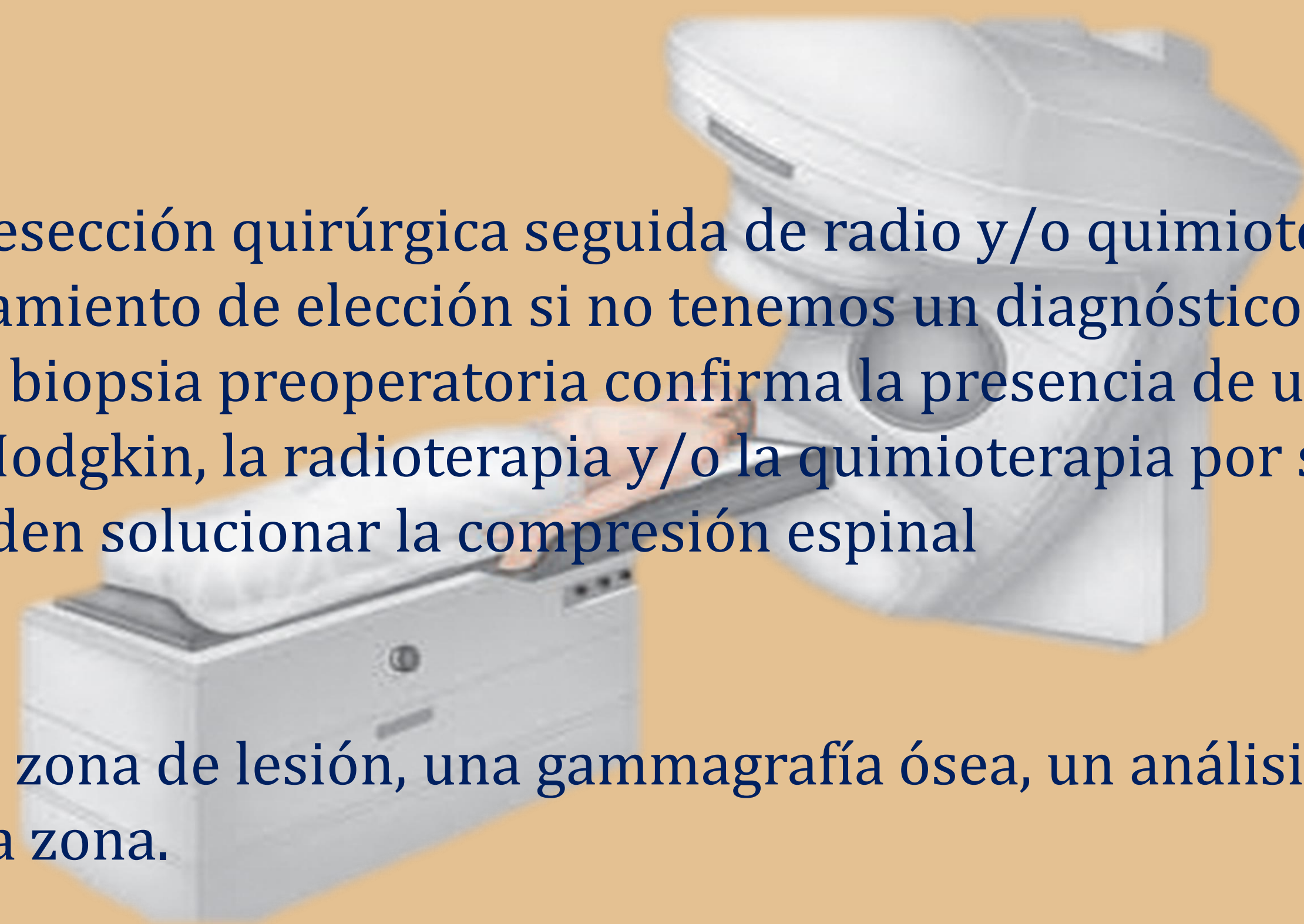
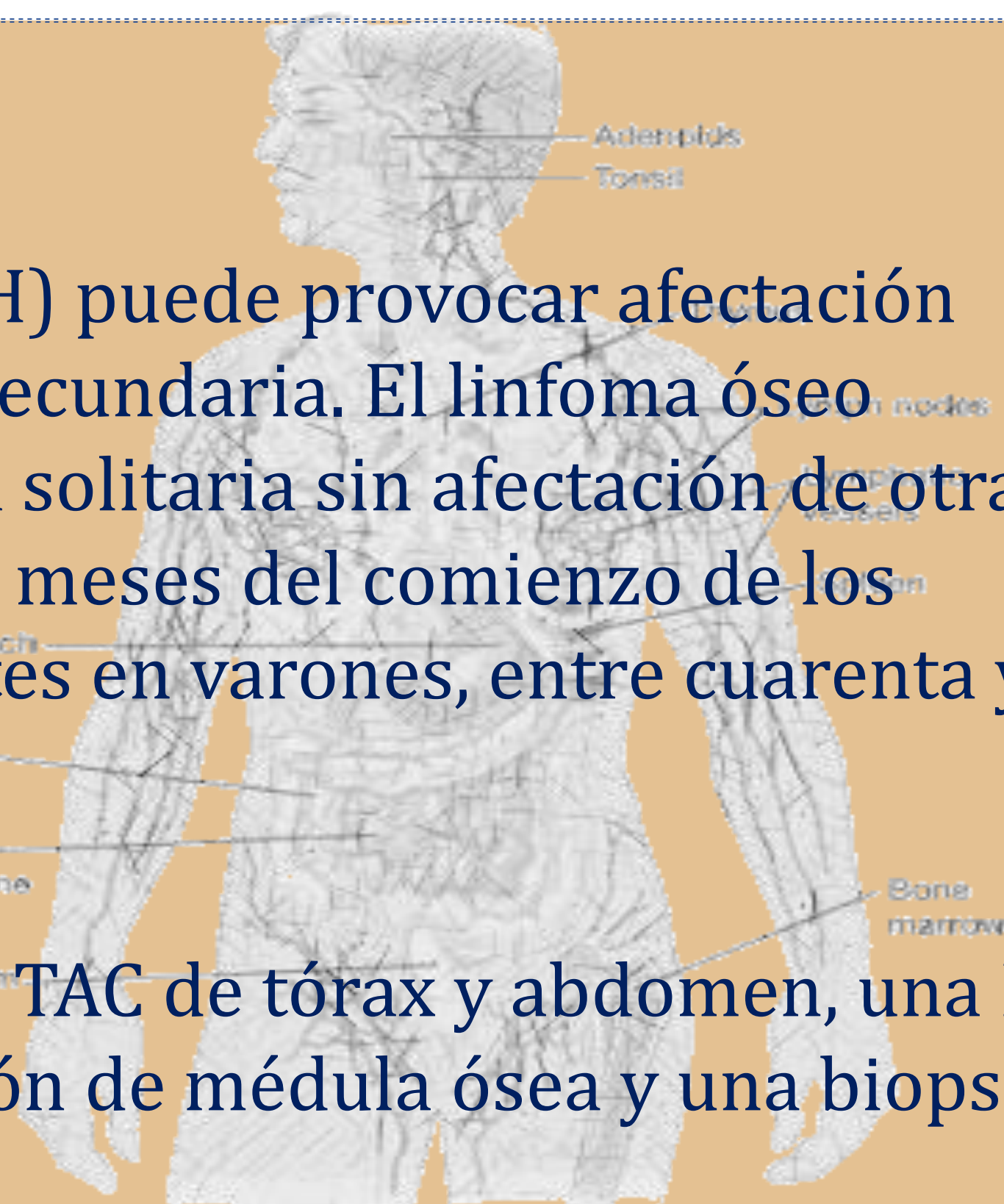


INTRODUCCIÓN

El linfoma no Hodgkin (LNH) puede provocar afectación ósea tanto primaria como secundaria. El linfoma óseo primario es una lesión ósea solitaria sin afectación de otras zonas (óseas o no) tras seis meses del comienzo de los síntomas. Son más frecuentes en varones, entre cuarenta y setenta años.

El estudio debe incluir un TAC de tórax y abdomen, una RMN de la zona de lesión, una gammagrafía ósea, un análisis de sangre y orina, una punción de médula ósea y una biopsia de dicha zona.

La resección quirúrgica seguida de radio y/o quimioterapia es el tratamiento de elección si no tenemos un diagnóstico de certeza. Si la biopsia preoperatoria confirma la presencia de un linfoma no Hodgkin, la radioterapia y/o la quimioterapia por sí solas pueden solucionar la compresión espinal



MATERIAL Y MÉTODOS

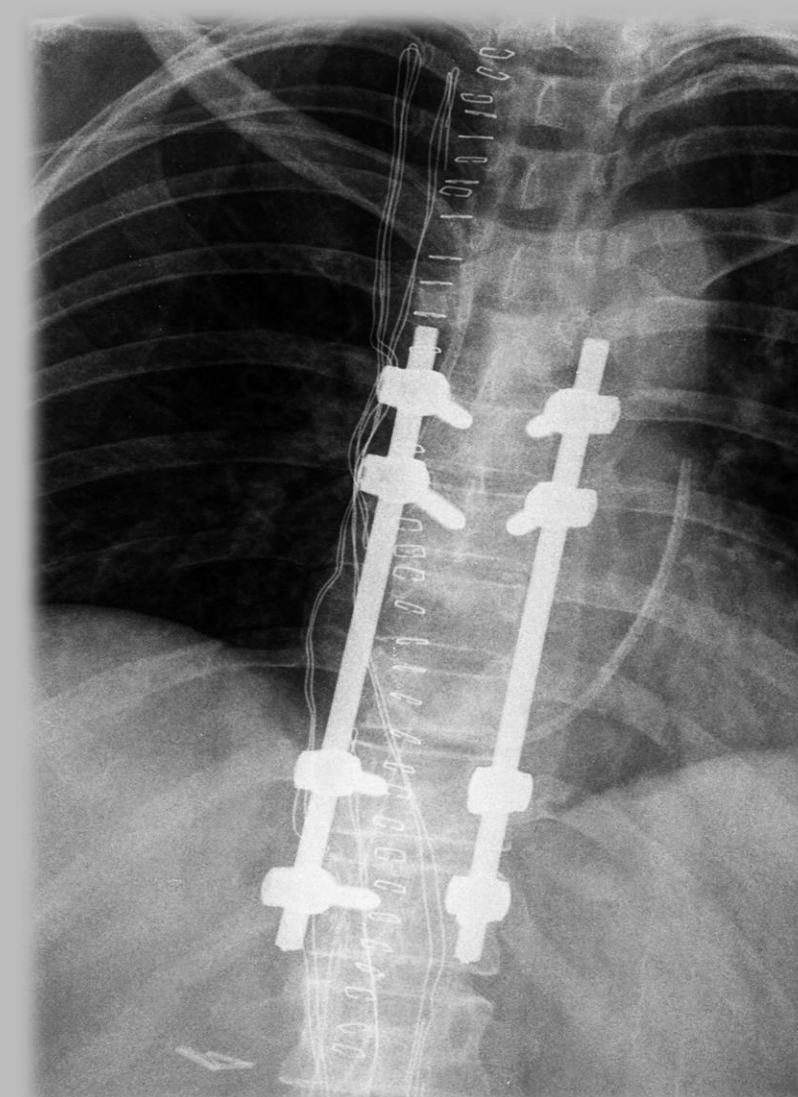
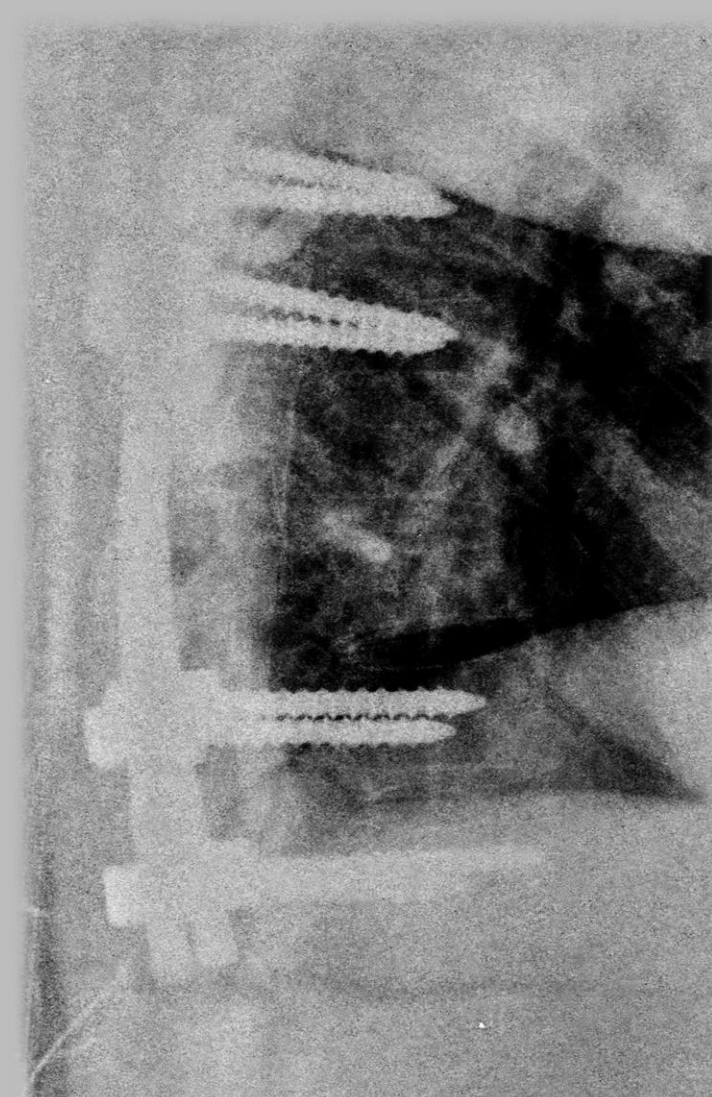
Mujer 48 años, dolor lumbar mecánico incapacitante de un mes de evolución.

RNM se observa lesión lítica que se biopsia y es sugestiva de Hemangioma. Se sospecha acúñamiento vertebral en contexto de enfermedad de Crohn (toma de corticoides).

Empeoramiento pese a tratamiento conservador (corsé) por lo que se solicita nueva RNM donde presenta rápido crecimiento así que es de nuevo biopsiada, en la actualidad condiciona compresión medular con riesgo de paraplejia.



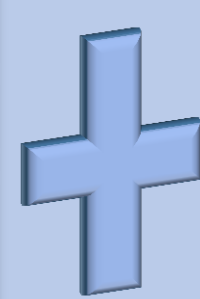
Se descarta radioterapia al no haber un diagnóstico de neoplasia en ese momento por lo que es intervenida de manera urgente para descompresión T10 mediante laminectomía T9 T10 y T11 con facetectomía, pediclectomía y costotransversectomía T10 derecha, se realizó una cirugía debulking debido a gran infiltración muscular, no se hizo corporectomía por la gran morbimortalidad de la paciente.



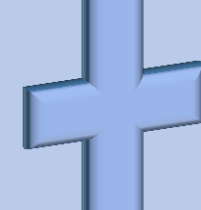
RESULTADO Y CONCLUSIONES



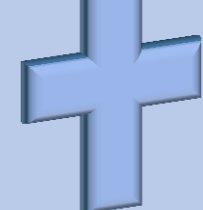
RNM lesión



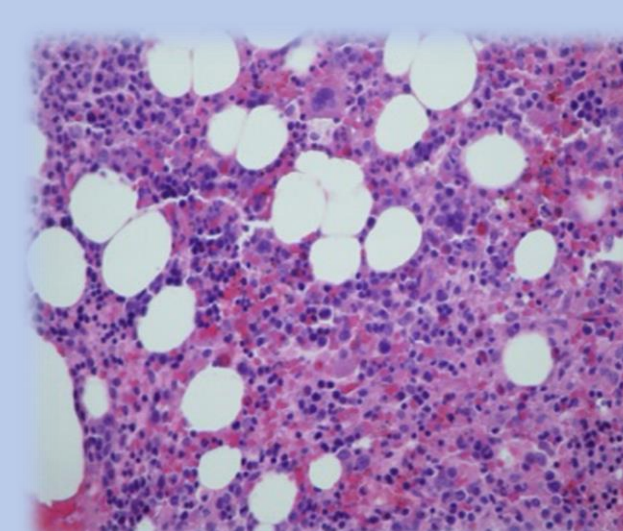
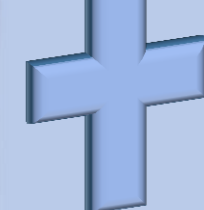
TAC descarta otras lesiones



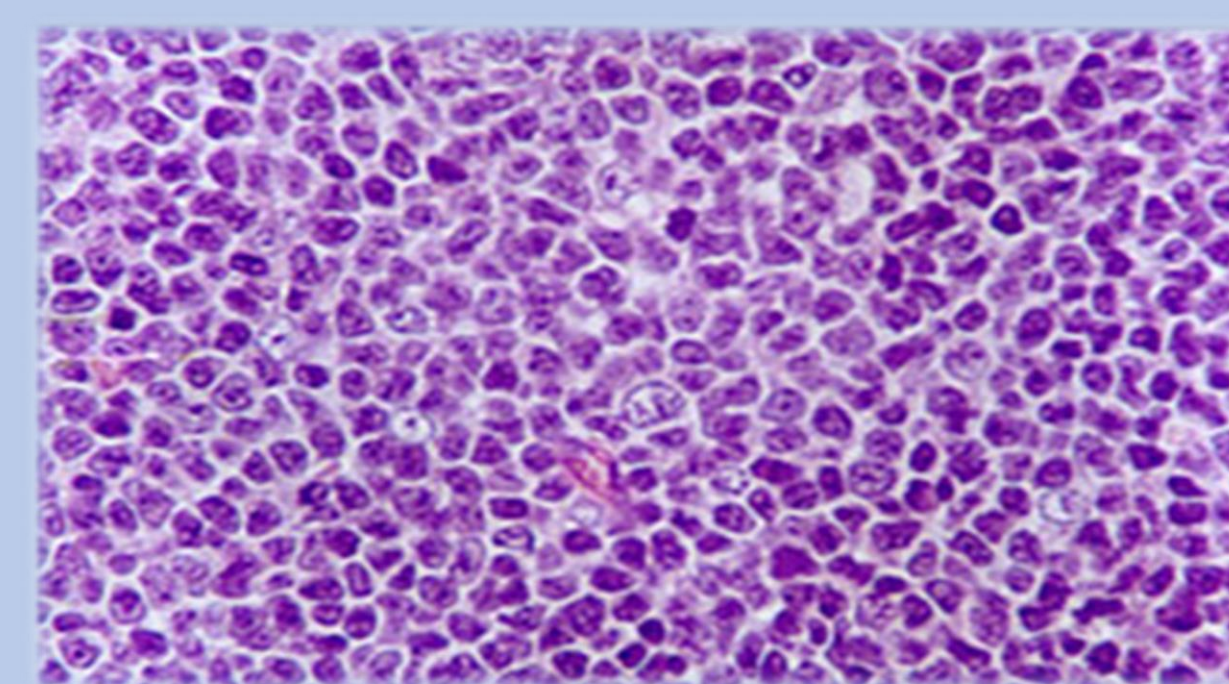
Gammagrafía



Análisis sangre y orina



Citología de la médula ósea sin población clonal.



La AP de la biopsia es compatible con linfoma difuso de célula grande B subtipo centro germinal.

Se realizan 6 ciclos de R-CHOP y tratamiento con corsé durante 3 meses con excelente tolerancia y franca mejoría.

El LNH primario es muy raro y debe ser una posibilidad diagnóstica siempre que tengamos un paciente mayor con un síndrome de compresión espinal, dolor raquídeo de varios meses de evolución, seguido de un deterioro neurológico agudo, sin historia previa de cáncer y con una RNM que muestre una lesión compresiva extradural.



55 CONGRESO
secot