



79 SESIÓN INTERHOSPITALARIA SOMIMACA
28 OCTUBRE 2021

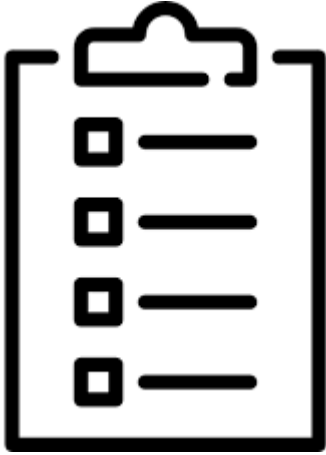
UN DIAGNÓSTICO CLÁSICO A PESAR DE UNA HISTOLOGÍA DESCONCERTANTE

ROCÍO GARVÍ MERINO

RESIDENTE MEDICINA INTERNA

COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE

Antecedentes personales



No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas.

No hábitos tóxicos.

No antecedentes personales de interés.

Mecánico de profesión.

No tratamiento habitual.

Enfermedad actual

Paciente de 22 años que consulta por dorsalgia de perfil mecánico irradiada a epigastrio de un año de evolución. En los últimos 4 meses exacerbación del dolor que se ha convertido en continuo y punzante. Asocia pérdida de 4 Kg de peso y episodios de sudoración nocturna sin fiebre ni otros datos.



Exploración física

Buen estado general. Consciente y orientado en las tres esferas.
Eupneico en reposo.

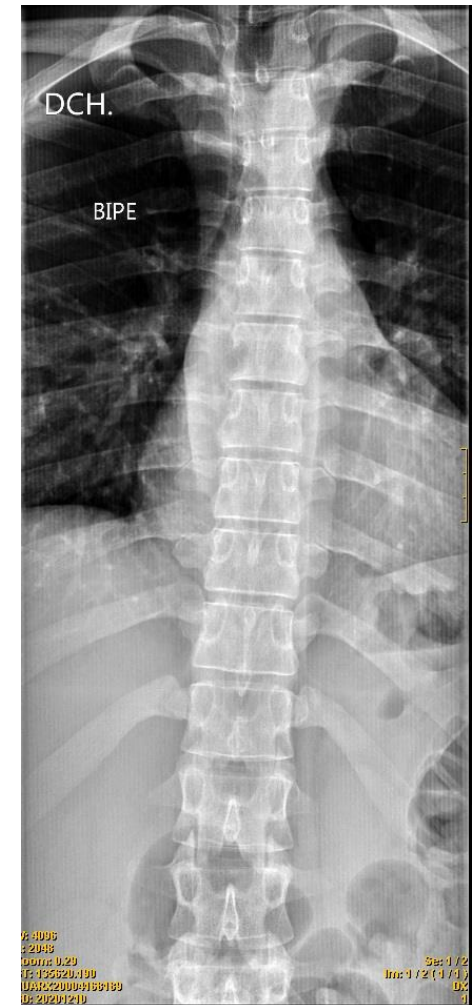
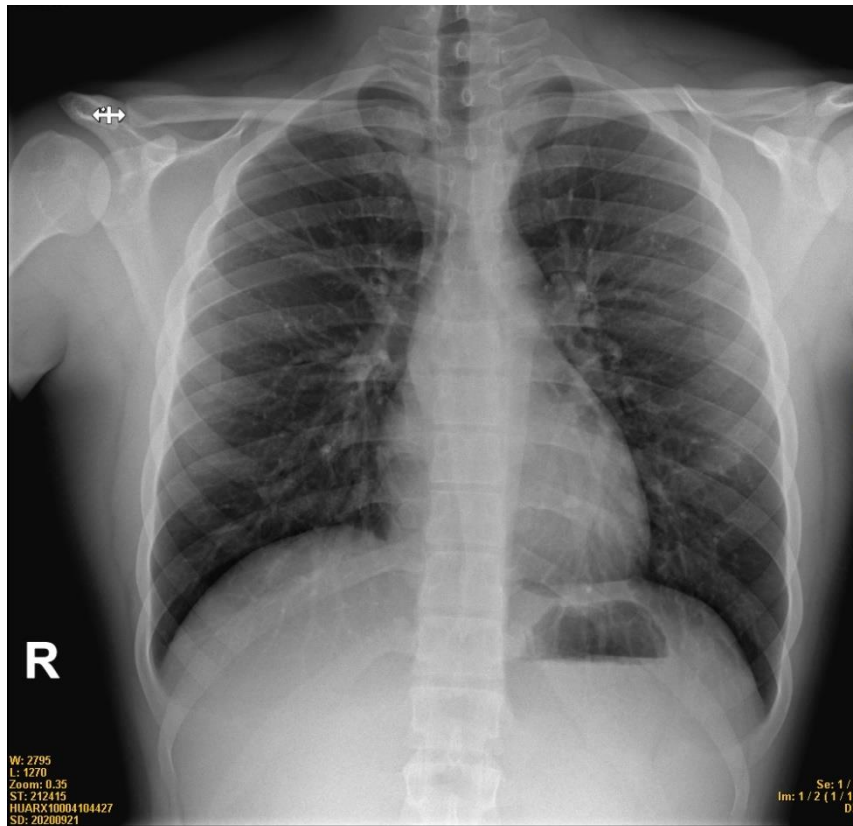
Tª 37.2°C.

- CyC: adenopatía de 1.5 cm en borde medial supraclavicular izquierdo, móvil, no adherida a planos profundos, adenopatía laterocervical derecha. No adenopatías en otras cadenas accesibles.
- AC: Rítmico sin soplos ni roce.
- AP: murmullo vesicular conservado.
- Abdomen: blando, depresible, RHA+. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. No masas ni megalias.
- EEII: No edemas.
- NRL: Sin focalidad.
- Exploración genital: sin alteraciones.
- Exploración columna: No dolor a la palpación sobre apófisis espinosas ni dolor a la palpación de musculatura paravertebral a ningún nivel.



Pruebas complementarias

Analítica de urgencias: Bioquímica sin alteraciones con FR normal, LDH normal. Hemograma con leve leucocitosis con neutrofilia. Coagulación normal.

Rx tórax PA y columna toracolumbar

INGRESA PARA ESTUDIO EN MEDICINA INTERNA

Bioquímica general: función renal e iones en rango, función hepática normal, **ferritina 1541** , Fe y transferrina en rango, **PCR 138.2**.

Hemograma: Hb 13.4 , hematocrito 41.1% , VCM 86.2, Plaquetas 513.000, **leucocitos 15.820** , **neutrófilos 12.760**, linfocitos 1.350.

Coagulación: sin alteraciones

- **Inmunoglobulinas:** IgG 1.547, IgA 399, IgM 113 (**normales**).
- **Marcadores tumorales:** NEGATIVOS O NORMALES
B-HCG < 0,2, AFP 3.9, B2 microglobulina 2,2 (normal), CEA 0.9, CA 15.3 18, CA 19.9 2, CA 125 10.8, Ag células escamosas 1.2, Enolasa neuroespecífica 13.4.
- **Serologías:** Lúes negativo, VHB vacunado, VHC negativo, VHA negativo, VIH 1+2.

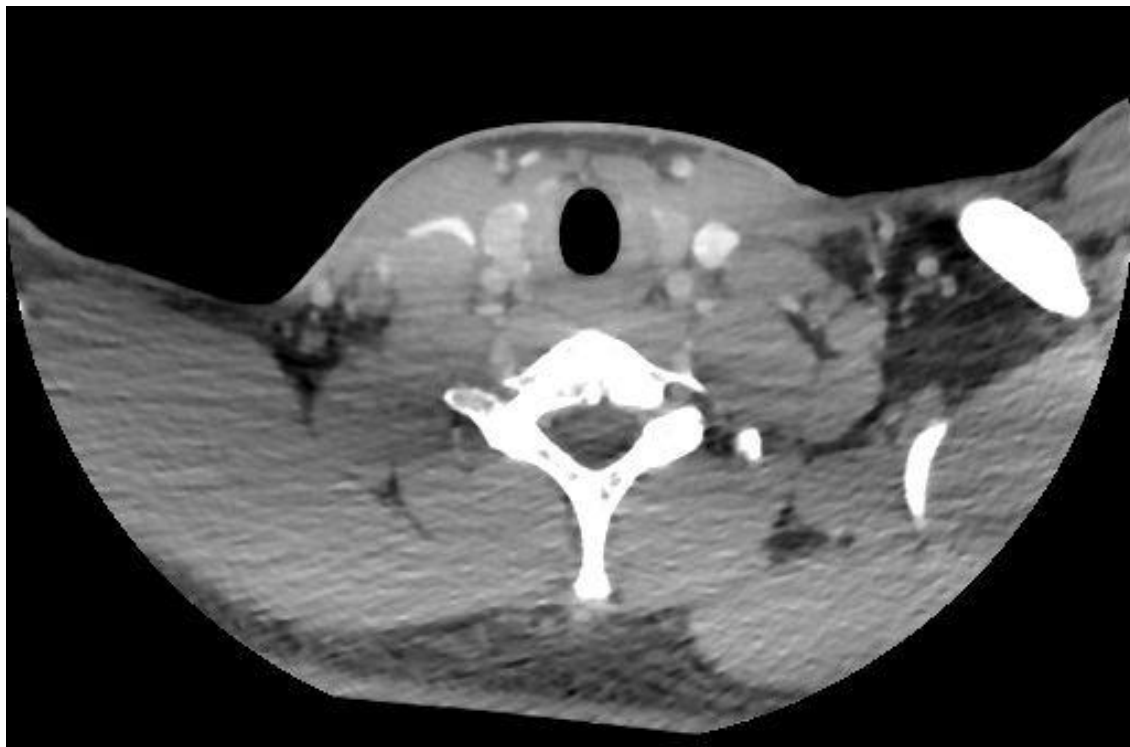
SE SOLICITA TC CERVICO-ABDOMINO-PELVICO Y RMN DE COLUMNA

RMN de columna con contraste
(14/12/2020)



Masa paravertebral derecha de 8,5 X18 X 47 MM (CCX T X AP) adyacente a los cuerpos vertebrales T6 - T7 Y T8 , que está produciendo erosión con destrucción de su margen derecho.

Produce disminución del canal con deformidad medular pero sin mielopatía.



TC CERVICO-TORACO-
ABDOMINO-PÉLVICO
(14/12/20)

Adenopatías

- Cervicales inferiores
- Mediastínicas
anterosuperiores
- Hiliares izquierdas

**Lesión destructiva en D-7
con masa de partes
blandas adyacente**

SÍNDROME
LINFOPROLIFERATIVO

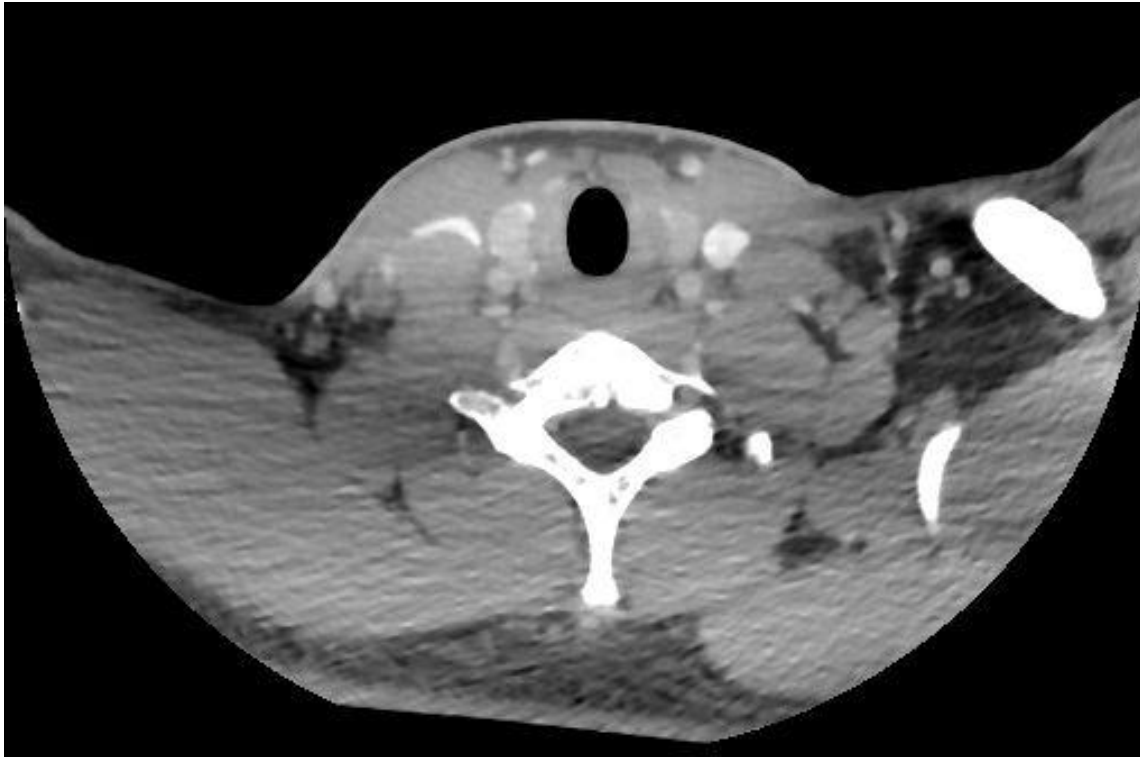
Tuberculosis
extrapulmonar

Absceso piógeno

Tumor sólido primario (sarcoma)

Metástasis de
primario no conocido

22/12/20



En Comité de tumores Musculoesqueléticos se decide **biopsia adenopatía laterocervical derecha** en quirófano.

15/01/21

DIAGNÓSTICO AP



Ganglio linfático de 3 mm con **plasmocitosis policlonal** y cambios de tipo fibroinflamatorio.



¿Y AHORA QUÉ?

DIAGNÓSTICOS ALTERNATIVOS

Infeciosas

- Tuberculosis extrapulmonar
- Absceso paravertebral piógeno
- Sífilis
- Toxoplasmosis

Inflamatorias/etiología desconocida

- Enfermedad por IgG 4
- Enfermedad de Castleman
- Enfermedad de Rosai-Dorfman
- Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto
- Enfermedad de Kimura

Neoplásicas

- Linfoma
- Plasmocitoma

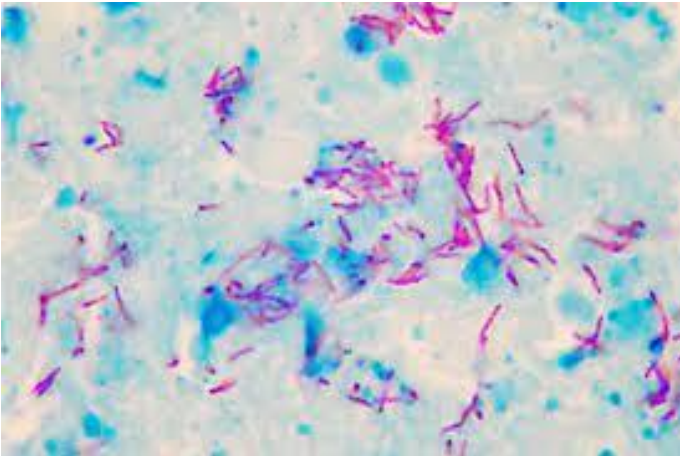
Autoinmunes

- Sarcoidosis
- LES con proliferación linfoplasmocítica atípica e inmunoblástica.
- Kawasaki.

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Linfadenitis tuberculosa

- Más frecuentes cervicales y supraclaviculares.
- Suele ser indolora y pocas veces se acompaña de sintomatología general. En <50% hay neumopatía.



Suelen aislarse con frecuencia BAAR en la biopsia o lesiones granulomatosas. Cultivo positivo en 70-80% de los casos.

Tuberculosis osteoarticular

- Afecta a dos o mas cuerpos vertebrales torácicos adyacentes.
- Absceso paravertebral “frío” en ocasiones.

No BAAR en la biopsia

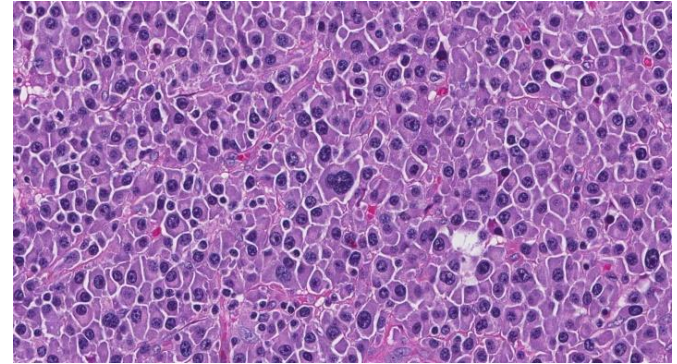
No granulomas con necrosis caseosa

Quantiferon negativo

PCR Mycobacterium tuberculosis negativa

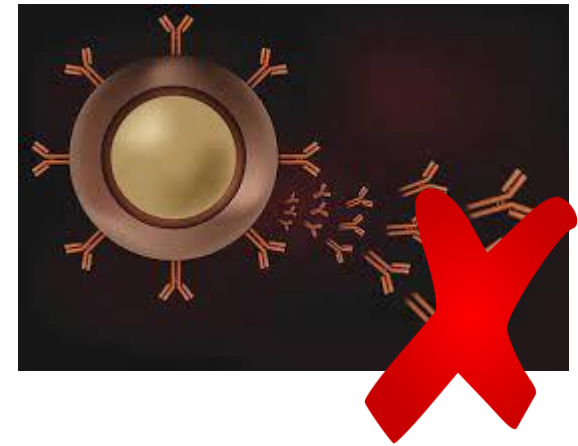
PLASMOCITOMA SOLITARIO

- Neoplasia de células plasmáticas (clon maligno) productoras de inmunoglobulinas.
- Hombres entre 55 y 65 años. Dolor columna
- P. óseo → vértebras torácicas.
- P. extramedulares → vía aéreo digestiva superior



Criterios diagnósticos

- Células plasmáticas clonales en biopsia
- No plasmocitomas en otras localizaciones
- MO con <10% de CP.
- Ausencia de signos de MM (anemia, hiperCa o IR).



Gammagrafía ósea (18/01/21): Lesiones blásticas en D6-D9 por afectación local de su masa paravertebral sin otras lesiones a distancia

No existe pico monoclonal en sangre ni en orina

ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4

Entidad clínica con concentración elevada de IgG4 en suero e infiltración de tejidos por **células plasmáticas positivas para IgG4**.

La linfadenopatía concomitante puede ser:

- **Adyacente a un órgano** específico afectado por ER-IgG4.
- **Linfadenopatía generalizada como única presentación**
 - hipergammaglobulinemia policlonal
 - autoanticuerpos positivos

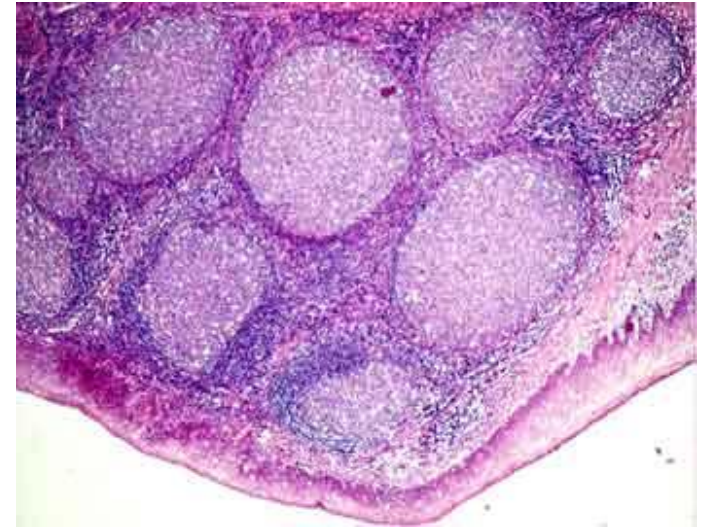
ANA, ENAs y ANCA
negativos

IgG 4 en plasma: 22 (9-104 en adultos).

Negatividad para IgG4 en
inmunohistoquímica

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN

- Hiperplasia angiofolicular linfoide. Conjunto de procesos linfoproliferativos reactivos.
- Cuatro variedades
 - EC unicéntrica
 - EC multicéntrica.
 - Síntomas generales (fiebre, astenia...)
 - Adenopatías difusas mediastínicas asociadas a esplenomegalia o hepatomegalia.
 - Hiperproducción de IL-6.



Se cree que son la inmunodepresión y la coinfección con el VHH8 los principales factores patogénicos de la ECM.

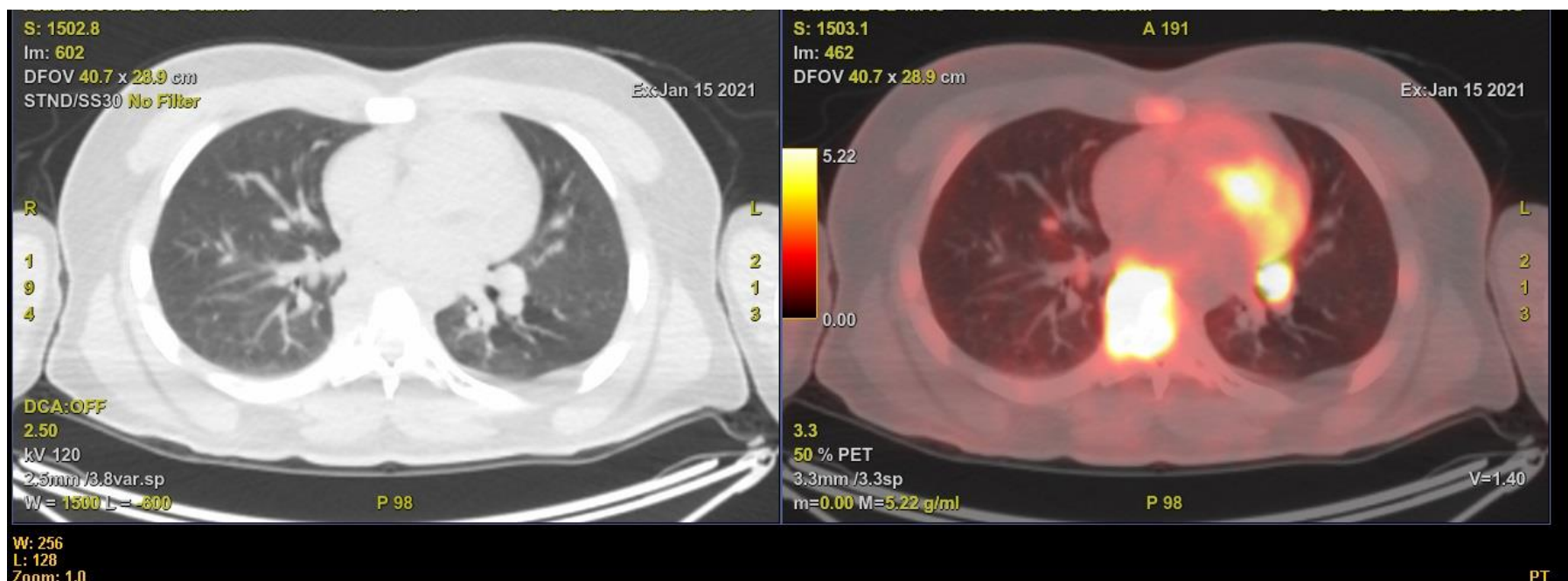
Biopsia ganglionar: **No se detecta VHH8**

Serología VIH negativa

VOLVIENDO A NUESTRO PACIENTE...

Se completó el estudio con PET-TC

PET-TC (15/01/2021)



ESTUDIO COMPATIBLE CON **PATOLOGÍA MALIGNA** EN MASA PARAVERTEBRAL DERECHA (CON INVASIÓN AL CANAL MEDULAR EN D7) JUNTO INFILTRACIÓN **ADENOPATÍA** SUPRA E INFRADIAFRAGMÁTICA, PULMONAR Y ESPLÉNICA.



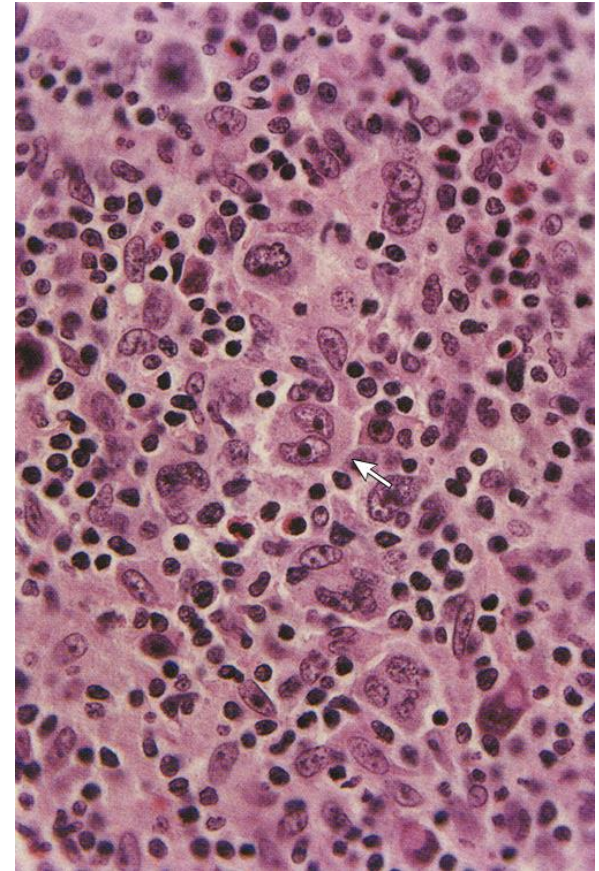
BAG de masa de partes blandas paravertebral

DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

✓ **Linfoma de Hodgkin clásico.** Variante esclerosis nodular.

Generalidades.

- Neoplasia linfoide donde las células malignas (de Hodgkin o Reed-Sternberg) se encuentran mezcladas con células inflamatorias no neoplásicas.
- Distribución bimodal: de 15 a 40 años (con más frecuencia entre 25 y 30) y de 55 años en adelante.
- Se ha relacionado con VEB → aumento crecimiento e inhibición apoptosis.



Clínica

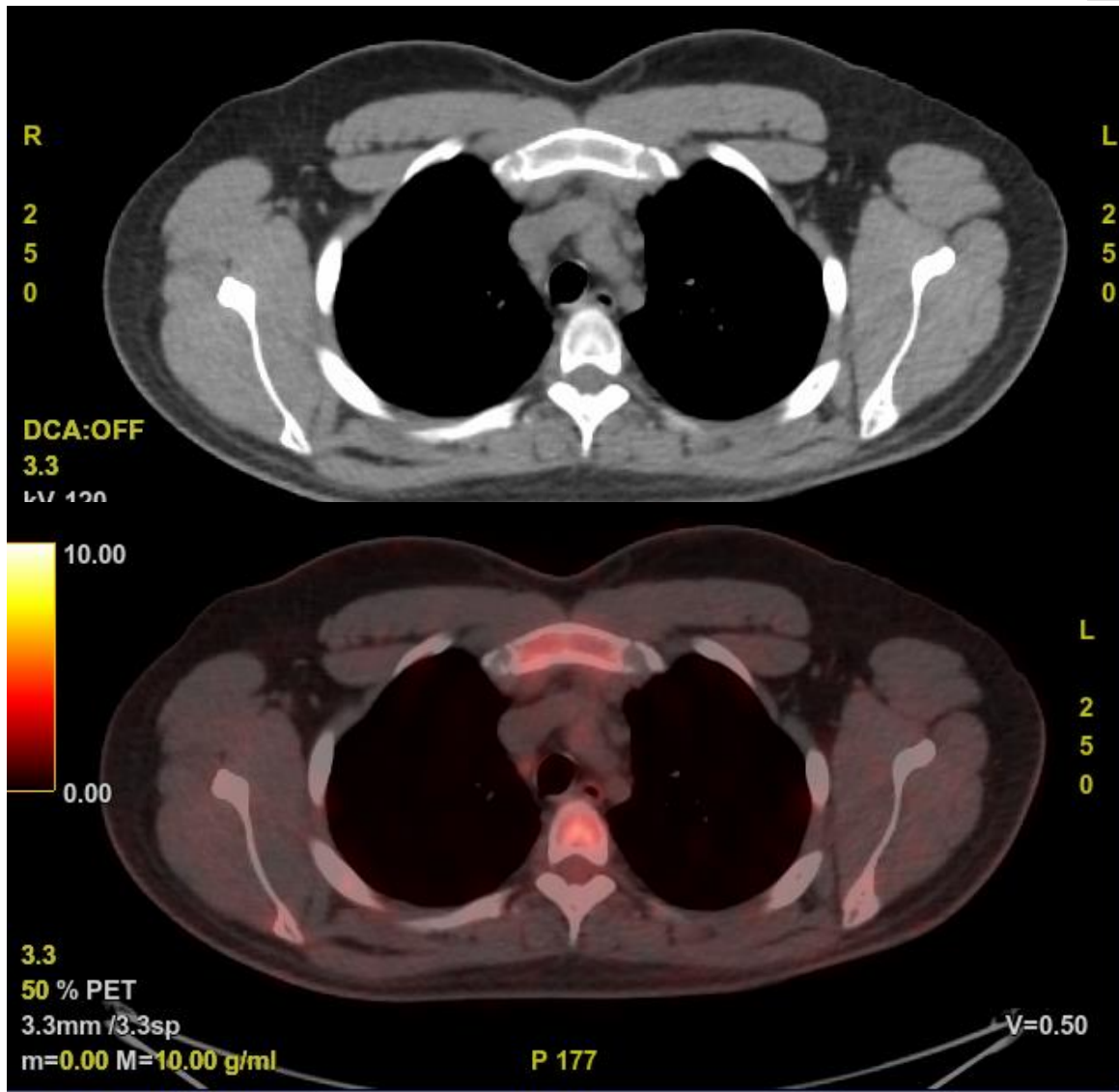
- Linfadenopatía o masa mediastínica en Rx tórax.
- Síntomas B: 40% de los casos (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso).
- Signo de Oster. Es poco frecuente (<10%).
- Prurito.

Tratamiento

- Estadio IV. Quimioterapia ABVD.

EVOLUCIÓN

MARZO 2021



RESPUESTA PARCIAL.

3 CICLOS
BEACOPP

MAYO 2021

R

2
5
0



2
5
0

DCA:OFF
2.50
kV 130
5.0mm /2.50sp
W = 400 L = 40

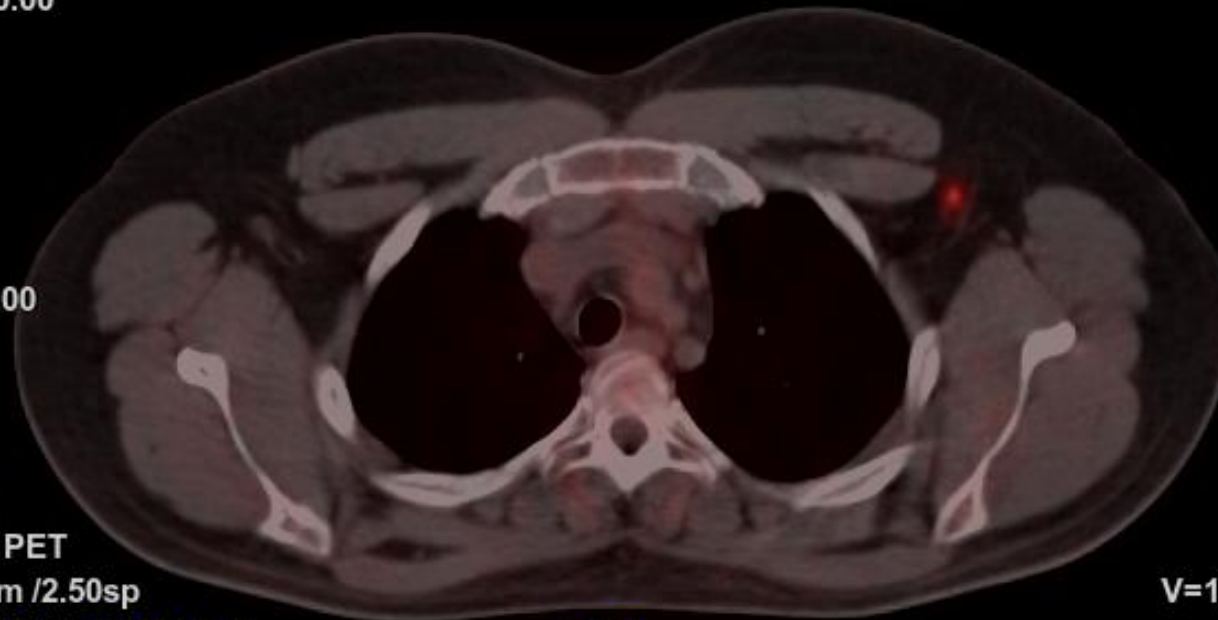
A 25

10.00

0.00

L

2
4
5



V=1.93

2.50
50 % PET
5.0mm /2.50sp
m=0.00 M=10.00 g/ml

A 29

RESPUESTA
COMPLETA

AGOSTO 2021



GRACIAS