

<b>Caso</b>	(328) Dorsalgia aguda como presentación de linfoma no hodgkin
<b>Autores</b>	Blanca Hidalgo Armayones, María Del Carmen Blanco Bruña
<b>Centro</b>	Hospital Infanta Elena, Huelva

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 38 años que acude al servicio de Urgencias por dorsalgia desde hace un mes refractaria a analgesia, que en las últimas 24h ha aumentado su intensidad, asociando clínica neurológica de instauración brusca: parestesias dorsales e impotencia funcional de MMII, con dificultad para la deambulación.

La exploración física revela dolor a la palpación en apófisis espinosas dorsales y sin alteraciones en hemograma ni bioquímica.

En RX de tórax se evidencia una opacidad redondeada retrocardial, proyectada sobre cuerpos vertebrales dorsales, que sugiere masa localizada en mediastino posterior (FIGURA 1).

El TC muestra una masa mediastínica homogénea, que envuelve a los cuerpos vertebrales desde D7-D10, con márgenes lobulados circunscritos, sin destrucción ósea y con signos de invasión del canal raquídeo (FIGURA 2 y 3).

El paciente ingresó para intervención quirúrgica descompresiva urgente, efectuándose una RM de columna dorso-lumbar con contraste previa, donde se ponía de manifiesto afectación de médula ósea de varios cuerpos vertebrales (hipointensidad en T1 e hiperintensidad en T2/STIR), signos de invasión del canal raquídeo así como foco de hiperintensidad medular en T2 secundario a mielopatía compresiva (FIGURA 4).

El resultado anatomopatológico tras la cirugía fue de linfoma difuso de células B grandes (LDCBG).

## DISCUSIÓN

El linfoma extraganglionar supone un desafío diagnóstico debido a su solapamiento radiológico con otros procesos malignos y benignos (neoplasias primarias, infecciones...), especialmente cuando la afectación extraganglionar supone la presentación de un linfoma primario, menos común que la afectación secundaria.

Casi todos los linfomas extraganglionares primarios son linfoma no Hodgkin (LNH), de entre los que el LDCBG es el subtipo más común (subtipo de alto grado, agresivo). El tórax estará involucrado en el momento del diagnóstico en casi en la mitad de los casos de LNH.

Los criterios de linfoma extraganglionar primario son laxos e incluyen linfomas confinados a un tejido extranodal o cuando predomina la afectación extraganglionar sobre la ganglionar local/regional o a distancia.

La tomografía computarizada (TC) es de elección para la detección inicial, empleándose la PET/TC para la estadificación y el seguimiento.

La afectación espinal en el linfoma suele originarse en el hueso y puede presentarse como una masa de tejido blando paraespinal en torno a un cuerpo vertebral, sin pérdida de altura y sin destrucción del hueso cortical: esta escasa aparente destrucción ósea resulta desproporcionada para el volumen de masa del tejido blando y es lo que se ha denominado como signo envolvente. Se cree que representa enfermedad medular extensa que infiltra a través de la cortical vertebral los tejidos paraespinales, con una participación relativamente pequeña del hueso trabecular.

La masa paraespinal puede desplazar la aorta respecto a la columna vertebral sin estenosis o infiltración (signo de la aorta flotante).

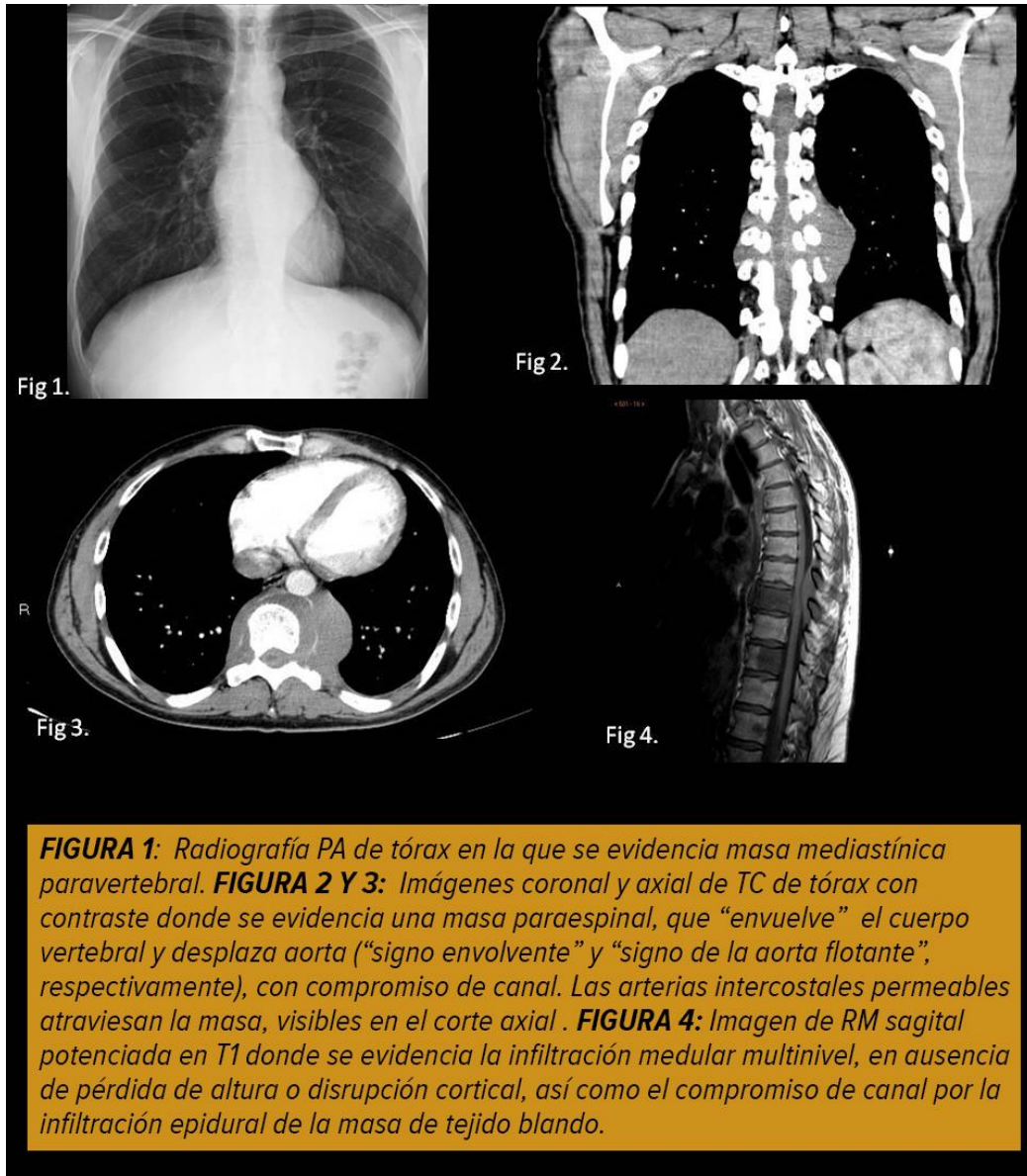
Ambos signos radiológicos son característicos, permitiendo hacer una aproximación diagnóstica inicial de linfoma relativamente segura.

La resonancia magnética permite detectar lesiones óseas adicionales no visibles en el TC, particularmente útil para la evaluación espinal, donde las lesiones linfomatosas que reemplazan la médula son típicamente hipointensas en T1 e hiperintensas en T2 y STIR, con realce.

## **CONCLUSIÓN**

La presentación extraganglionar del linfoma supone un reto diagnóstico debido a su solapamiento con multitud de procesos (“gran simulador”), especialmente en los casos de tratarse de una forma de presentación primaria, que suele además representar los subtipos más agresivos.

Presentamos un caso atendido en Urgencias de dorsalgia con clínica de compresión medular, como forma de presentación extraganglionar primaria-espinal del subtipo más frecuentemente asociado, con dos signos radiológicos en TC (signo envolvente y signo de la aorta flotante) que permiten efectuar una aproximación diagnóstica inicial precisa.



## BIBLIOGRAFÍA

- Spectrum of CT Findings in Thoracic Extranodal Non-Hodgkin Lymphoma. Mathew P. Bligh, MD Joy N. Borgaonkar, MD, FRCPC Steven C. Burrell, MD, FRCPC David A. MacDonald, MD, FRCPC Daria Manos, MD, FRCPC RadioGraphics 2017; 37:439-461
- Extranodal Lymphoma From Head to Toe: Part 1, The Head and Spine. Adam G. Thomas, Ramachandran Vaidhyanath, Rathy Kirke, and Arumugam Rajesh American Journal of Roentgenology 2011 197:2, 350-356
- Extranodal Lymphoma From Head to Toe: Part 2, The Trunk and Extremities. Adam G. Thomas, Ramachandran Vaidhyanath, Rathy Kirke, and Arumugam Rajesh American Journal of Roentgenology 2011 197:2, 357-364